МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

факультет здоров’я людини

кафедра психології та соціології

Чуйко У. О.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

ПОДОЛАННЯ АЛЕКСИТИМІЇ ЯК ПРОФІЛАКТИКА ВИНИКНЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

2025

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет _____здоров'я людини_____
(*повне найменування інституту, факультету*)
Кафедра_____психології та соціології_____
(*повна назва кафедри*)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра
на тему: «Подолання алекситимії як профілактика виникнення психосоматичних розладів»

Здобувачка вищої освіти спеціальності 053 Психологія,
ОПП «Психологія», групи ПС-243зм — У. О. Чуйко

Керівник роботи: к. психол. н., доц. — Н. М. Бугайова

Рецензент:
завідувачка кафедри психології та педагогіки
Хмельницького національного університету
МОН України
д. психол. н., проф. — Т. В. Комар

2025

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАІОНАЛЬНИЙ 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
Чуйко Уляні Олександрівні

1. Тема роботи: «Подолання алекситимії як профілактика виникнення психосоматичних розладів».
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 – 164 сторінки (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	04.09.2025 р.	16.10.2025 р.
2.	Бугайова Н. М. – к. психол. н., доц., доцент кафедри психології та соціології	17.10.2025 р.	24.10.2025 р.
3.	Бугайова Н. М. – к. психол. н., доц., доцент кафедри психології та соціології	25.10.2025 р.	03.11.2025 р.

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	01.11.2025 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.	

Здобувач вищої освіти: **Чуйко У. О.**

Керівник роботи:

к. психол. н., доц. **Бугайова Н. М.**

РЕФЕРАТ

Текст – 164 с., рис. – 9, табл. – 24, літератури – 156 дж., додатків – 5.

У кваліфікаційній роботі досліджується проблема алекситимії як психологічного чинника формування психосоматичних розладів та можливості її подолання через розвиток емоційної грамотності й навичок саморегуляції. У першому розділі здійснено теоретичний аналіз сучасних підходів до розуміння психосоматичних розладів, розкрито значення емоцій у їх виникненні, окреслено механізми взаємодії психічних і тілесних процесів, а також визначено роль алекситимії як однієї з ключових ризикових характеристик. Окрему увагу приділено чинникам формування алекситимії та її впливу на емоційне, когнітивне та соматичне функціонування особистості.

Другий розділ присвячено емпіричному дослідженню, у межах якого описано методики діагностики, подано характеристику вибірки та здійснено аналіз отриманих результатів. Проведений констатувальний експеримент дозволив виявити взаємозв'язки між рівнем алекситимії, особливостями емоційної регуляції, афективністю та вираженістю соматичних скарг.

У третьому розділі розроблено та обґрунтовано соціально-психологічний тренінг, спрямований на подолання алекситимії та на розвиток навичок усвідомлення, вербалізації та регуляції емоцій, відновлення психофізичної цілісності та профілактику психосоматичної вразливості. Представлено структуру програми, описано її методичне наповнення й визначено очікувані результати впливу. Ефективність корекційних заходів оцінено за допомогою t-критерію Стьюдента.

Ключові слова: АЛЕКСИТЕМІЯ, ЕМОЦІЇ, ЕМОЦІЙНИЙ ІНТЕЛЕКТ, ЕМОЦІЙНА РЕГУЛЯЦІЯ, ЕМОЦІЙНА УСВІДОМЛЕНІСТЬ, НЕГАТИВНИЙ АФЕКТ, ПСИХОСОМАТИКА, ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ, СОМАТИЗАЦІЯ, СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ ТРЕНІНГ.

ABSTRACT

Chuiko U. O. Overcoming alexithymia as a preventive measure against the development of psychosomatic disorders. Qualification work. Kyiv, 2025.

This qualification thesis examines the problem of alexithymia as a psychological factor in the development of psychosomatic disorders, as well as the possibilities for overcoming it through the enhancement of emotional literacy and self-regulation skills. The first chapter provides a theoretical analysis of contemporary approaches to understanding psychosomatic disorders, highlights the role of emotions in their onset, outlines the mechanisms of interaction between psychological and bodily processes, and defines alexithymia as one of the key risk characteristics. Special attention is given to the factors contributing to the development of alexithymia and its impact on the emotional, cognitive, and somatic functioning of the individual.

The second chapter is devoted to the empirical study, which describes the diagnostic methods used, presents the characteristics of the sample, and offers an analysis of the obtained results. The conducted ascertaining (baseline) experiment made it possible to identify the relationships between the level of alexithymia, features of emotional regulation, affectivity, and the severity of somatic complaints.

The third chapter presents and substantiates a socio-psychological training program aimed at reducing alexithymia and developing skills of emotional awareness, verbalization, and regulation, as well as restoring psychophysical integrity and preventing psychosomatic vulnerability. The structure and methodological content of the program are described, and its expected outcomes are outlined. The effectiveness of the corrective measures was evaluated using Student’s t-test.

Key words: ALEXITHYMIA, EMOTIONS, EMOTIONAL INTELLIGENCE, EMOTION REGULATION, EMOTIONAL AWARENESS, NEGATIVE AFFECT, PSYCHOSOMATIC DISORDERS, PSYCHOSOMATICS, SOMATIZATION, SOCIO-PSYCHOLOGICAL TRAINING.

ЗМІСТ

ВСТУП 8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПРОБЛЕМИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ 13
1.1. Аналіз наукової літератури з проблеми вивчення психосоматичних розладів 13
1.2. Психосоматичні розлади як багатофакторне явище 26
1.3. Чинники виникнення психосоматичних розладів 33
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1 46

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВУ АЛЕКСИТИМІЇ ЯК СКЛАДОВОЇ ВИНИКНЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ 48
2.1. Соціально-психологічні особливості виникнення та прояву алекситимії 48
2.2. Дослідження алекситимії як складової виникнення психосоматичних розладів 63
2.3. Психологічний та статистичний аналіз результатів констатувального експерименту 71
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2 86

РОЗДІЛ 3. ПОДОЛАННЯ АЛЕКСИТИМІЇ ЯК ПРОФІЛАКТИКА ВИНИКНЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ 88
3.1. Програма соціально-психологічного тренінгу щодо подолання алекситимії 88
3.2. Психологічний та статистичний аналіз результатів формувального експерименту 120
3.3. Оцінка ефективності корекційних заходів за допомогою t-критерію Стьюдента 137
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3 150

ВИСНОВКИ 152
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ 156
ДОДАТКИ 172

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. У сучасних умовах, позначених інтенсивним зростанням рівня психоемоційного напруження, хронічного стресу та соціально-політичної нестабільності, особливої значущості набуває проблема психосоматичних розладів. Вони охоплюють широкий спектр соматичних захворювань, етіологія та перебіг яких істотно залежать від психологічних чинників. За даними сучасної медичної та психологічної науки, понад третина пацієнтів, що звертаються до лікарів загальної практики, демонструють скарги, пов'язані з психосоматичними проявами [75].

Спостерігається зростання поширеності серцево-судинних, гастроентерологічних, дерматологічних та інших захворювань, у виникненні яких провідну роль відіграють психологічні чинники: хронічний стрес, емоційна дезадаптація, порушення емоційної регуляції [53; 62]. Зростаюче інформаційне перевантаження, швидкий темп життя, соціальні кризи та воєнні дії значно підвищують рівень тривожних і депресивних станів у населення, що створює додаткові ризики розвитку психосоматичних патологій. У цих умовах особливого значення набуває розвиток емоційної грамотності, стресостійкості та здатності до конструктивного переживання емоцій.

Важливим психологічним предиктором психосоматичних розладів є алекситимія – специфічний феномен, що виявляється у труднощах розпізнавання, усвідомлення й вербалізації власних емоцій. Сучасні дослідження підтверджують існування прямого зв'язку між рівнем алекситимії та схильністю до психосоматичних розладів різного типу – серцево-судинних, гастроентерологічних, дерматологічних, неврологічних. Алекситимічні риси спостерігаються, за різними даними, у 5–25 % здорового дорослого населення, а серед осіб із психосоматичними скаргами ці показники є значно вищими [7]. Нездатність усвідомлювати й адекватно виражати емоційні стани призводить до їх соматизації, а отже – до підвищеної

вразливості організму, хронізації симптомів і розвитку стійких психосоматичних порушень [26].

Алекситимія призводить не лише до внутрішніх психологічних труднощів, але й до ускладнень у сфері соціальної адаптації. Вона спричиняє зниження рівня міжособистісної комунікації, емпатії, ускладнює побудову гармонійних стосунків, провокує відчуття самотності й соціальної ізоляції. У глобальному контексті це відображається на зростанні рівня дезадаптивних копінг-стратегій, поширенні залежної та адиктивної поведінки, посиленні психоемоційних криз.

В умовах війни та соціальної турбулентності в Україні проблема алекситимії набуває особливої гостроти. Воєнні події, втрата близьких, зміни звичного способу життя спричиняють значний рівень стресу й тривоги, що підвищує ризик емоційного блокування та соматизації [1; 130]. Саме тому вивчення механізмів подолання алекситимії, формування емоційної компетентності та психологічної стійкості населення має стратегічне значення для збереження психічного і соматичного здоров’я.

Профілактика алекситимії полягає у розвитку здатності розпізнавати, називати та конструктивно проживати власні почуття, що дозволяє знизити ризик виникнення психосоматичних розладів, підвищити емоційний баланс і загальний добробут особистості. Це завдання є не лише суто клінічним, але й міждисциплінарним: воно має важливе значення для психології, медицини, освіти та соціальної роботи. Розробка та впровадження ефективних психокорекційних програм, спрямованих на подолання алекситимії, здатна підвищити рівень емоційної культури суспільства, посилити профілактику хронічних захворювань і сприяти збереженню здоров’я нації в цілому.

Таким чином, актуальність дослідження подолання алекситимії як профілактики виникнення психосоматичних розладів зумовлена зростанням поширеності психосоматичних захворювань, прямим зв’язком між алекситимією та їх розвитком, а також суспільною потребою у формуванні емоційної грамотності й психологічної стійкості особистості.

Об’єкт дослідження – психосоматичні розлади як багатофакторне явище, що виникає на перетині психологічних, біологічних і соціальних чинників.

Предмет дослідження – подолання алекситимії як профілактика виникнення психосоматичних розладів.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості подолання алекситимії як чинника виникнення психосоматичних розладів, а також розробити, впровадити та перевірити ефективність програми соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на зниження рівня алекситимії.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз наукової літератури щодо проблеми вивчення психосоматичних розладів.
2. Визначити соціально-психологічні особливості виникнення алекситимії.
3. Провести емпіричне дослідження алекситимії як складової виникнення психосоматичних розладів.
4. Здійснити психологічний та статистичний аналіз результатів констатувального експерименту.
5. Розробити програму соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на подолання та профілактику виникнення алекситимії.
6. Здійснити психологічний та статистичний аналіз результатів формувального експерименту.
7. Перевірити ефективність розробленої програми за допомогою психологічних та статистичних методів, зокрема t-критерію Стьюдента.

Теоретичко-методологічну базу дослідження складають класичні та сучасні підходи до розуміння природи психосоматичних розладів: психоаналітичні концепції соматизації (З. Фройд, Ф. Александер, Ф. Данбар),

фізіологічні теорії стресу (Г. Сельє, В. Кеннон), когнітивно-оцінювальна теорія стресу та копінгу (Р. Лазарус), процесуальна модель емоційної регуляції (Дж. Гросс) та концепція алекситимії як предиктора соматичних проявів (П. Сіфнеос, Дж. Немія).

Наукова новизна дослідження полягає у комплексному вивченні взаємозв'язку алекситимії та психосоматичних проявів, а також у розробці та апробації соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на подолання алекситимії як чинника профілактики психосоматичних розладів. Новизна полягає також у виявленні специфічної динаміки емоційної регуляції, афективності та психосоматичних скарг під впливом тренінгової програми, що дозволяє розширити уявлення про можливості психологічних інтервенцій у контексті профілактики психосоматичних станів.

Методи (методики) дослідження:

- теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення, систематизація наукових джерел із проблеми алекситимії, емоційної регуляції та психосоматичних розладів;

- емпіричні: спостереження, експеримент (констатувальний, формувальний), бесіда, тестування (методика «Торонтська шкала алекситимії» (TAS-20); методика «Шкала труднощів емоційної регуляції» (DERS); «Опитувальник позитивного та негативного афекту» (ОПАНА); методика «Гісенівський опитувальник соматичних скарг» (GBB-24));

- методи математичної статистики: t-критерій Стьюдента для залежних вибірок.

Теретичне значення дослідження полягає в поглибленні наукових уявлень про психологічні механізми взаємозв'язку алекситимії та психосоматичних розладів, у конкретизації ролі емоційної регуляції як ключового медіатора цього зв'язку, а також у науковому обґрунтуванні ефективності тренінгового впливу, спрямованого на зниження емоційної дисфункції та психосоматичної вразливості.

Практичне значення дослідження полягає в тому, що отримані результати та апробована тренінгова програма можуть бути використані у практиці психологічного консультування, психотерапії та роботі психологічних служб щодо розвитку емоційної компетентності дорослих, профілактики психосоматичних проявів, організації тренінгових та корекційно-розвивальних програм. Матеріали дослідження можуть бути застосовані у навчальному процесі підготовки психологів, а також у роботі центрів психологічної підтримки, освітніх та медичних установ.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПРОБЛЕМИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

1.1. Аналіз наукової літератури з проблеми вивчення психосоматичних розладів

Ідея взаємозв'язку психічного та тілесного сягає найдавніших культур, де емоційні переживання вважалися важливим чинником здоров'я. У Стародавньому Китаї та Індії негативні емоції розглядали як причину більшості хвороб. Античні мислителі – Гіппократ, Аристотель, Платон, Цицерон – описували людину як єдність душі та тіла, підкреслюючи, що лікування має враховувати не лише фізичні симптоми, а й емоційний стан та особистісні риси пацієнта. Саме з грецьких слів ψυχή (душа) та σῶμα (тіло) походить термін «психосоматика», хоча в античності він ще не мав сучасного наукового значення [85].

У Новий час відбувається подальший розвиток уявлень про взаємодію душі та тіла. У XVII ст. Р. Декарт обґрунтував концепцію дуалізму, розглядаючи душу та тіло як дві окремі субстанції, що взаємодіють, але мають різну природу [46]. Водночас Б. Спіноза, заперечуючи радикальний розрив між психічним і соматичним, описував афекти як стани, що належать і душі, і тілу; відчуття задоволення він ототожнював із приємністю, а незадоволення – з болем або меланхолією [149].

Ці філософські уявлення створили підґрунтя для перших наукових спроб осмислення взаємодії психіки й тіла у XIX столітті.

Термін «психосоматика» з'являється у 1818 році завдяки німецькому психіатру Й.-К. А. Гайнроту, який вперше ввів його у науковий обіг. Він вважав, що більшість хвороб зумовлюється психічними, передусім моральними, причинами, а страждання внутрішніх органів нерідко є наслідком «пороків душі» [45].

Кількома роками пізніше, у 1822 році, М. Якобі запропонував термін «соматопсихіка» для позначення зворотного впливу – від тіла на психіку, наголошуючи на двосторонньому характері взаємодії [16].

Таким чином, уже на початку XIX століття у наукових дискусіях закріпилася ідея взаємопроникності психічних і соматичних процесів [149].

У сучасній науковій літературі психосоматика розглядається як міждисциплінарний підхід, що визнає єдність психіки та тіла й досліджує взаємозв'язок психологічних і соціальних факторів із виникненням і перебігом соматичних (тілесних) захворювань. Сучасні підходи до психосоматики базуються на біопсихосоціальній моделі Дж. Енгеля [104].

У другій половині XX століття, у міжнародній науковій термінології відбулося розмежування понять «психосоматичний розлад» і «психосоматичне захворювання». Під першим зазвичай розуміють функціональні порушення без вираженої органічної патології, тоді як друге охоплює органічні хвороби, в етіології яких доведено істотний вплив психологічних чинників [85].

У сучасній науковій літературі психосоматичний розлад (або функціональний соматичний розлад, згідно з сучасною термінологією) – це стан, за якого спостерігаються стійкі, виснажливі фізичні симптоми, які не мають достатнього медичного або психіатричного пояснення. За сучасними діагностичними критеріями йдеться про соматичний симптоматичний розлад та розлад тілесного страждання, в основі якого лежить надмірна увага до соматичних скарг, тривога щодо стану здоров'я, а також значний вплив емоційних і психологічних факторів на перебіг симптомів [95; 121].

Поряд із класичним терміном «психосоматичний розлад», вживаються й альтернативні, зокрема «психонейроімунологічні порушення», що підкреслює роль нейроендокринної та імунної систем у механізмах взаємодії психічного і соматичного. Проте, попри ці спроби уточнення, термін «психосоматичний» залишається домінуючим завдяки своїй історичній усталеності та міждисциплінарній зрозумілості [149].

XIX століття стало періодом, коли поняття «психосоматика» поступово набувало змісту наукової дисципліни. Після введення терміна Й.-К. А. Гайнротом та ідей М. Якобі про «соматопсихіку» у науковому середовищі почали формуватися двосторонні концепції впливу психічних і тілесних процесів. У другій половині XIX століття К. Іделер аналізував відмінності між страхом та тривогою, закладаючи підґрунтя для розуміння психогенних механізмів хвороб.

На початку XX століття З. Фройд та Й. Брейєр описали випадки конверсійних симптомів, що демонстрували зв'язок між емоційними конфліктами та тілесними проявами. З. Фройд підкреслював роль «соматичної готовності» органа як фізіологічної умови для вибору «мішені» хвороби [86].

У 1920–1930-х роках Г. Гроддек і Ф. Дойч поширили психоаналітичні концепції на хронічні органічні захворювання. У США формується Американське психосоматичне товариство (1939 р.) і виходить журнал Psychosomatic Medicine [120].

Ідеї європейських психоаналітиків початку швидко поширилися в США, де отримали організаційне оформлення у вигляді професійних товариств і наукових журналів.

Друга світова війна стимулювала дослідження впливу психічних факторів на соматичне здоров'я, а у 1950–1960-х роках Ф. Александер розробив концепцію внутрішньоособистісного конфлікту, який впливає на функції внутрішніх органів, та започаткував «чиказьку школу» психосоматики. Результатом його досліджень стала книга «Психосоматична медицина». Паралельно Ф. Данбар створила концепцію «специфічних типів особистості» з описом профілів, схильних до певних соматичних захворювань [16].

У 40–50-х рр. XX ст. голова Американської спілки психіатрів А. Майер наголошував на потребі синтетичного підходу до особистості хворого, що стимулювало розвиток психосоматичних досліджень. У 60-х рр. зросла увага до взаємозв'язку психологічних, соціальних і фізіологічних чинників, проте з

70-х рр. настає занепад, а відродження інтересу до психосоматики відбулося лише у 90-х рр., коли її почали розглядати як багатогранне явище [85].

Наприкінці XX – на початку XXI століття психосоматика інтегрувала до свого арсеналу досягнення нейрофізіології, психонейроімунології та когнітивної психології. З'явилися біопсихосоціальні моделі, які пояснюють виникнення психосоматичних розладів через взаємодію психологічних, фізіологічних і соціальних чинників. Окремо досліджується роль алекситимії як предиктора психосоматичних розладів [149].

Таким чином, психосоматика пройшла шлях від найдавніших філософських уявлень до сучасних міждисциплінарних моделей, від інтуїтивного розуміння єдності душі й тіла до науково обґрунтованої галузі знань із розвиненою теорією, методологією та практикою.

У межах даної роботи розглянуті класичниі та сучасні підході до пояснення та дослідження психосоматичних розладів, серед яких концепції істеричної конверсії та органічного еквівалента тривожних станів З. Фройда; теорія психосоматичної специфічності Ф. Александера; концепція особистісних профілів Ф. Данбар; концепція алекситимії П. Сифнеоса; моделі стресу Г. Сельє, В. Кеннона, Р. Лазаруса; біопсихосоціальна модель Дж. Енгеля; концепція психосоматичної особистості; сучасна чотирикластерна модель Я. Езра, О. Гаммермана та Г. Шахара та інші.

Психоаналітична школа стала першим системним підходом до пояснення походження психосоматичних явищ. Вона виникла наприкінці XIX – на початку XX століття в контексті становлення психоаналізу як нового методу дослідження і лікування психічних розладів, в основі якого лежить ідея внутрішньоособистісного конфлікту (наявність у психіці людини двох однаково сильних, але протилежно спрямованих мотивів).

У своїх ранніх роботах засновник психоаналітичного напрямку Зігмунд Фройд увів феномен конверсії – перетворення несвідомих емоційних конфліктів на тілесні симптоми без органічного підґрунтя [96; 123]. Класичним прикладом стали істеричні паралічі та анестезії, які З. Фройд та

Й. Брейєр пояснювали витісненням неприйнятних переживань у несвідоме [110].

З. Фройд також сформулював дві ключові концепції: істеричної конверсії, що розглядає симптом як символічне тілесне вираження витісненого психічного конфлікту [81], та органічного еквівалента тривожних станів, коли соматичне збудження не отримує психічної переробки й виливається у безпосередні тілесні прояви (серцеві, дихальні, шлунково-кишкові) [50]. У першому випадку симптом піддається психоаналітичному тлумаченню, у другому – лишається «психологічно німим» і малодоступним психотерапії.

Хоча ці концепції стали підґрунтям для розвитку психосоматики, нині вони радше мають історико-методологічне значення: їхній внесок полягає у відкритті символічного виміру тілесних симптомів, однак універсальність такого пояснення не підтверджується сучасними емпіричними дослідженнями.

Варто також згадати, що неофройдисти (зокрема К. Хорні, Г. Салліван, Е. Фромм) бачили у соматичних проявах не лише наслідок сексуальних або базових внутрішніх конфліктів, а й відображення соціальних механізмів адаптації та міжособистісних стосунків.

Наприклад, симптоми головного болю чи болю у плечовому поясі Е. Фромм трактував як символічний образ внутрішньої боротьби людини за свободу та незалежність, а не просто як наслідок витісненого бажання [19].

Карен Хорні, в свою чергу, критикувала класичний психоаналіз за надмірну концентрацію на біологічних драйвах й підкреслювала роль тривожності, міжособистісних відносин, культури та соціального досвіду в психосоматичних процесах [16].

Гаррі Салліван вважав міжособистісні стосунки центральними для формування психіки та розвитку психосоматичних симптомів. У його міжособистісній теорії внутрішньопсихічні конфлікти й соматичні прояви розглядаються як прямий результат складних взаємодій із соціальним оточенням, особливо в ранньому дитинстві [151].

Подальший розвиток психоаналітичних ідей здійснив Франц Александер, який намагався систематизувати попередні напрацювання й виокремив відмінності між символічними (конверсійними) симптомами та вегетативними реакціями, що не мають символічного значення.

На базі заснованої ним «чиказької школи» психосоматики він проводив перші системні дослідження взаємозв'язку психічних і соматичних процесів у рамках психоаналітичного підходу [19].

Подальший розвиток психоаналітичних ідей здійснив Франц Александер, засновник «чиказької школи» психосоматики, який проводив перші системні дослідження взаємозв'язку психічних і соматичних процесів [19]. Він виокремив відмінності між символічними (конверсійними) симптомами та вегетативними реакціями: перші є символічним вираженням витісненого змісту і характерні для неврозів, другі – фізіологічні компоненти емоційних станів, що виникають через хронічне напруження без його розрядки [96].

У 1934 р. Ф. Александер сформулював теорію специфічних конфліктів, згідно з якою певний тип хронічного емоційного конфлікту закономірно пов'язаний із розвитком конкретного захворювання [50]. Для виразкової хвороби він описував патерн пригніченого гніву, для бронхіальної астми – відчуття задухи як репрезентацію труднощів у вираженні емоцій. Етіологія психосоматичних розладів, за Ф. Александером, зумовлюється поєднанням органної недостатності, ранніх психологічних патернів і актуальних життєвих ситуацій [93].

У своїх дослідженнях він визначив «класичну сімку» психосоматичних хвороб – бронхіальну астму, виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки, виразковий коліт, есенціальну гіпертензію, нейродерміт, тиреотоксикоз і ревматоїдний артрит – описавши характерні емоційні патерни кожного стану [94]. Практичне значення цих напрацювань полягало в можливості ранньої діагностики соматичних уражень на основі психологічних характеристик.

Теорія специфічних конфліктів відіграла ключову роль у становленні психосоматичної медицини, хоча нині її розглядають як надто редукціоністську. Попри обмеження, підхід Ф. Александера стимулював міждисциплінарні дослідження й досі слугує основою для сучасних медико-психологічних моделей [19].

Якщо Ф. Александер акцентував увагу на внутрішньоособистісних конфліктах і їх зв'язку з органними розладами, то Фландерс Данбар перенесла фокус на сталі особистісні риси, які можуть корелювати з певними захворюваннями. У 1943 р. вона запропонувала концепцію «особистісних профілів», показавши зв'язок між соматичними реакціями та стабільними рисами особистості [50].

На основі клінічних спостережень Ф. Данбар виявила, що пацієнти з однаковими діагнозами часто мають подібні характеристики. Так, 80 % осіб, які неодноразово потрапляли в нещасні випадки, мали профіль «особистості, схильної до нещасть», що характеризувався імпульсивністю, любов'ю до ризику, агресивністю до авторитетних осіб і схильністю до самопокарання. Згодом вона описала й інші профілі – «виразкову», «артритну» особистість тощо, а також виявила спільні риси пацієнтів із психосоматичними розладами: інфантильність, схильність до фантазування, труднощі з вербалізацією емоцій [105].

У літературі того часу згадувалися й інші профілі, пов'язані з грудною жабою, гіпертонічною хворобою, бронхіальною астмою, виразковою хворобою, спастичним колітом, ревматоїдним артритом, мігренню [19].

Поряд з особистісними типологіями у 50-х роках XX століття поступово зростає інтерес до тілесних уявлень і схем організації досвіду, що проявилося в концепціях П. Шильдера та М. Шура.

У 1950 р. П. Шильдер визначив «схему тіла» як динамічну психофізіологічну карту, що формується під впливом сенсорних, моторних, емоційних і соціальних факторів. Її порушення веде до спотворених відносин із собою та світом, створюючи «ключі», які запускають стереотипні емоційно-

соматичні реакції. Це може зумовлювати як конверсійні, так і вегетативні симптоми, пояснюючи роль схеми тіла в розвитку психосоматичних розладів [32].

Модель десоматизації-ресоматизації М. Шура (1955) пояснює, що в дитинстві через недиференційованість психіки та тіла дитина реагує переважно соматично. З розвитком особистості соматичні реакції зменшуються, поступаючись місцем когнітивним способам опрацювання стресу. Проте у кризових ситуаціях можливе «повернення» до інфантильного рівня – ресоматизація, коли психічні конфлікти проявляються соматичними симптомами через нестабільність «Я» та порушену інтеграцію досвіду [50].

У середині XX ст. науковий інтерес поступово змістився від психоаналітичних і особистісних концепцій до вивчення універсальних фізіологічних механізмів адаптації, зокрема стресу, що стало фундаментом сучасної психосоматичної медицини.

Ганс Сельє у 1936 р. ввів поняття загального адаптаційного синдрому (GAS) – комплексу неспецифічних реакцій організму на стресори, незалежно від їх природи [76]. Він описав три стадії стресу: тривоги, резистентності та виснаження, а згодом розмежував евстрес (адаптивний) і дистрес (патогенний) [147]. Хронічний дистрес, на його думку, активує вегетативну, ендокринну й імунну системи, підвищуючи ризик психосоматичних захворювань. Попри значний вплив, модель Г. Сельє критикували за надмірну універсалізацію та ігнорування суб’єктивних факторів [123].

Американський фізіолог В. Кеннон розробив концепцію гомеостазу та описав реакцію «боротьба або втеча» (fight-or-flight), що реалізується через активацію симпато-адреналової системи [149]. У короткостроковій перспективі вона є адаптивною, проте при хронічній активації сприяє розвитку серцево-судинних, ендокринних та інших психосоматичних порушень.

Недоліки фізіологічних моделей компенсував Річард Лазарус, запропонувавши когнітивно-оцінювальний підхід. Він показав, що стрес визначається не лише стимулом, а й суб’єктивною оцінкою ситуації:

первинною (чи становить загрозу) та вторинною (чи достатні ресурси для подолання) [56].

У межах вторинної оцінки він виокремив активні, когнітивні та нейтральні стратегії, а також класифікував копінг-стратегії на проблемно- й емоційно-орієнтовані. Емпірично підтверджено, що дезадаптивна поведінка (уникання, надмірне емоційне реагування) підвищує ризик психосоматичних порушень, тоді як гнучкі копінг-стратегії знижують його [19].

Таким чином, фізіологічні моделі (Г. Сельє, В. Кеннон) окреслили універсальні реакції організму, а когнітивна концепція Р. Лазаруса додала індивідуальний вимір, що зробило ці підходи комплементарними. У сучасному розумінні стресу поєднуються біологічні та психологічні механізми, хоча кожна модель окремо має свої обмеження [56].

Поряд із універсальними реакціями стресу дослідники звернули увагу й на особистісні фактори соматизації, серед яких особливе місце посідає алекситимія. Термін увели Дж. Немія та П. Сіфнеос у 1970-х роках, однак його витоки сягають спостережень Ю. Рюша в 1940-х [19]. Важливим підґрунтям стала концепція pensée opératoire П. Марті та М. де М'Юзана, що описує мислення, зосереджене на зовнішніх обставинах без здатності до символізації [143].

Дж. Немія і П. Сіфнеос визначили алекситимію як кластер рис: труднощі у розпізнаванні та вербалізації емоцій, нездатність відрізняти почуття від тілесних відчуттів, дефіцит фантазійної діяльності, переважання зовнішньоорієнтованого мислення та фіксація на деталях [140]. Ця багатовимірна структура була визнана на 11-й Європейській конференції з психосоматичних досліджень у Гейдельберзі (1976) [145]. У клініці пацієнти часто описують стан через тілесні метафори («комок у горлі», «тягар у животі»), не називаючи власних емоцій [143].

Подальші дослідження виокремили дві моделі пояснення: «заперечення», де алекситимія є захисним механізмом, «дефіциту», яка

трактує її як стійкий конституціональний недолік. Саме остання модель отримала найбільше підтвердження [19].

Феномен алекситимії став одним із найпереконливіших пояснень схильності до соматизації. Водночас питання її походження залишається дискусійним: сучасні дані вказують на багатофакторність (генетичні, нейробіологічні та соціальні чинники), що унеможливлює редукцію лише до одного пояснення [145].

Ідеї алекситимії стали підґрунтям ширшої концепції психосоматичної особистості, яка поєднує індивідуальні особливості емоційної сфери та структури особистості. На відміну від підходу Ф. Данбар, що пов'язував окремі розлади зі специфічними профілями, ця концепція підкреслює наявність спільної особистісної структури для психосоматичних розладів, що проявляється у хронічних емоційних переживаннях, схильності до пригнічення емоцій і невротичного суперництва [19].

Ключовим чинником вважається «передпсихосоматичний радикал», який формується в дитинстві та поєднує темпераментні особливості з досвідом фрустрації базових потреб. Серед характерних рис психосоматичної особистості виділяють обмеженість фантазії, низьку здатність до емоційного вираження, поверхневі міжособистісні стосунки та тотальну ідентифікацію з «ключовими фігурами», втрата яких може провокувати захворювання [81].

У 1920–1930-х роках було розроблено фізіологічну модель внутрішнього психологічного конфлікту. Було показано, що один умовний стимул може одночасно активувати протилежні безумовні рефлекси (наприклад, харчовий і оборонний), що призводить до «збою» в роботі рефлекторних процесів і формування патологічних соматичних реакцій.

Подальший розвиток цієї ідеї відбувся у кортико-вісцеральній теорії, що з'явилася в 1950-ті рр. та пояснювала психосоматичні розлади впливом кори головного мозку на внутрішні органи за механізмом умовних рефлексів. Порушення балансу збудження та гальмування у корі викликало дисфункції органів і ставало безпосередньою причиною соматичних захворювань.

Експериментально було доведено, що у тварин конфліктні подразники спричиняли поєднання підвищеного слиновиділення та спазмів шлунка, а в людей аналогічний механізм проявлявся тахікардією, діареєю чи кишковими спазмами під час сильних емоційних переживань [19].

Попри значний внесок у пояснення механізмів, фізіологічні моделі ігнорували психологічні та соціальні чинники, що зумовило появу біопсихосоціальної парадигми. У 1970-х роках Дж. Енгель запропонував біопсихосоціальну модель як альтернативу біомедичній, що домінувала в медицині ХХ ст. Він підкреслив, що здоров'я та хвороба формуються у взаємодії біологічних, психологічних (емоційних, когнітивних, поведінкових) і соціальних (економічних, культурних, сімейних) факторів, які мають враховуватися у діагностиці, лікуванні та профілактиці [122].

Ключове положення моделі – визнання багатовимірної природи людини та інтеграції трьох рівнів: біологічного (генетика, фізіологія, патофізіологічні процеси), психологічного (мислення, емоції, поведінка) й соціального (стосунки, підтримка, культура) [98]. Наприклад, у пацієнта з гіпертонією біологічні прояви (підвищений тиск, головний біль) поєднуються з хронічною тривогою та соціальними факторами (конфлікти, відсутність підтримки). Така інтеграція вимагає поєднання медикаментозної терапії з психотерапевтичною та соціальною допомогою.

Модель Дж. Енгеля переосмислила клінічну практику й освіту, сприяла мультидисциплінарному лікуванню, розвитку психотерапії, реабілітаційних і профілактичних програм, особливо у сфері хронічних та психосоматичних розладів. Водночас її реалізація на практиці залишається обмеженою через інституційні бар'єри й домінування біомедичного підходу, тому її значення полягає радше у формуванні рамкової парадигми, ніж у готовому алгоритмі застосування [122].

Подальші дослідники, зокрема Т. Ікскюль та В. Везіак, намагалися поглибити цю парадигму, наголошуючи на ролі суб'єктивного досвіду й культурного контексту.

Окрему варіацію біопсихосоціальної парадигми розробили Т. Ікскюль та В. Везіак, які наголосили на ролі суб'єктивного досвіду та культурного контексту. Ця модель розглядає хворобу як результат взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників, наголошуючи на суб'єктивному досвіді, семіотиці та культурному контексті [154].

Центральним в цій теорії є поняття «стану готовності» – фізіологічної мобілізації у відповідь на стрес, яка при хронізації спричиняє психосоматичні розлади; ці симптоми є наслідком порушеної регуляції, а не символічним вираженням несвідомого конфлікту. Якщо модель Енгеля слугує практичним клінічним інструментом, то підхід Ікскюля та Везіака має методологічний характер, і разом вони становлять основу сучасної психосоматичної медицини та медичної психології [154].

Модель «чотирьох кластерів» Я. Езри, О. Гаммермана та Г. Шахара (2019) пропонує систематизацію психосоматичних розладів за чотирма групами: органічні стани з морфологічною основою, захворювання, що посилюються стресом, функціональні соматичні синдроми без органічної патології та конверсійні розлади як експресія психологічних конфліктів. Такий механізм-орієнтований підхід спрямований на подолання дуалізму «тіло–психіка» та персоналізацію терапії [109].

Водночас варто зазначити, що ця модель практично не отримала розвитку поза публікацією самих авторів, що може свідчити як про її новизну й недостатню апробацію, так і про обмежений інтерес наукової спільноти до запропонованої класифікації.

Попри розмаїття моделей і концепцій (їх налічується понад триста), жодна не дає вичерпного пояснення психосоматичних зв'язків, оскільки кожна розкриває лише окремі аспекти проблеми. Відсутність єдиної інтегративної парадигми ускладнює порівнянність результатів і вироблення ефективних клінічних підходів [60].

Діагностика ускладнена коморбідністю, браком валідних інструментів і відсутністю єдиної рубрики психосоматичних розладів у ICD-10 та DSM-4 [3].

Наприклад, у дослідженнях пацієнтів із ГЕРХ ознаки тривоги виявлялися у 100 %, депресії – у понад 91 %, що створює ризик гіпердіагностики [53].

Наукові суперечки точаться навколо біологічних і психосоціальних детермінант: одні дослідники акцентують на нейробіології й запальних процесах, інші – на ролі життєвих подій та особистісних характеристик [84]. У більшості робіт підкреслюється взаємодія багатьох факторів (спадковість, риси особистості, стрес, соціальні умови), проте консенсусу немає [3].

Додаткові труднощі створюють стигматизація пацієнтів, що часто знецінює їхні скарги та підвищує ризик вторинних психоемоційних розладів, а також відсутність узгоджених міждисциплінарних моделей, що гальмує обмін інформацією й комплексну клінічну підтримку [53; 60; 84].

Лікувальні підходи залежать від прийнятої парадигми: біомедична орієнтує на фармакотерапію, тоді як психосоціальна – на психотерапію, соціальну підтримку та мультидисциплінарну роботу. Отже, подолання міждисциплінарних бар'єрів, стигматизації та розробка чіткіших діагностичних критеріїв є необхідними умовами для підвищення точності діагностики та ефективності лікування психосоматичних розладів.

Факт існування понад трьохсот різних концепцій сам по собі свідчить не стільки про багатство наукових пошуків, скільки про фрагментарність і незрілість теоретичного поля психосоматики. З одного боку, це відображає складність предмета і неможливість звести його до єдиної моделі; з іншого – ускладнює стандартизацію діагностики й лікування, залишаючи сферу психосоматичних розладів на межі міждисциплінарних дискусій, а не консолідованої науки.

Підсумовуючи, можна зазначити, що психосоматика пройшла складний шлях від філософських уявлень про єдність душі й тіла до сучасних міждисциплінарних моделей, які інтегрують біологічні, психологічні та соціальні чинники.

У різні історичні періоди акценти зміщувалися від психоаналітичних ідей (З. Фройд, Ф. Александер, Ф. Данбар) до фізіологічних і когнітивних

концепцій (Г. Сельє, В. Кеннон, П. Лазарус), від опису окремих профілів і механізмів до пошуку комплексних парадигм (біопсихосоціальна модель Дж. Енгеля, підходи Т. Ікскюля та В. Везіака, сучасні стратифікаційні спроби).

Водночас аналіз показує, що попри понад триста наявних концепцій, єдиної інтегративної теорії досі немає, що відображає як складність предмета, так і незрілість теоретичного поля. Це створює труднощі з уніфікацією термінології, діагностики та лікування, залишаючи психосоматику на межі міждисциплінарних дискусій. Отже, перспективним напрямом розвитку є подолання фрагментарності, стандартизація діагностичних критеріїв, посилення мультидисциплінарної співпраці та поєднання емпіричних даних із клінічною практикою.

1.2. Психосоматичні розлади як багатофакторне явище

Психосоматичні розлади являють собою одну з найбільш складних і багатогранних проблем сучасної медицини та психології, відображаючи тісний взаємозв'язок між психологічними процесами та соматичними проявами. Ця область дослідження набула особливого значення в умовах зростаючого рівня стресу та психоемоційного навантаження в сучасному суспільстві.

У сучасному розумінні психосоматичні розлади трактуються як стани, у розвитку яких психологічні фактори відіграють ключову роль – як у виникненні, так і в перебігу соматичного захворювання. До психосоматичної групи зазвичай відносять ті фізичні порушення, загострення або поява яких пов’язані з тривалим впливом стресових чи емоційно значущих чинників.

Для кращого розуміння сутності психосоматичних розладів розглянемо варіанти їх класифікації представлені в наукових джерелах.

К. Ясперс запропонував одну з перших систематизацій психосоматичних проявів, яка згодом стала основою подальших класифікацій. Він виділив три групи «психосоматичних фактів» [124]:

- соматичні відчуття, характерні для будь-якої людини, які відрізняються нечіткістю, слабким усвідомленням та часто не відповідають реальним органічним процесам.

- постійні тілесні відчуття, що супроводжують психічну активність, зокрема фізіологічні прояви емоцій.

- соматичні хвороби, пов’язані з психічними процесами, серед яких психогенні напади та істеричні припадки; функціональні розлади органів (порушення серцевої діяльності, менструального циклу, зору, голосу, слуху, тремор, заїкання), які пацієнти помилково пов’язують із фізичними чинниками; хвороби, що залежать від емоційного стану (виразкова хвороба, бронхіальна астма); розлади інстинктивної поведінки та вегетативної регуляції (сексуальні дисфункції, порушення потовиділення, зміни ваги, ендокринні зсуви) [124].

Погляди психоаналітичної школи доповнили та поглибили розуміння психосоматичних явищ, акцентуючи на ролі несвідомих процесів. У межах психоаналізу традиційно виділяють три групи порушень:

- конверсійні (істеричні) симптоми

- тілесні прояви тривоги

- психосоматичні симптоми внутрішніх захворювань, таких як виразкова хвороба, нейродерміт, астма чи гіпертензія.

З. Фройд розрізняв конверсійні симптоми, що виникають унаслідок символічного перетворення несвідомих конфліктів, та симптоми актуального неврозу, пов’язані з неможливістю психіки переробити соматичну напругу. Ф. Александер запропонував ще чіткіше розмежування між конверсійними проявами, які стосуються сенсорної чи моторної сфери, та вегетативними неврозами, у яких хронічні емоційні стани впливають на регуляцію внутрішніх органів. У подальшому ці ідеї стали підґрунтям психосоматичної медицини

XX століття, яка поєднала психодинамічні механізми з фізіологічними моделями реагування на стрес [96].

У межах когнітивно-поведінкового підходу психосоматичні розлади розглядаються як результат взаємодії дезадаптивних думок, емоцій та поведінкових патернів, що підтримують і посилюють тілесні симптоми [144].

Центральну роль відіграють такі механізми, як катастрофізація фізичних відчуттів, гіперуважність до тілесних сигналів (bodily vigilance) та соматосенсорна ампліфікація, які формують схильність сприймати звичайні фізіологічні прояви як загрозливі або патологічні. Важливим підтримувальним фактором є так звані «поведінки безпеки» (safety behaviors) – уникання зусиль, активності або ситуацій, що викликають тривогу, і тим самим фіксують увагу на симптомах, перешкоджають корекції хибних переконань і сприяють хронізації порушення. Когнітивні викривлення – надмірне узагальнення, персоналізація, селективна увага до негативних сигналів тіла – посилюють тривожний стиль інтерпретації та формують замкнуте коло: тривога → фізіологічна активація → загострене сприйняття тілесних сигналів → посилення тривоги. У такий спосіб когнітивно-поведінкові моделі пояснюють, як мислення та поведінка стають ключовими механізмами підтримання психосоматичних симптомів, навіть за відсутності первинної органічної патології [144].

В сучасній наукових джерелах з посиланням на медичну література можна знайти таку класифікацію психосматичних розладів [3]:

- конверсійний симптом являє собою самонавіюваний розлад, проекцію психічної реальності на тілесну сферу, де соматична відповідь є спробою вирішення конфлікту;

- функціональний синдром або функціональні порушення представлені частиною пацієнтів, що мають перелік невизначених скарг щодо серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, рухового апарату, органів дихання або сечостатевої системи. Франц Александер описував їх як органні неврози [19].

- класичні психосоматичні захворювання або психосоматози – істинно психосоматичні хвороби, в основі яких первинно тілесна реакція на конфліктне переживання, пов'язана з морфологічно встановлюваними змінами і патологічними порушеннями в органах [3]. До таких хвороб відносятья виразкова хвороба, астма, гіпертонія, нейродерміт, поліартрит, тиреотоксикоз і виразковий коліт (так звана, holy seven) [93], а також деякі онкологічні та імунні порушення, часто спричиняються або посилюються негативними психологічними факторами. Такі хвороби мають затяжний перебіг, погано реагують на стандартне лікування, а загострення пов’язані з емоційним стресом чи конфліктами [19].

Окремо видяляють психосоматичні реакції. Це короткі зміни в організмі після стресу чи переживань, наприклад, прискорення пульсу, підвищення тиску, зміни дихання, почервоніння, слабкість або тимчасові порушення травлення та сечовипускання. Сюди також відносять деякі швидкоплинні зміни, що визначаються лабораторно, як рівень цукру чи згортання крові [67].

У науковій літературі також зустрічається поділ психосоматичних феноменів на такі три групи [67]:

- психогенні порушення – переважно психічні реакції без органічних змін, що охоплюють конверсійні симптоми, іпохондричні прояви та реактивні стани.

- психофізіологічні порушення – зміни, у яких психічні процеси впливають на фізіологічні реакції організму (до них належать емоційні тілесні прояви та психічно зумовлені загострення органічних хвороб).

- психосоматичні захворювання у вузькому значенні – стани, що поєднують психологічні чинники та соматичні механізми, часто з хронічним або рецидивним перебігом, зазвичай маніфестують у підлітковому чи молодому віці [67].

В той самий час сучасні психіатрічні класифікаційні системи відмовляються від традиційного терміну «психосоматичні розлади» на

користь нових діагностичних категорій, що відображають зміну парадигми розуміння взаємозв'язку між психічними та соматичними процесами.

Так у класифікації DSM-5 створено новий розділ «Розлади з соматичними симптомами та пов'язані з ними розлади» (Somatic Symptom and Related Disorders). Цей розділ замінив попередню категорію соматоформних розладів з DSM-4. Новий діагностичний конструкт визначає такі розлади як сукупність позитивних симптомів – виразних соматичних скарг у поєднанні з дисфункціональними думками, відчуттями та поведінкою. Це принципова відмінність від попереднього підходу, який базувався на відсутності медичного пояснення симптомів [95].

У класифікації ICD-11 (Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду, що впроваджена з 2022 року) замість соматоформних розладів запроваджено категорію «Розлади тілесних відчуттів та переживань» (Disorders of bodily distress or bodily experience. Основним діагнозом є Розлад тілесного дистресу (Bodily Distress Disorder), що характеризується наявністю тілесних симптомів, що викликають дистрес у людини, та надмірною увагою, спрямованою на симптоми, яка може проявлятися повторними зверненнями до закладів охорони здоров'я. Надмірна увага не зменшується після відповідного клінічного обстеження, інструментальних досліджень та обґрунтованих запевнень [121].

Психосоматичні розлади охоплюють широкий спектр проявів – від тимчасових стресових реакцій до стійких хронічних захворювань, у яких психологічні та соматичні процеси тісно переплетені. Зміни в сучасних діагностичних підходах підтверджують, що ці стани не можна пояснити виключно фізіологічними або лише психологічними причинами. Це підкреслює необхідність розглядати психосоматику як багатофакторне явище, що вимагає цілісного, інтегративного аналізу.

Такий підхід найповніше пояснюється в межах біопсихосоціальної моделі, яка інтегрує різні рівні функціонування людини. Ця модель, що була запропонована Джорджем Енгельсом у 1977 році є фундаментом сучасного

розуміння психосоматичних розладів. Ця модель передбачає мультикаузальний характер виникнення психосоматичних розладів, де здоров'я або хвороба розглядаються як результат динамічної взаємодії трьох фундаментальних рівнів [138]:

- біологічний рівень – генетичні та епігенетичні факори, нейрохімічні дисбаланси, ендокринні дисфункції, імунологічні порушення;

- психологічний рівень – особистісні характеристики, емоційні порушення, когнітивні дистресії, копінг-стратегії;

- соціальний рівень (сімейна динаміка, соціокультурні фактори, економічні детермінанти, міжособистісні відносини.

В певному сенсі, біологічні (або конституційні) чинники визначають соматичну «мішень» та специфіку проявів психосоматичного захворювання. Водночас пусковий механізм хвороби зазвичай криється за межами біології – у сфері психологічних чи соціальних факторів.

Сучасні уявлення про природу психосоматичних розладів спираються також на інші комплексні моделі, які поєднують біологічні, психологічні та соціальні механізми виникнення соматичних симптомів.

Так модель «стрес-вразливість» (діатез-стрес) пояснює психосоматичні розлади як результат взаємодії внутрішньої вразливості організму та стресових впливів довкілля. Вразливість може мати різну природу: генетичну, нейробіологічну, епігенетичну, особистісну чи поведінкову, і включає такі аспекти, як підвищена реактивність нервової системи, ранні травматичні події, особистісні риси (зокрема нейротизм, тривожність, алекситимія) та дезадаптивні стилі регулювання емоцій [103].

Стресові фактори – гострі втрати, хронічні конфлікти, соціальна ізоляція, фінансові труднощі або щоденні мікростресори – активують фізіологічні системи, відповідальні за адаптацію. За наявності високої внутрішньої вразливості навіть помірний стрес може призвести до перевищення індивідуального «порогу захворювання» і запуску соматичних проявів.

Модель «емоційна дисрегуляція – соматичний симптом» деталізує процеси, через які неусвідомлені або нерегульовані емоційні стани переходять у фізичні симптоми. Її центральним елементом є інтероцепція – система сприйняття тілесних сигналів. За сучасними уявленнями, емоції формуються на основі інтероцептивних передбачень мозку про стан тіла. Коли інтероцептивна система працює некоректно, або коли людина не здатна назвати та інтегрувати свої емоції (як при алекситимії), тілесні відчуття не перетворюються на усвідомлені емоційні стани й залишаються у формі неструктурованої тілесної напруги та соматичних симптомів [148].

Дисфункціональні стратегії емоційної регуляції, зокрема емоційна супресія, румінація, катастрофізація чи уникання, створюють хронічне фізіологічне перенавантаження й сприяють виникненню симптомів. Згідно з моделлю емоційного каскаду, невдала спроба «приглушити» емоційне збудження призводить до зростання негативного афекту, подальшого напруження та появи соматичних скарг (болю, спазмів, дисфункцій дихання чи травлення) [126].

У контексті емоційної регуляції важливими є теорія процесів регулювання емоцій Дж. Гросса та інтероцептивна модель емоцій (Лейн, Барретт), які пояснюють, чому саме неусвідомлені або нерегульовані емоційні стани можуть переходити у соматичні прояви.

Однією з базових у сучасній психології є процесуальна модель емоційної регуляції Дж. Гросса. Вона описує регуляцію як послідовність із п’яти етапів: вибір ситуації, її модифікація, фокус уваги, когнітивна переробка та модуляція емоційної відповіді. [117]. На кожному з цих етапів людина може застосовувати різні стратегії, щоб впливати на інтенсивність і тривалість емоційного переживання. У концепції Дж. Гросса емоційна саморегуляція розуміється як свідоме управління власними емоційними станами та реакціями з метою адаптації, підтримання психічного і фізичного здоров’я та ефективного функціонування в різних сферах життя [115; 116].

Паралельно, концепція інтероцепції вводить нову перспективу: коли інтероцептивна чутливість порушена або неусвідомлена, це створює «резервуар» тілесних сигналів, які можуть трансформуватися в симптоматику психосоматичних розладів [69]. Згідно з сучасними дослідженнями, такий дефіцит інтероцепції посилює вплив алекситимії (нездатності усвідомлювати і вербалізувати емоції) на соматизацію [134].

Узагальнюючи викладене, можна стверджувати, що психосоматичні розлади становлять складну, багаторівневу систему взаємодії психічних і соматичних процесів, що проявляється у різноманітних формах – від тимчасових емоційно зумовлених реакцій до хронічних захворювань із вираженими морфологічними змінами. Еволюція наукових підходів – від ранніх феноменологічних класифікацій та психоаналітичних інтерпретацій до когнітивно-поведінкових концепцій і сучасних діагностичних систем DSM-5 та ICD-11 – демонструє поступовий перехід до розуміння психосоматики як мультидетермінованого явища. Сучасні моделі наголошують на важливій ролі емоційної регуляції, інтероцепції, індивідуальної вразливості та стресових впливів у формуванні соматичних проявів, тоді як зміна концептуальних рамок у міжнародних класифікаціях підкреслює необхідність комплексного, біопсихосоціального підходу до аналізу цих станів. Такий інтегративний погляд дозволяє більш глибоко пояснити механізми виникнення психосоматичних симптомів і створює підґрунтя для подальшого розгляду конкретних чинників, що визначають їх розвиток.

1.3. Чинники виникнення психосоматичних розладів

Оскільки психосоматичні розлади мають багатофакторну природу й формуються на перетині психологічних, біологічних та соціальних процесів, закономірним наступним кроком є аналіз конкретних чинників, які визначають їх виникнення та перебіг. Теоретичні моделі, розглянуті в

попередньому підрозділі, окреслюють складну структуру психосоматики, однак не пояснюють, які саме механізми стають пусковими для розвитку соматичних проявів у різних людей. Тому розділ 1.3 зосереджується на систематизації цих детермінант – від генетичних і нейробіологічних передумов до психологічних особливостей та соціальних впливів, що разом формують індивідуальну вразливість до психосоматичних порушень.

Суттєву роль у розвитку психосоматичних розладів відіграють генетичні фактори. У людей із родинною схильністю можуть передаватися як фізіологічні особливості, так і способи реагування на стрес. Важливе значення мають також нейробіологічні чинники, зокрема рівень серотоніну та дофаміну: зниження серотоніну, що часто спостерігається при депресії, підвищує ризик соматичних симптомів [36].

Безпосередній внесок генетичних факторів у розвиток психічних захворювань є дуже високим і, за різними оцінками, становить від 30% до 85%. Найбільш вивченим джерелом генетичної варіації є однонуклеотидні поліморфізми (SNPs), що впливають на ризик розвитку психіатричних розладів. Ідентифіковано 17 незалежних SNPs у найбільшому дослідженні секвенування геному людей із клінічним діагнозом депресії [152].

Окрім генетичних чинників, на стресову чутливість і розвиток психосоматичних розладів істотно впливають епігенетичні механізми, через які середовище діє на організм. Стрес може спричиняти довготривалі зміни в роботі генів [108]. Пов’язані з цим дослідження зарубіжних науковців демонструють, що стрес раннього життя може призводити до епігенетичних модифікацій генів, що регулюють функціонування ГГН-осі, включаючи гени глюкокортикоїдних рецепторів (NR3C1) та кортикотропін-рилізинг гормону (CRH) [137].

Трансгенераційна передача стресу являє собою один з найважливіших механізмів, через які стрес-індуковані епігенетичні зміни можуть передаватися нащадкам, впливаючи на їхню здатність адаптуватися до стресових ситуацій [150].

Одну з центральних ролей в етіології психосоматичних розладів відіграє дисрегуляція гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі (ГГН-оси), яка являє собою головну систему організму, що керує його реакцією на стрес через нерви й гормони. Під час гострого стресу активується симпатична нервова система: у мозку посилюється робота норадренергічних систем, а надниркики виділяють гормони стресу – епінефрин, норепінефрин та кортизол [142].

Кортизол, в свою чергу, при хронічному підвищенні зумовлює каскад патофізіологічних змін, таких як ослаблення імунітету, що підвищує ризик інфекцій і автоімунних хвороб; порушення обміну речовин, зокрема підвищення рівня цукру в крові та розвиток діабету 2 типу; проблеми з серцем і судинами через підвищений артеріальний тиск; токсичний вплив на нервову систему, що пошкоджує гіпокамп (ділянку мозку, важливу для пам’яті) [152].

Дослідження з нейроімунології показують, що психоемоційний стрес змінює роботу мозку, формуючи стійкі патологічні схеми передачі сигналів. Важливу роль у цьому відіграє дофамінергічна система, яка пов’язана з розвитком психофізіологічних захворювань через мезолімбічні та мезокортикальні підсистеми. Мезолімбічний шлях відповідає за посилене сприйняття та реакцію на стимули, а мезокортикальний шлях забезпечує когнітивні функції, зокрема оцінку ситуації та планування поведінки.

Психонейроімунологічні дослідження встановили фундаментальні механізми впливу психологічних факторів на соматичне здоров'я через модуляцію імунної системи. Хронічний стрес призводить до підвищення рівня прозапальних цитокінів (особливі білкові молекули, які виробляють клітини імунної системи, щоб запустити і підтримати запалення), які можуть безпосередньо впливати на функціонування центральної нервової системи, викликаючи депресивну симптоматику, когнітивні порушення та соматичні прояви [128; 146].

Метааналіз Segerstrom і Miller продемонстрував, що психологічний стрес асоціюється зі зниженням показників клітинного імунітету та підвищенням маркерів системного запалення [146].

Біологічні та нейрофізіологічні механізми створюють ґрунт для розвитку психосоматичних розладів, однак самі по собі рідко виступають пусковими факторами без участі психологічних і соціальних впливів.

Алекситимія є одним з центральних етіологічний факторів виникнення психосоматичних розладів. Цей термін, введений П. Сіфнеосом у 1970-х роках, являє собою мультифакторний конструкт, що характеризується порушенням здатності розпізнавати, обробляти та вербально виражати емоції та почуття.

Алекситимія характеризується труднощами ідентифікації, аналізу та опису емоцій як почуттів; обмеженою здатністю до регулювання та моделювання тривожних, неприємних емоцій; переведенням емоційного збудження з когнітивного простору до соматичного; схильністю використовувати примітивні захисні механізми (відреагування, заперечення, проективну ідентифікацію). Особи з високим рівнем алекситимії сприймають слова, пов'язані з хворобою, як більш емоційні порівняно зі словами, що виражають негативні емоції, що призводить до їх схильності зосереджуватись на соматичних відчуттях [10; 47].

У вибірках психосоматичних пацієнтів алекситимію діагностують у 40-64% хворих, тоді як у загальній популяції цей показник не перевищує 10-25%. Кореляційно доведено: алекситимія пов’язана зі слабкістю нервової системи, низькою стресостійкістю, тривожністю, депресією, хронічною втомою і психоемоційним вигоранням [10; 26].

Згідно з Торонтською шкалою алекситимії (TAS-20), алекситимія включає три основні фактори [97]:

- труднощі в ідентифікації емоцій (DIF – Difficulty Identifying Feelings)
- труднощі в описі емоцій (DDF – Difficulty Describing Feelings)
- зовнішньо орієнтоване мислення (EOT – Externally Oriented Thinking)

Соматизація емоційних станів при алекситимії реалізується через порушення комунікації між психічними та соматичними процесами. Індивідуми з алекситимією часто неспроможні розрізняти кінестетичні

відчуття, пов'язані з емоційним збудженням, від фізичних симптомів, що призводить до інтерпретації емоційних станів як соматичних проявів.

Також нерозуміння власних почуттів і почуттів оточуючих людей погіршує соціально-психологічну адаптацію алекситимічних осіб і призводить до відчуття самотності та переживання власної відмінності, що знижує рівень задоволеності життям і може формувати депресивні розлади. Недостатня емоційна регуляція та неефективні копінг-стратегії призводять до використання зовнішніх регуляторів афекту, включаючи різні форми адиктивної поведінки та переїдання [153].

Дослідження встановили пряму кореляцію між алекситимією та властивостями нервової системи: зворотну спрямованість з силою процесів збудження, силою гальмування та рухливістю нервових процесів, що вказує на схильність до алекситимії осіб із слабкою нервовою системою. Пациенти з алекситимією також мали вищу частоту психосоматичних розладів (коефіцієнт кореляції 0,68), при цьому зазвичай спостерігалися множинні психосоматичні захворювання у однієї особи [153].

Згідно досліджень зарубіжних науковців алекситимія порушує здатність пацієнтів обробляти емоційні стимули, продукуючи негативні ефекти в психологічній, фізичній та соціальній сферах [111] та має тісний зв'язок з дезадаптивними стратегіями емоційної регуляції та фізичними симптомами, включаючи ті, що безпосередньо не пов'язані з типовими проявами основного захворювання [127].

Негативні емоції (страх, злість, смуток, тривога, розпач) здатні порушувати адаптаційні й захисні механізми організму, спричиняючи емоційну напругу та виснаження психічної енергії. Хронічні негативні емоції можуть спричиняти розвиток депресії, неврозів, порушень імунітету, а також фізичних хвороб, таких як ішемічна хвороба серця, виразка шлунку, бронхіальна астма, аритмії, псоріаз, ревматоїдний артрит. Особливу роль тут відіграє фактор «стресу»: стресові реакції впливають на серце, судини, імунну систему, що часто призводить до розвитку психосоматичних розладів навіть

при відсутності чисто органічних причин. Вирішальне значення у формуванні психосоматичних порушень мають інтенсивність, тривалість та ступінь вираженості емоцій [44].

Важливими чинниками є також емоційна нестійкість і недостатня здатність до саморегуляції. Люди, яким складно контролювати власні емоції або які схильні до тривалої тривоги, депресії чи гніву, мають підвищений ризик психосоматичних розладів. Тривале перебування в негативних емоційних станах виснажує організм і спричиняє збої у функціонуванні серцево-судинної, травної, ендокринної та інших систем [5].

Труднощі контролю над емоціями призводять до того, що пригнічення або неправильне переживання емоцій виснажує психічну енергію, знижує життєстійкість, і як наслідок – сприяє розвитку психосоматичних захворювань. Підсумком тривалого впливу негативних емоцій та стресу є серйозні зміни у фізіологічному й імунному стані, що проявляється в патологіях з боку серцево-судинної, травної, імунної системи та навіть у формі хронічних болей чи неврозів. Саме тому ефективне управління емоціями та розвиток психологічної стійкості є важливою умовою психічного й соматичного здоров’я людини [44].

Систематичні дослідження виділяють специфічні особистісні конфігурації, що є передумовами до розвитку психосоматичних розладів. До основних особистісних факторів ризику належать замкненість, стриманість, тривожність, чутливість, недовірливість, інфантильність, невротизм, інтроверсія, перфекціонізм, змагальність, нетерпимість, хронічне відчуття цейтноту [72]. Також серед факторів ризику розвитку психосоматичних розладів є рівень і адекватність самооцінки, а також розбіжність між реальним і ідеальним я я-концепції особистості.

Депресивний спектр розладів вважається одним із основних психогенних чинників розвитку та ускладнення перебігу психосоматичних порушень. Дослідження встановлюють прямий зв’язок між рівнем депресії і тяжкістю прояву таких психосоматичних симптомів, як загальна втома,

шлункові розлади, серцеві та вегетативні симптоми. При цьому, чим вище ступінь депресії, тим більше і соматичних скарг [65; 79].

Тривога є ключовою емоційною детермінантою виникнення психосоматичних розладів, що виступає і як самостійний симптом, і як універсальний механізм реагування організму на загрозливі та невизначені ситуації. Тривога не лише передує іншим психоемоційним порушенням – зокрема депресії, – а може бути основним пусковим фактором розвитку психосоматичної патології. У багатьох випадках саме хронічна тривога спричиняє порушення адаптаційних механізмів, створює стійке психоемоційне напруження і знижує рівень стресостійкості, що підвищує вразливість до соматичних порушень (зокрема порушень серцево-судинної, травної, дихальної систем) [36].

Депресія та тривожні розлади виступають як коморбідними станами, так і етіологічними факторами психосоматичних розладів. Емоційна реакція, що виражається у формі туги і постійної тривоги, нейро-вегетативно-ендокринних змін і характерного відчуття страху, є єднальною ланкою між психологічною і соматичною сферами. При наявності емоційного переживання, яке не блокується психологічним захистом, а соматизуючись, вражає відповідну йому систему органів, функціональний етап ураження переростає в деструктивно-морфологічні зміни в соматичній системі [65; 79; 83]. Метааналіз продемонстрував, що депресивні розлади асоціюються з підвищенням ризику венозної тромбоемболії (OR = 1.29 для тромбозу глибоких вен та легеневої емболії), тоді як тривожні розлади показують асоціацію з венозною тромбоемболією та легеневою емболією (OR = 1.14-1.49) [131].

Ще одним чинником виникнення психосоматичних розладів є тривога, що виникає внаслідок внутрішньоособистісного конфлікту між «Я-ідеальним» та «Я-реальним». Така невідповідність запускає стресову реакцію і формує підґрунтя для психосоматичної симптоматики. Подальший перебіг залежить від того, як особистість справляється з цією тривогою: через адаптивні копінг-

стратегії або ж через захисні механізми. Якщо останні носять незрілий чи дезадаптивний характер (витіснення, соматизація, конверсія), тривога трансформується у функціональні чи органічні психосоматичні розлади [57].

Отже, саме психологічні чинники, зокрема алекситимія, порушення емоційної регуляції, депресивні й тривожні розлади, найчастіше виступають пусковим механізмом соматизації.

Стрес також виступає провідним чинником, що здатен запускати механізми розвитку психосоматичних захворювань. Разом із накопиченням невідреагованих негативних емоцій вони виступають провідними патогенетичними факторами у виникненні та розвитку психосоматичних розладів [44]. Під стресовими чинниками розуміють як раптові психотравмуючі події (втрата близьких, нещасний випадок, військові дії тощо), так і хронічні дистресори (довготривале перевантаження на роботі, фінансові труднощі, життя в умовах епідемій чи соціальної нестабільності). За фізіологічною концепцією Г. Сельє, сильний або затяжний стрес виводить організм зі стану рівноваги і провокує реакцію загального адаптаційного синдрому, виснажуючи резерви різних систем [19].

Роль стресу в розвитку психосоматичних розладів полягає в тому, що по-перше, тривалий вплив гормонів, які беруть участь у формуванні стрес-реакції, викликає порушення в обміні ліпідів, вуглеводів, електролітів; по-друге, короткочасна й гостра дія стресу призводить до підвищення адаптивних здібностей, однак передбачувана реакція «битва-втеча» не відбувається, що чинить негативний вплив; по-третє, надлишок негативних емоцій, переживання невизначеності, зайве психоемоційне напруження є патогенними факторами [4].

Нейрофізіологічно стрес реалізується через активацію гіпоталамо-гіпофізарно-надниркову вісь. Дисрегуляція цієї осі пояснює характерні фізіологічні прояви стресу: прискорене серцебиття, підвищення артеріального тиску, розлади травлення, потовиділення. У короткочасній перспективі вони мають адаптивний характер, однак за умов хронічного чи повторюваного

стресу функціональні зрушення переходять у структурні зміни, що сприяє розвитку гіпертензії, виразкової хвороби, синдрому подразненого кишечника та імунних порушень [76].

Дефіцит саморегуляції емоцій, несформованість ефективної копінг-стратегії, а також низька адаптивність до стресу призводять до зростання частоти психосоматичних захворювань у підлітків, школярів, молоді [23].

Копінг-стратегії відіграють роль своєрідного буфера, що може або компенсувати вплив стресу, або посилювати його: стратегія пошуку соціальної підтримки, проблеморозв'язання та активності асоціюється з кращою прогнозованістю психосоматичної відповіді, тоді як переважаюче уникнення – з хронізацією соматичних скарг. Дослідження демонструють, що індивідуми з високим рівнем особистісної рефлексії переважно обирають конструктивні копінг-стратегії, тоді як особи з низьким рівнем рефлексії схильні до неконструктивних стратегій подолання стресу [2].

В умовах сучасних соціально-політичних криз, зокрема війни в Україні, роль стресових чинників набуває особливої важливості. Так актуалізувалася проблема військового стресу та його впливу на психосоматичне здоров'я.

Воєнні події часто спричиняють серйозний стрес та тривогу у людей, що може призводити до різних форм психічних розладів, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія, апатія, тривожність, а також інші психологічні проблеми та психосоматичні захворювання як у дорослих, так і у дітей. Встановлено, що академічне середовище українських навчальних закладів в умовах воєнного часу характеризується появою численних стресових факторів [130].

Стрес під час війни проявляється цілим рядом характерних симптомів. Це і психоемоційні розлади такі, як підвищена дратівливість, агресивність, зниження здатності відчувати задоволення, проблеми з концентрацією уваги та когнітивним мисленням, і соматичні прояви такі, як проблеми із шлунково-кишковим трактом, шкірні висипи, безсоння, тахікардія, панічні атаки [13; 77].

Ще одним важливим чинником є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), який характеризується широким спектром соматичних та психосоматичних порушень. Нейробіологічні аспекти патогенетичних механізмів ПТСР включають порушення вегетативної регуляції, дисфункцію ГГН-системи, порушення імунологічних регуляторних та запальних механізмів, дисрегуляцію моноамінергічної трансмісії.

Дослідження продемонстрували, що ПТСР асоціюється з підвищенням активності норадренергічної системи, посиленням глюкокортикоїдного впливу та порушенням взаємодії між нейронами мигдалини та префронтальної кори. Запальні цитокіни можуть регулювати та модифікувати функціонування нейротрансмітерів, таких як серотонін та дофамін, що сприяє виникненню та прогресуванню симптомів ПТСР [142].

Разом із біологічними й психологічними аспектами, вагомим детермінантом є соціальне середовище. Соціальне оточення та життєві обставини людини можуть як сприяти формуванню психосоматичних розладів, так і захищати від них.

Сімейне середовище відіграє критичну роль у формуванні схильності до психосоматичних розладів. До ключових сімейних факторів ризику відносяться: дисфункційний стиль батьківського виховання, емоційна депривація або гіперопіка, наявність психічних розладів у батьків, соціально-економічна депривація, внутрішньосімейне насильство.

Варто також зазначити, що неконструктивні стилі сімейного виховання можуть провокувати виникнення психосоматичних розладів незалежно від матеріального достатку та економічного становища. Психіка дитини молодшого шкільного віку характеризується особливою вразливістю та недостатнім критичним мисленням, тому гармонійні стосунки в сім'ї є необхідною умовою для психічного розвитку [61; 90].

Ключове значення у розвитку психосоматичних розладів у дорослому віці має травматичний дитячий досвід. Дослідження встановлюють, що дитячі травми, особливо емоційне та сексуальне насильство, передбачають

специфічні соматичні симптоми у дорослих. Травми дитинства пов'язані з підвищеним ризиком розвитку всіх основних причин смерті та інвалідності в усьому світі, включаючи серцеві захворювання, рак, інсульт, діабет, депресію та суїцидальність [107].

Метааналіз Nelson та співавторів виявив статистично значущі асоціації між дитячою травмою та розвитком основних соматичних захворювань. Так у людей з дитячою травмою, порівняно з тими, хто її не мав, так захворювання зустрічаються частіше [139]:

- онкологічні захворювання на 10% частіше;
- інфаркт міокарда на 13% частіше;
- цукровий діабет на 16% частіше;
- інсульт на 35% частіше;
- хронічне обструктивне захворювання легень на 45% частіше.

Інші метааналітичні дані показали, що дитячі травми асоційовані не тільки з вищими показниками в медичних списках симптомів, але й з більш частими діагнозами широкого спектру розладів, включаючи опорно-рухові та шлунково-кишкові розлади. У дітей, які стали жертвами насильства, більш імовірно проявляти емоції через фізичні симптоми, і цей патерн може продовжуватися в дорослому житті.

Емоційне нехтування було єдиним предиктором тяжкості соматичних симптомів, що узгоджується з висновками про те, що ранні життєві переживання емоційного нехтування передбачають тяжкість поточних психіатричних симптомів. Історія дитячого фізичного насильства асоціюється з психологічним дистресом, таким як тривожність, депресія та самошкідливою поведінкою у амбулаторних пацієнтів із психосоматичними симптомами [106; 119].

Дослідження підтверджують асоціацію між захворюваннями та ненадійним типом прив'язаності [99]. Так ненадійний тип прив'язаності може призводити до ризику захворювання через три механізми: підвищену сприйнятливість до стресу, підвищене використання зовнішніх регуляторів

афекту та зміну поведінки пошуку допомоги. Дослідження показують, що користь від соціальної підтримки походить більше від прив'язаних стосунків, ніж від неприв'язаних відносин [135].

Професійна діяльність може стати значним джерелом стресу та чинником розвитку психосоматичних розладів. Особливо це стосується педагогічних працівників, у яких в умовах війни збільшується вплив таких психологічних негативних чинників, як хронічний стрес, нервово-психічне напруження, страхи, тривожність, депресія [43].

Систематичний огляд Chunga Diaz та співавторів демонстрував, що професійний стрес у медичних працівників може мати негативний вплив на фізичне та психічне благополуччя, а також на професійну ефективність. Найвищий відсоток досліджень професійного стресу припадає на медсестер та лікарів внаслідок співіснування зі стражданням та смертю, високого навантаження пацієнтів та тривалих робочих змін [102].

Соціально-економічна нестабільність, політичні кризи, воєнні конфлікти створюють потужні деструктивно-дестабілізуючі чинники, що призводять до підвищення кількісного рівня і зміни структури нервово-психічної захворюваності. Масова невротизація населення виявляється в різних варіантах: розвиток психогенних і психосоматичних захворювань, поява масових розладів [52].

Неприятливі сучасні соціально-геополітичні та екологічні обставини (наприклад, пандемія COVID-19, політичні конфлікти/війни та природні катастрофи) негативно впливають на етіологію психосоматичних розладів. Поєднання соціально-економічних і психологічних факторів, включаючи відчуття відсутності підтримки та тривогу щодо майбутнього, може сприяти різкому загостренню частоти психосоматичних розладів. Наприклад, особи, які зазнають екологічних змін (мігранти), виявляються в групі ризику гастродуоденальних виразок. Найпоширенішими екологічними факторами, які негативно впливають на життя та здоров'я людини, є забруднення повітря, що викликає психосоматичні розлади верхніх дихальних шляхів [155].

Соціальні фактори, починаючи від дитячих травм і завершуючи глобальними соціально-політичними кризами, значно впливають на вразливість особистості до психосоматичних розладів, посилюючи вплив біологічних і психологічних детермінант.

Важливим є також урахування вікових та гендерних особливостей, які зумовлюють різну вразливість до психосоматичних порушень.

Дитячий та підлітковий вік характеризується підвищеною вразливістю до розвитку психосоматичних розладів внаслідок інтенсивного дозрівання нервової, ендокринної та імунної систем. Дослідження показують, що у дітей, які пережили фізичну травму, значно частіше розвиваються емоційні розлади та психосоматичні прояви різної локалізації [23].

Гендерні особливості психосоматичних розладів зумовлені відмінностями в гормональному статусі, соціальних ролях та способах емоційного реагування. Жінки демонструють підвищену схильність до соматоформних розладів, інтерналізуючих порушень та больових синдромів, тоді як чоловіки більш схильні до екстерналізуючих розладів та серцево-судинних психосоматичних захворювань [129].

Таким чином, психосоматичні розлади є багатофакторним явищем, яке розвивається на перетині біологічних, психологічних та соціальних чинників. Біологічні механізми створюють ґрунт для вразливості організму, однак саме психологічні фактори – алекситимія, порушення емоційної регуляції, депресивні й тривожні стани – найчастіше виступають пусковим механізмом соматизації. Ключову роль відіграє і соціальне середовище: дитячі травми, стиль виховання, професійний та військовий стрес, соціально-економічна нестабільність значно підвищують ризик психосоматичної патології. особливу вразливість демонструють діти та підлітки, а також жінки, у яких частіше проявляються соматоформні й інтерналізуючі розлади. Отже, психосоматика постає як складна система, де взаємодія біологічних, психологічних і соціальних факторів визначає не лише виникнення, а й перебіг та тяжкість розладів, що вимагає інтегративного підходу до профілактики й лікування.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

Аналіз наукової літератури щодо питання становлення психосоматичної проблематики свідчить про тривалий шлях розвитку – від найдавніших уявлень про єдність душі й тіла до сучасних біопсихосоціальних та нейропсихологічних моделей. Вивчення класичних концепцій (З. Фройда, Ф. Александера, Ф. Данбар), фізіологічних теорій (Г. Сельє, В. Кеннон та інших), когнітивно-поведінкових підходів, а також сучасних діагностичних систем (DSM-5, ICD-11) підтверджує, що жодна окрема теорія не здатна дати вичерпне пояснення природи психосоматичних явищ. Це зумовлено багатовимірністю процесів, у яких переплітаються біологічні, психологічні та соціальні детермінанти.

Розглянуті в підрозділах моделі демонструють різні фокуси пояснення: від внутрішньоособистісних конфліктів і символічних механізмів конверсії – до універсальних фізіологічних реакцій стресу, інтероцептивних процесів, емоційної дисрегуляції та особистісних особливостей. Історична еволюція підходів засвідчує поступовий перехід від редукціонізму (пошуку однієї причини) до інтегративного, багаторівневого бачення психосоматичних розладів як результату взаємодії численних механізмів.

Проведений аналіз сучасних класифікацій показує, що міжнародні діагностичні системи відходять від традиційного поняття «психосоматичні розлади», натомість акцентуючи на позитивній симптоматиці (надмірна увага до тілесних відчуттів, дистрес, дисфункціональні переконання) та ролі психологічних факторів у перебігу соматичних симптомів. Це вказує на суттєве переосмислення предметної сфери психосоматики та необхідність опори на комплексний біопсихосоціальний підхід.

Чинники виникнення психосоматичних розладів охоплюють генетичні та епігенетичні впливи, особливості нейробіологічної регуляції стресу, психонейроімунологічні механізми, а також психологічні детермінанти – емоційну регуляцію, копінг-стратегії, риси особистості та алекситимію.

Особливу увагу привертає концепція алекситимії як вагомого предиктора соматизації, що опосередковує зв’язок між емоційною дисфункцією та тілесними симптомами.

В цьому розділі вдалося системно окреслити теоретичні та методологічні засади вивчення психосоматичних розладів, виявивши багатовимірність їх етіології, відсутність єдиної всеохопної теорії та необхідність інтеграції різних наукових підходів. Узагальнення наявних моделей і класифікацій створює концептуальне підґрунтя для подальшого дослідження специфічних психологічних чинників психосоматичних проявів і визначення ролі алекситимії як ключового механізму соматизації, що детально розглядатиметься у наступних розділах роботи.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВУ АЛЕКСИТИМІЇ ЯК СКЛАДОВОЇ ВИНИКНЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

2.1. Соціально-психологічні особливості виникнення та прояву алекситимії

Дослідження етіології та механізмів розвитку алекситимії демонструють її складну багатофакторну природу, що включає взаємодію психофізіологічних, психотравматичних, індивідуально-психолого-педагогічних та психокультуральних чинників. Розуміння цих механізмів має критичне значення для розробки ефективних підходів до профілактики та корекції цього феномену в контексті практичної психології.

Поняття «алекситимія» (від грец. a – відсутність, lexis – слово, thymos – почуття) була введена Пітером Сіфнеосом у 1972 році для позначення труднощів у сфері емоційної та когнітивної регуляції, насамперед – у здатності вербалізувати власні емоції. Первинно цей термін застосовувався для опису особливостей психосоматичних пацієнтів, проте згодом його використання поширилося на ширший спектр психічних і медичних розладів [19].

Ранні дослідження П. Сіфнеоса та його колег у 1970-х роках засвідчили, що пацієнти з психосоматичними розладами часто відчувають труднощі в описі емоцій, схильні до обмеженої фантазії та конкретного стилю мислення. У 1980 – 1990-х роках концепція алекситимії почала активно застосовуватися для розуміння депресивних, тривожних, посттравматичних проявів і розладів харчової поведінки [141].

П. Сіфнеос описав алекситимію як поєднання кількох ключових ознак: труднощів в ідентифікації та вербалізації власних емоцій і почуттів інших людей; зниженої здатності розрізняти тілесні й емоційні відчуття; обмеженої уяви, слабкої здатності до символізації та мінімальної творчої активності; схильності фокусуватися на зовнішніх подіях замість внутрішніх переживань;

тенденції до соматизації емоцій; а також домінування конкретного, утилітарного мислення й переваги практичних дій у стресових ситуаціях [140].

Наразі алекситимія розглядається як психологічна характеристика індивіда, що проявляється ускладненням або нездатністю усвідомлювати та виражати власні емоційні стани, розуміти переживання інших, диференціювати тілесні й емоційні відчуття та підтримувати внутрішній фокус уваги [15].

Існують дві основні моделі, які пояснюють синдром алекситимії. Модель заперечення (або репресивна модель) розглядає алекситимію як результат психологічного захисту, спрямованого на блокування афектів. Відповідно до цього підходу, нездатність усвідомлювати або вербалізувати емоції є наслідком їхнього гальмування, що має оборотний характер. Під впливом травматичних або конфліктних переживань людина «вимикає» емоційне реагування, аби уникнути психічного болю. Цю позицію поділяють дослідники, які вважають алекситимію феноменом функціональної природи, потенційно коригованим у процесі психотерапії [19; 87].

Водночас клінічні спостереження показують, що не у всіх випадках алекситимічні прояви піддаються корекції навіть після тривалої терапії. Це зумовило формування альтернативного пояснення – моделі дефіциту.

Модель дефіциту трактує алекситимію як результат неповного формування або порушення розвитку психічних функцій, необхідних для емоційного усвідомлення та символізації досвіду. На відміну від моделі заперечення, вона розглядає цей стан як стійку структурну особливість психіки, а не як тимчасову захисну реакцію [87]. П. Сіфнеос та його послідовники вважають, що у частини осіб алекситимія є наслідком фундаментального дефіциту у здатності розпізнавати й когнітивно опрацьовувати емоційні переживання, що зумовлює низький рівень фантазування та емоційної рефлексії [141].

У сучасній психології обидві моделі розглядаються як взаємодоповнювальні. Модель заперечення пояснює оборотні, ситуативно

зумовлені форми алекситимії, тоді як модель дефіциту – її первинні, диспозиційні прояви, що мають стійкий характер. Такий інтегративний підхід дозволяє враховувати як психологічні, так і нейробіологічні механізми розвитку феномену [15].

Таким чином, різні теоретичні моделі дозволяють пояснити як оборотні, так і стійкі форми алекситимії. У цьому контексті особливого значення набуває її поділ на первинну та вторинну форми, що відображають глибинні відмінності в етіології явища.

Первинна алекситимія розглядається як стабільна особистісна риса, що формується внаслідок порушення раннього розвитку. Вона виникає як пожиттєвий диспозиційний фактор, який може призводити до психосоматичних захворювань. Етіологія первинної алекситимії пов'язана з дитячими травмами, негативними взаємодіями з первинними опікунами або генетичними факторами [112; 136].

Вторинна алекситимія характеризується як стан, що виникає не під час розвитку, а внаслідок подій, що відбуваються пізніше в житті. Ці події можуть мати психологічне значення та/або бути медично-хірургічними подіями, які мають прямий або непрямий вплив на функціонування мозку [112]. Вторинна алекситимія може мати як психологічні, так і соматичні (органічні) механізми. Органічна підформа вторинної алекситимії виникає внаслідок органічних ушкоджень мозку, що змінюють мозкові структури, залучені до емоційної обробки [136].

Корекція вторинної алекситимії ґрунтується на комплексі соціально-психологічних і психотерапевтичних заходів, спрямованих на поступове розширення емоційної чутливості та підвищення рефлексивності. Індивідуальна корекційна стратегія зазвичай включає навчання пацієнта помічати, розпізнавати й називати власні емоційні стани, встановлювати зв’язок між переживаннями, тілесними відчуттями та ситуаціями, що їх викликають. Важливо також допомогти людині розрізняти емоції, які зовні можуть виглядати схожими, але мають іншу природу та функцію, наприклад,

смуток, тривогу чи депресивний афект. У межах корекції використовуються техніки розвитку емоційного словника, тренування навичок символізації, робота з уявою, а також вправи, спрямовані на формування здатності до внутрішнього спостереження й розуміння власних переживань. Такі втручання створюють умови для більш цілісної емоційної саморегуляції та зменшення проявів алекситимії [21].

З позиції практичної психології алекситимія розглядається не як патологічний стан, а як стійка особистісна характеристика, що виникає внаслідок складної взаємодії біологічних, психологічних та соціокультурних чинників. На відміну від теоретичного розуміння цього феномену як простої відсутності емоційної лексики, клінічна практика демонструє більш складну картину порушення емоційної обробки інформації, що має далекосяжні наслідки для функціонування особистості [15; 24; 26].

Індивідуально-психологічні особливості осіб з алекситимією охоплюють емоційні, когнітивні та поведінкові аспекти функціонування, які мають прямий зв’язок із ризиком розвитку психосоматичних розладів.

Дослідження індивідуально-психологічних особливостей осіб з алекситимією виявляють специфічний профіль характеристик, що стосується різних сфер особистісного функціонування. Передусім, у емоційній сфері спостерігається комплекс взаємопов'язаних порушень, що включає труднощі в ідентифікації власних емоційних станів, неможливість їх адекватного словесного опису та зниження здатності до емоційної експресії [10].

Ці висновки узгоджуються з адаптаційною теорією [92], яка пов’язує алекситимію з конституційною слабкістю нервової системи та зниженими можливостями стрес-адаптації [153].

Емоційна сфера алекситимічних особистостей характеризується переважанням негативних афективних станів. Дослідження виявляють підвищені рівні тривожності, депресивних тенденцій та нейротизму. При цьому парадоксальним є те, що попри наявність інтенсивних емоційних переживань, особи з алекситимією демонструють знижену здатність до їх

усвідомлення та вербального вираження. Це призводить до формування стану «емоційного оніміння», коли людина відчуває емоційну напруженість, але не може її ідентифікувати чи описати [10; 26].

Особливістю реагування на стресові ситуації у алекситимічних осіб є переважання рефракторних та дисфоричних реакцій. Рефракторні реакції виявляються у тривалому «застряганні» на негативних емоціях, неможливості швидкого емоційного переключення та відновлення після стресового впливу. Дисфоричні реакції характеризуються негативним забарвленням сприйняття ситуацій, песимістичним налаштуванням та схильністю до інтерпретації нейтральних подій як загрозливих [10].

Важливою характеристикою індивідуально-психологічного профілю алекситимічних осіб є їхня підвищена схильність до соматизації психологічних проблем. Це виявляється у фіксації уваги на тілесних відчуттях, надмірному занепокоєнні фізичними симптомами та схильності трактувати емоційні стани через призму соматичних проявів. Емоційна напруженість, яка не знаходить адекватного психологічного вираження, трансформується у фізичні симптоми, що часто не мають органічної основи [26; 47].

Емоційно-когнітивна сфера осіб з алекситимією характеризується специфічними порушеннями, що стосуються як процесів емоційної обробки інформації, так і особливостей пізнавальної діяльності. Центральним дефектом є нездатність диференціювати емоції від фізіологічних відчуттів, що має невизначений зв'язок з конкретним захворюванням [118].

Когнітивні процеси алекситимічних осіб характеризуються переважанням конкретного, утилітарного мислення над абстрактним та символічним. Це виявляється у схильності до практичних дій у стресових ситуаціях без попереднього емоційного аналізу, фокусуванні на зовнішніх деталях подій на шкоду внутрішнім переживанням, та зниженні здатності до метафоричного мислення [58].

Особливою характеристикою когнітивного функціонування алекситимічних осіб є обмежене використання символів, що свідчить про

бідність фантазії та уяви [20]. Мрії та фантазії таких людей відрізняються бідністю емоційного забарвлення та відсутністю оригінальності. Це пов'язано з порушенням інтеграційних процесів між емоційною та когнітивною сферами, внаслідок чого емоційний досвід не знаходить адекватного когнітивного відображення [87].

Дефіцит когнітивної обробки емоцій призводить до специфічного феномену: особи з високим рівнем алекситимії сприймають слова, пов'язані з хворобою, як більш емоційно значущі порівняно зі словами, що виражають негативні емоції. Така схильність уваги до соматично орієнтованих понять узгоджується з гіпотезою про недостатнє психічне представлення емоцій у алекситимічних осіб, що призводить до їхньої схильності зосереджуватись на соматичних відчуттях, які супроводжують емоційне збудження [47].

Порушення емоційної саморегуляції є наслідком цього дефіциту, що зумовлює посилення фізіологічних реакцій на стресові стимули.

Зовнішньо орієнтоване мислення (один з основних компонентів алекситимії за Торонтською шкалою) виявляється у тенденції фокусуватися на зовнішніх деталях та подіях замість внутрішніх переживань. Це призводить до поверхневого сприйняття міжособистісних взаємодій, нездатності до глибокої емпатії та труднощів у розумінні мотивів поведінки інших людей [10; 25].

Поведінкові прояви алекситимії охоплюють широкий спектр характеристик, що стосуються міжособистісної взаємодії, соціальної адаптації та загальних патернів поведінки. Однією з найбільш помітних особливостей є специфічний стиль міжособистісного спілкування, що характеризується емоційною обмеженістю та формальністю [10; 58].

В міжособистісних контактах алекситимічних осіб спостерігається знижена емоційна експресивність, що може сприйматися як відстороненість. Вони не здатні адекватно демонструвати співчуття, розуміння чи емоційну підтримку, що значно ускладнює встановлення та підтримання близьких стосунків. Це створює бар'єри у спілкуванні, що може призводити до соціальної ізоляції та відчуття самотності [10; 58].

Парадоксальною є особливість, що алекситимічні особи часто демонструють високий рівень соціальної конформності та зовнішньої адаптованості. Однак це слід розглядати як прояв «псевдонормативності» – механічного дотримання соціальних норм без внутрішнього емоційного включення. Такі люди ніби проходять свій життєвий шлях «за інструкцією», не проживаючи ситуації емоційно та не виносячи з них особистісного досвіду [87].

У стресових та конфліктних ситуаціях алекситимічні особи демонструють специфічний «уникаючий» стиль поведінки. Замість прямого вирішення проблем через емоційне опрацювання та вербалізацію переживань, вони вдаються до раціоналізації, уникнення або соматизації конфлікту. Це призводить до накопичення неопрацьованих емоційних напружень та може спричиняти розвиток психосоматичних симптомів [10].

Поведінковий патерн алекситимічних осіб також включає специфічні реакції на власні тілесні відчуття. Вони схильні до детального опису фізичних симптомів, часто надаючи їм надмірного значення та інтерпретуючи як ознаки серйозних захворювань. При цьому зневага до власного внутрішнього психічного благополуччя поєднується з обмеженою здатністю до регуляції внутрішніх станів [87].

Важливою характеристикою поведінкової сфери є схильність до прагматичного, конкретного підходу до вирішення життєвих ситуацій. Алекситимічні особи віддають перевагу практичним діям над рефлексією, аналізом ситуації чи емоційним опрацюванням. Це може створювати враження ефективності у вирішенні певних завдань, однак призводить до накопичення неопрацьованих емоційних конфліктів [10; 87].

Порушення емоційної та поведінкової сфер безпосередньо пов’язані з розвитком психосоматичних проявів. Саме тому далі розглянемо механізми зв’язку між алекситимією та соматичними розладами.

Зв'язок алекситимії з розвитком психосоматичних розладів є одним з найбільш досліджених аспектів цього феномену в клінічній психології.

Статистичні дані свідчать, що серед пацієнтів з психосоматичними діагнозами близько 64% мають ознаки алекситимії, що значно перевищує показники у здоровій популяції. Ця закономірність вказує на алекситимію як на один з провідних факторів ризику розвитку психосоматичних захворювань [26; 47].

Порушення емоційної регуляції виступає центральним механізмом розвитку психосоматичних симптомів. За умов нормального функціонування емоційний досвід проходить декілька етапів обробки: виникнення емоційного збудження, його усвідомлення, когнітивна інтерпретація, вербалізація та адаптивне реагування. У алекситимічних осіб цей ланцюг переривається на етапі усвідомлення та вербалізації, внаслідок чого емоційна енергія не знаходить адекватного психологічного виходу [87].

Втрата контакту з власними емоціями призводить до неможливості використання емоцій як сигналів для адаптивного реагування. Емоції втрачають свою сигнальну функцію, що робить неефективною міжособистісну комунікацію та знижує здатність до адекватного реагування на стресові ситуації. Натомість алекситимічні особи змушені покладатися на соматичні індикатори емоційного стану, що призводить до гіперфокусації на тілесних відчуттях [26; 47].

Нейробіологічні дослідження демонструють, що у нормі свідоме сприйняття емоцій модулює та заглушує фізичні відчуття, пов'язані з емоційним збудженням. Коли людина здатна свідомо обробити фізичні відчуття і дозволити їм розвинутися в емоції, активуються механізми, які модулюють тілесні процеси. Без такого емоційного виходу розум концентрується на фізичних відчуттях, посилюючи їх сприйняття та створюючи передумови для розвитку соматичних симптомів [132].

Алекситимічні особи демонструють аномально високу чутливість як до внутрішніх соматичних відчуттів, так і до зовнішніх больових стимулів. Ця гіперчутливість пояснюється тим, що при відсутності адекватних механізмів емоційної регуляції вся увага зосереджується на тілесному рівні переживання дистресу. Людина стає гіперчутливою до тілесних відчуттів і не може

зосередитися на іншому, що спричиняє розвиток хронічних больових синдромів та функціональних розладів [113].

Психосоматизація у алекситимічних осіб також пов'язана з використанням примітивних психологічних захистів замість більш зрілих невротичних механізмів. Замість механізмів витіснення, сублімації чи раціоналізації, які дозволяють частково зберегти зв'язок з емоційним досвідом, алекситимічні особи використовують більш архаїчні захисти, такі як розщеплення, проекція та соматизація. Ці механізми, хоча і захищають від больових переживань, призводять до повного витіснення емоційного досвіду зі свідомості та його трансформації у соматичні симптоми [47].

Клінічні спостереження свідчать про те, що алекситимічні пацієнти часто ігнорують сигнали про соматичне або психічне неблагополуччя, що зовні може виявлятися як стоїцизм. Однак цей уявний стоїцизм насправді є результатом нездатності розпізнати та адекватно інтерпретувати внутрішні сигнали дистресу, що призводить до запізнілого звернення за допомогою та хронізації патологічного процесу [42].

Особливо небезпечним є той факт, що соматизація стає основним каналом вираження емоційного дистресу у алекситимічних осіб. Психологічні конфлікти, неопрацьовані травми, міжособистісні проблеми – все це знаходить вираження через соматичні симптоми, які стають «мовою» алекситимічної особистості. Цей механізм пояснює високу коморбідність алекситимії з такими розладами, як синдром роздратованого кишечника, хронічний біль, функціональні серцево-судинні порушення та інші психосоматичні захворювання [26; 47].

Узагальнення емоційних, когнітивни, поведнкових і соматичних проявів алекситимії показує, що цей феномен має комплексну природу й не зводиться до окремих труднощів у сфері емоційності. Спостережувані симптоми формуються під впливом різних детермінант, тому для глибшого розуміння алекситимії важливо перейти від опису її проявів до аналізу чинників, що лежать в її основі та визначають її інтенсивність і стійкість.

Згідно з дослідженнями О. В. Завгородньої, алекситимія може бути спричинена чотирма основними групами чинників: психофізіологічними (генетичного, вродженого, набутого походження), психотравматичними (наслідки неопрацьованого травматичного досвіду), індивідуально-психолого-педагогічними (проблеми раннього розвитку дитини, розлади взаємин «дитина-мати») та психокультуральними (знецінення емоційної сфери в культурі). Ця класифікація дозволяє розглядати алекситимію як результат складної взаємодії біологічних предиспозицій з психосоціальними впливами [24; 25].

Почнемо з розгляду біологічних і психофізіологічних передумов, які формують базовий рівень схильності до цього феномену.

Хоча остаточно причини алекситимічних рис не з'ясовані, попередні дані свідчать на користь генетичних факторів у розвитку алекситимії. Первинна, або вроджена алекситимія може виникати через незначні вади розвитку або перенесені в ранньому віці захворювання і є стійкою, важко піддається лікуванню [20; 87].

Близнюкові дослідження засвідчують значну роль спадковості у формуванні алекситимії. У масштабному дослідженні 8 785 данських пар близнюків встановлено, що генетичні чинники визначають близько 30-33 % варіації показників алекситимії, тоді як спільні умови середовища пояснюють 12-20 %, а неспільні – 50-56 % [101; 125].

Існує гіпотеза щодо психофізіологічної природи алекситимії, згідно з якою алекситимічні риси розвиваються як психологічний захисний механізм на ґрунті попередньої тривоги у осіб з конституційною слабкістю нервової системи. Кореляційні зв'язки алекситимії з властивостями нервової системи вказують на переважання слабкої нервової системи в алекситимічних особистостей, що в поєднанні з високою особистісною тривожністю створює основу для розвитку захисних механізмів емоційного уникнення [10].

Слабка нервова система обумовлює чутливість до зовнішніх подразників, у тому числі до болю, що експериментально доведено. Пацієнти

з алекситимією є гіперчутливими як до внутрішніх соматичних неприємних відчуттів, так і до зовнішніх больових стимулів, що пояснюється недостатністю регуляторних механізмів на нейрофізіологічному рівні [10].

Також до причин виникнення алекситемії належать механізми психологічного захисту та емоційна регуляція. Так вторинна алекситимія розвивається як захисна реакція на несприятливі психологічні впливи та може бути наслідком серйозних нервових потрясінь, стресів або навіть неврологічних захворювань. Вона також може виникнути через неправильне виховання дитини і визначається як надбана характеристика, зворотнє явище, що пояснюється як психологічний захист за типом заперечення [20].

Дослідження стрес-адаптивної природи алекситимії розкривають її як своєрідний механізм пристосування до хронічного емоційного напруження. Встановлено, що для таких осіб характерні слабка нервова система, низька стійкість до стресу, високий рівень тривожності та схильність до непрямої агресії, що відображає тенденцію до уникнення афективних переживань [92; 153].

Наслідком такої адаптації є емоційне виснаження, зниження особистих досягнень, фаза опору, хронічна втома та депресивні тенденції, які виявляються найвиразніше саме в осіб з високим рівнем алекситимії [153]. Ці дані підтверджують, що пригнічення емоцій як стратегія подолання стресу призводить до поступового виснаження емоційної сфери та поглиблення внутрішньої напруженості.

Отже, фізіологічні та адаптаційні особливості нервової системи створюють фон для розвитку механізмів психологічного захисту й специфічних способів емоційної регуляції.

Таким чином, хронічне придушення емоцій і зниження здатності до їх регуляції створюють підґрунтя для подальшого блокування емоційної сфери, описаного у працях Шеленкової.

Високо тривожні особистості постійно придушують почуття та емоційні реакції, що стає для них звичним, а самі почуття навіть поза стресовою

ситуацією стають менш вираженими. Це призводить до блокування переживання почуттів, надто в психотравмуючих ситуаціях, і витіснення їх зі сфери усвідомлення, що потім проявляється в неможливості їх вербального опису та вираження. [10].

Таким чином, слабка нервова система у поєднанні з несформованими механізмами емоційної саморегуляції знижує загальну стресостійкість особистості та підвищує ризик соматизації емоційного напруження.

У процесі онтогенетичного розвитку з різних причин потреба в емоційній саморегуляції може виявитися несформованою, що призводить до нездатності керувати своїми мотивами, гнучко перебудовувати їх відповідно до ситуації. Існує гіпотеза, згідно з якою обмежене усвідомлення емоцій і когнітивної переробки афекту веде до акцентування уваги на соматичному компоненті емоційного збудження і до його посилення, що пояснює тенденцію алекситимічних індивідів до розвитку іпохондричних і соматичних розладів [87].

Проте не лише конституційні особливості нервової системи впливають на формування алекситимічних рис. Визначальну роль у цьому процесі відіграють ранні психотравматичні досвіди, які порушують становлення емоційної сфери.

Набута алекситимія часто формується в результаті отримання великої психічної травми в критичний період розвитку дитини або як наслідок емоційної травми в певний життєвий період. Психотравма може бути інфантильною (у довербальному періоді) або «катастрофічною», але завжди це надто сильне емоційне переживання, що викликає тенденцію до блокування емоцій або втрату здатності інтегрувати їх [15].

Ряд досліджень уточнюють, що саме характер емоційних захистів, які дитина використовує після травматичного досвіду, визначає глибину алекситимічних проявів. Неконструктивні стратегії, зокрема уникнення або регресія афективного розвитку, ведуть до соматизації афектів [17; 25]. Неконструктивні стратегії, зокрема уникнення або регресія афективного

розвитку, ведуть до соматизації афектів. Якщо у дитинстві прояв емоцій спричинював біль чи покарання, дитина засвоює, що почуття потрібно приховувати навіть від себе, що формує стійкий блок емоційної сфери [17].

Таким чином, дитячі травматичні переживання стають основою для подальших труднощів у сфері емоційних стосунків. Цю залежність детально пояснює теорія прив'язаності.

А саме, що якість ранніх взаємин між дитиною й опікуном визначає здатність до розпізнавання власних почуттів. Дослідження показують, що безпечна прив'язаність асоціюється з нижчим рівнем алекситимії, а оптимальний емоційний розвиток ґрунтується на менталізації – здатності розуміти власні та чужі емоції, яка формується завдяки емоційному налаштуванню між дитиною та опікуном [25; 156].

Ненадійна прив'язаність у подальшому житті пов'язана з труднощами емоційної саморегуляції, імпульсивністю та деструктивними способами подолання напруження, зокрема вживанням психоактивних речовин [25].

Материнські алекситимічні риси відіграють важливу роль у формуванні емоційного розвитку дитини. Дослідження показали, що материнська алекситимія на 6-му місяці після пологів була пов'язана з поведінкою материнської турботи в спостережуваній ситуації вільної гри на 8-му місяці після народження дитини [133].

Взаємодія дитини з опікунами є ключовою для формування здатності до емоційної менталізації. Дослідження підтверджують, що низький рівень емоційної чуйності та покарання за прояви почуттів формують ненадійну прив'язаність, знижують здатність розпізнавати власні емоції й підвищують ризик розвитку алекситимічних рис [55; 156]. Коли ж у сім'ї прояви емоцій придушуються або караються, дитина засвоює стратегію їх уникнення, що надалі ускладнює розпізнавання власних почуттів і сприяє формуванню стійких алекситимічних рис [55; 87].

Отже, індивідуальні та сімейні впливи формують лише частину передумов розвитку алекситимії. Не менш вагомим є вплив соціокультурного

середовища, у межах якого визначаються прийнятні способи емоційного вираження.

Серед *психокультуральних факторів* розвитку алекситимії виділяють знецінення емоційної сфери в культурі, необхідність екстернального мислення та пристосувальної поведінки типу конкретно-реалістичної. Соціокультурні норми, які пригнічують емоційне самовираження, заохочують раціональний підхід до життя і дискредитують значущість емоційного досвіду, створюють сприятливі умови для формування алекситимічних рис на популяційному рівні [24; 25].

Особливо це стосується культурних контекстів, де емоційна стриманість розглядається як ознака зрілості, а прояв емоцій – як слабкість. Такі культурні настанови можуть призводити до системного придушення емоційного самовираження і формування стійких алекситимічних патернів у широких верств населення [24].

Розглянуті чинники свідчать, що алекситимія має комплексну природу, що поєднує біологічні, психологічні й культурні виміри. Саме тому у практичній психології вона трактується не лише як порушення, а як особистісна особливість із багатьма адаптивними аспектами.

Підсумовуючи наведені дані, можна сказати, що алекситимія є складним психологічним феноменом, що відображає порушення інтеграції між емоційною, когнітивною та поведінковою сферами особистості. Її формування зумовлюється взаємодією конституційних, психотравматичних, міжособистісних та соціокультурних чинників, які в різних поєднаннях створюють стійкі патерни емоційної нечутливості та дефіциту саморефлексії.

З психологічного погляду, центральним у структурі алекситимії є порушення процесів емоційного усвідомлення – труднощі в ідентифікації, диференціації, вербалізації та символізації емоцій. Цей дефіцит позбавляє людину можливості використовувати емоції як сигнали для орієнтації в середовищі, що веде до розриву між внутрішнім досвідом і поведінковими реакціями. Емоції не інтегруються у свідомий досвід, а відтак не виконують

регулятивної функції, натомість проявляються у вигляді тілесних симптомів, підвищеної тривожності або емоційного оніміння.

Психотравматичні впливи та порушення прив’язаності в ранньому дитинстві є ключовими детермінантами формування алекситимічних рис. Відсутність емоційного налаштування з боку опікуна, покарання за прояви почуттів або ігнорування афективних потреб дитини сприяють засвоєнню стратегії уникнення емоцій. Такі досвіди порушують розвиток менталізації, що у дорослому віці проявляється у слабкій здатності розуміти як власні, так і чужі емоційні стани.

Психологічна структура алекситимії включає також особливості когнітивного функціонування: переважання конкретно-практичного мислення над символічним, тенденцію до зовнішньої орієнтації уваги, бідність уяви та знижену здатність до метафоризації досвіду. Такі когнітивні риси зумовлюють поверхневе сприйняття міжособистісних взаємодій, що обмежує глибину емоційних зв’язків і підсилює почуття самотності та відчуження.

Одним із ключових психологічних наслідків алекситимії є соматизація – тенденція виражати емоційне напруження через тілесні симптоми. Коли емоція не усвідомлюється й не отримує символічного оформлення, вона знаходить вихід на тілесному рівні. Така трансформація є своєрідною «мовою тіла», за допомогою якої психіка намагається повідомити про внутрішній конфлікт. Відсутність здатності розпізнавати й вербалізувати власні емоції зумовлює фокус уваги на фізичних відчуттях, що підсилює тривогу й сприяє формуванню психосоматичних симптомів.

Таким чином, алекситимію можна розглядати як психологічний синдром дефіциту емоційної рефлексії, що формується унаслідок дисгармонії між емоційною чутливістю, здатністю до самоспостереження та когнітивною обробкою афекту. Її сутність полягає не у відсутності емоцій як таких, а у неспроможності їх проживати, усвідомлювати й виражати в конструктивний спосіб. Розуміння цих особливостей є необхідним для побудови ефективних

психокорекційних стратегій, спрямованих на відновлення зв’язку людини з власним емоційним світом і розвиток здатності до емоційної менталізації.

2.2. Дослідження алекситимії як складової виникнення психосоматичних розладів

В рамках першого етапу дослідження подолання алекситимії, як профілактики виникнення психосоматичних розладів був проведений теоретичний аналіз проблеми, в ході якого було проаналізовано сучасний стан наукової розробленості проблеми алекситимії та її зв’язку з психосоматичними проявами, розглянуто погляди вітчизняних і зарубіжних учених на природу алекситимії, її роль у процесах емоційної регуляції та формуванні психосоматичних розладів.

Було з’ясовано, що дефіцит емоційного усвідомлення та вербалізації почуттів є одним із ключових психологічних чинників соматизації. Для емпіричного підтвердження теоретичних положень було підібрано валідний психодіагностичний інструментарій, спрямований на вивчення взаємозв’язку між рівнем алекситимії, труднощами емоційної регуляції, особливостями афективного фону та вираженістю соматичних скарг.

Наступний етап роботи включав організацію та проведення констатувального експерименту, який фокусувався на вивченні зв’язку рівня алекситемії і вираженістю психосоматичних скарг.

Перед початком роботи кожному учаснику було роз’яснено мету дослідження, умови добровільної участі та забезпечено дотримання принципів анонімності й конфіденційності. Усі досліджувані надали інформовану згоду на участь.

Учасникам пропонувалося послідовно заповнити всі бланки методик психологічної діагностики, усі респонденти проходили тестування з фіксованою інструкцією та послідовністю опитувальників. В інструкціях

досліджуваним наголошувалося, що правильних або неправильних відповідей не існує, важливо лише чесно оцінювати власні переживання й стани.

Загальний час проходження тестування становив орієнтовно 40-50 хвилин, залежно від індивідуальних особливостей респондентів.

Метою констатувального експерименту було виявити особливості взаємозв'язку між рівнем алекситимії, труднощами емоційної регуляції, афективним фоном і вираженістю психосоматичних скарг; емпірично перевірити гіпотезу про те, що високий рівень алекситимії зумовлює посилення психосоматичних проявів через порушення емоційної регуляції та дисбаланс позитивного і негативного афекту.

Завданнями констатувального експерименту було: визначити рівень алекситимії у досліджуваних за допомогою «Торонтської шкали алекситимії» (TAS-20); оцінити труднощі емоційної регуляції за допомогою шкали DERS та визначити її зв'язок із показниками алекситимії; виміряти емоційний фон (баланс позитивного і негативного афекту) за допомогою опитувальника ОПАНА; визначити рівень психосоматичних скарг у досліджуваних за допомогою «Гіссенського опитувальника соматичних скарг» (GBB-24); зробити узагальнення результатів, визначити провідні психологічні чинники, що сприяють виникненню алекситимії, та намітити напрями подальшої психокорекційної роботи.

Торонтська шкала алекситимії (TAS-20) була розроблена канадськими дослідниками R. M. Bagby, J. D. A. Parker та G. J. Taylor у 1994 році на базі університету Торонто. Вона є вдосконаленою версією попередньої шкали TAS-26 [97], яка зазнала перегляду після статистичного та факторного аналізу. Мета розробників полягала у створенні надійного, валідного й універсального інструменту для кількісної оцінки рівня алекситимії. Нині TAS-20 вважається «золотим стандартом» для діагностики цього феномену в клінічних і неклінічних вибірках. Українську адаптацію здійснили В. В. Василець, І. І. Шаповал, Є. І. Шалковський та співавт у 2021 році [6].

TAS-20 призначена для оцінки ступеня вираженості алекситимії – особистісної характеристики, що проявляється у труднощах ідентифікації та вербалізації власних почуттів, звуженні емоційного репертуару й схильності до конкретно-логічного, зовнішньо орієнтованого мислення. Методика широко використовується у клінічній психології, психосоматичних дослідженнях і психотерапевтичній практиці для виявлення емоційної неусвідомленості як фактора ризику психосоматичних порушень.

У складі TAS-20 виділяють три субшкали:

- труднощі з ідентифікацією почуттів (Difficulty Identifying Feelings – DIF-F1), яка вимірює неможливість розрізнити різні емоції або визначити різницю між почуттями та тілесними відчуттями;
- труднощі з описом почуттів (Difficulty Describing Feelings – DDF-F2), яка оцінює неможливість вербалізації суб'єктивних емоцій;
- субшкала зовнішньоорієнтованого мислення (Externally Oriented Thinking – EOT-F3), яка оцінює тенденцію індивідів зосереджувати свою увагу на зовнішньому, а не на внутрішньому емоційному досвіді [6].

Опитування за цією методикою проводяться індивідуально або в групі у письмовій формі. Учасникам пропонується уважно прочитати кожне твердження і позначити ступінь згоди.

Опитувальник складається з 20 запитань (див. Додаток А).

Час заповнення – приблизно 10-15 хвилин.

Відповіді оцінюються за 5-бальною шкалою (1 – цілком не погоджуюся, 2 –певною мірою не погоджуюся, 3 –важко сказати, 4 – певною мірою погоджуюся, 5 –цілком погоджуюся).

При підрахунку загальної суми балів слід враховувати, що оцінка пунктів 4, 5, 10, 18 і 19 має бути зворотною (тобто оцінка 1 стає оцінкою 5; 2 = 4; 3 = 3; 4 = 2; і 5 = 1).

Загальний показник, що обраховуєтсья як сума балів за всіма пунктами (діапазон від 20 до 100) визначає вираженість алекситемії наступним чином:

0–51 балів – алекситимії немає

52–60 балів – можлива алекситимія

61–100 балів – алекситимія присутня

Сумарні показники за кожною субшкалою визначають рівень труднощів у відповідних сферах і знаходяться в таких діапазонах: DIF – від 7 до 35 балів; DDF – від 5 до 25 балів; EOT – від 8 до 40 балів.

Для якісного аналізу використовують порівняння профілів субшкал: домінування показника DIF вказує на труднощі усвідомлення емоцій, DDF – на проблеми вербалізації, EOT – на когнітивну ригідність і прагматичне мислення. Інтерпретація результатів проводиться з урахуванням клінічного чи психологічного контексту.

Методика рекомендована для використання у дослідженнях емоційної сфери, психосоматичних процесів і ефективності психокорекційних програм.

Шкала труднощів емоційної регуляції (DERS) була створена американськими психологами K. L. Gratz та L. Roemer у 2004 році в Університеті Джорджа Мейсона (США) [114]. Автори прагнули розробити багатовимірний інструмент, який би дозволяв комплексно оцінювати різні аспекти порушення емоційної регуляції – від неусвідомлення емоцій до імпульсивності у їх прояві. Методика швидко здобула визнання у науковому середовищі та стала широко застосовуваною у дослідженнях емоційної дисрегуляції, стресостійкості та психопатології. Українська адаптація DERS здійснена М. Сак та Н. Федотовою у 2023 році [66].

DERS використовується для вимірювання рівня складнощів у процесі регуляції емоцій, тобто здатності людини усвідомлювати, приймати, контролювати та ефективно використовувати власні емоційні переживання. Шкала дозволяє виявити, на яких етапах процесу емоційної регуляції спостерігаються найбільші труднощі, що має важливе значення у психодіагностиці та психотерапії.

Опитування проводиться індивідуально або в групі. Респондентам пояснюється мета дослідження, наголошується на конфіденційності відповідей. Час заповнення опитувальника – 10-15 хвилин.

Опитувальник містить 36 тверджень, що об’єднані у шість субшкал, які відображають різні компоненти емоційної регуляції (див. Додаток Б):

- Nonacceptance of Emotional Responses – неприйняття емоційних реакцій;
- Difficulties Engaging in Goal-Directed Behavior – труднощі із цілеспрямованою поведінкою;
- Impulse Control Difficulties – труднощі з контролем імпульсів;
- Lack of Emotional Awareness – відсутність емоційного усвідомлення;
- Limited Access to Emotion Regulation Strategies – обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій;
- Lack of Emotional Clarity – відсутність емоційної чіткості.

Результат опитування обчислюється як сума балів за 36 пунктами, так і сума балів за окремими субшкалами. Оцінювання здійснюється за 5-бальною шкалою (від 1– «ніколи» до 5 – «завжди»).

При підрахунку загальної суми балів слід враховувати, що оцінка пунктів 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 17, 20, 22, 24 та 34 має бути зворотною (тобто оцінка 1 стає оцінкою 5; 2 = 4; 3 = 3; 4 = 2; і 5 = 1).

Загальний індекс формується шляхом підсумовування всіх пунктів (діапазон від 36 до 180). Вищий бал свідчить про більші труднощі регуляції емоцій.

Сумарні показники за кожною субшкалою визначають рівень труднощів у відповідних сферах і знаходяться в таких діапазонах: шкала неприйняття емоційних реакцій – від 6 до 30 балів; шкала труднощів із цілеспрямованою поведінкою – від 5 до 25 балів; шкала труднощів з контролем імпульсів – від 6 до 30 балів; шкала відсутності емоційного усвідомлення – від 6 до 30 балів; шкала обмеженого доступу до стратегій регулювання емоцій – від 8 до 40 балів; шкала відсутності емоційної чіткості – від 5 до 25 балів.

DERS є валідним, надійним і універсальним інструментом для вимірювання труднощів емоційної регуляції. Її результати забезпечують

глибше розуміння механізмів емоційної дезадаптації та психосоматичних проявів. Методика рекомендована для використання у дослідженнях емоційної сфери особистості, а також як індикатор ефективності психокорекційних і психотерапевтичних програм.

Опитувальник позитивного і негативного афекту (ОПАНА) є україномовною адаптацією міжнародно визнаної методики Positive and Negative Affect Schedule (PANAS), створеної американськими психологами D. Watson, L. A. Clark та A. Tellegen у 1988 році. Українську версію ОПАНА розробили М. Б. Кліманська та І. І. Галецька у 2020 році на базі Львівського національного університету імені Івана Франка [37]. Авторки отримали офіційний дозвіл від D. Watson і Американської психологічної асоціації на використання та переклад оригінальної шкали. Українська версія пройшла повну психометричну перевірку і є стандартизованим інструментом для вимірювання емоційного фону в українській вибірці дорослого населення.

ОПАНА призначений для оцінки інтенсивності двох незалежних компонентів емоційного досвіду – позитивного афекту (ПА) та негативного афекту (НА). Позитивний афект характеризує ступінь активності, енергійності, ентузіазму, натхненності та впевненості у власних силах. В той час, як негативний афект відображає рівень напруження, тривожності, дратівливості, страху й відчуття провини.

Методика використовується для вимірювання як ситуативних (станів), так і диспозиційних (стійких) проявів емоційного фону особистості.

Опитування може проводитися індивідуально або в групі. Респондентам пояснюється мета дослідження та важливість надавати спонтанні, щирі відповіді. Час заповнення – приблизно 5-7 хвилин.

Опитувальник складається з 20 пунктів, які описують різні емоційні стани та поділяються на дві шкали (див. Додаток В):

– шкала позитивного афекту, що містить 10 дескрипторів позитивних емоцій;

– шкала негативного афекту, що містить 10 дескрипторів негативних емоцій.

Дана методика дозволяє використовувати наступні вказівки щодо часу: момент (як ви почуваєте себе саме зараз), сьогодні (як ви почували себе сьогодні), минулі кілька днів (як ви почували себе протягом останніх кількох днів), тиждень (як ви почували себе протягом минулого тижня), минулі кілька тижнів (як ви почували себе протягом останніх кількох тижнів), переважно (як ви почуваєте себе переважно).

Відповіді фіксуються за 5-бальною шкалою (1 – майже або зовсім ні, 2 – трохи, 3- помірно, 4 – значною мірою, 5 – дуже сильно).

Результат опитування обчислюється як окремі суми балів за шкалами позитивного та негативного афектів (діапазон від 10 до 50 балів кожна). Високий рівень позитивного афекту (ПА) свідчить про емоційну стійкість, задоволеність і адаптивність; високий рівень негативного афекту (НА) – про схильність до негативного емоційного фону, стресу та соматизації. Якісний аналіз співвідношення ПА/НА дозволяє оцінити емоційний баланс і потенційну вразливість до психосоматичних розладів.

ОПАНА є валідним і надійним інструментом для оцінки емоційного тону особистості в українських вибірках. Методика рекомендована для використання у дослідженнях емоційної сфери, психологічного благополуччя та психосоматичних взаємозв’язків. У контексті цього дослідження її застосування дозволяє оцінити емоційний фон респондентів і визначити, як позитивний чи негативний афект пов’язаний із рівнем алекситимії, емоційної дезрегуляції та соматичних скарг.

Гісенівський опитувальник соматичних скарг (GBB) був розроблений німецькими вченими E. Brähler і Й. Scheer у 1979 році в Гіссенському університеті (Німеччина) в межах досліджень психосоматичних співвідношень між тілесними та психологічними симптомами [100]. Мета створення інструменту полягала у стандартизації вимірювання суб’єктивно пережитих соматичних скарг, які не мають чітко виявленої органічної основи.

Згодом шкала була скорочена до версії GBB-24, що оптимізувало її застосування у психологічних і медико-соціальних дослідженнях. Українську адаптацію опитувальника здійснено Д. М. Харченко у 2006 р., підтвердивши його придатність для використання в українській вибірці [78].

Методика призначена для оцінки вираженості соматичних скарг, пов'язаних із функціональними або психосоматичними порушеннями. Вона дозволяє кількісно визначити частоту та інтенсивність скарг, які можуть відображати психологічну напруженість, емоційну дезрегуляцію або психосоматичні реакції на стрес. GBB-24 активно застосовується у психосоматичній медицині, клінічній психології та у дослідженнях психофізіологічного здоров'я.

Опитування проводиться індивідуально або в малих групах у письмовій формі. Учасникам пропонується оцінити, наскільки часто вони відчували зазначені симптоми протягом останніх тижнів. Час виконання становить 10-12 хвилин.

Опитувальник складається з 24 тверджень, які об'єднані у чотири підшкали, що відображають найпоширеніші сфери соматичних скарг (див. Додаток Г):

- серцево-судинні порушення (напр., серцебиття, задишка);
- шлунково-кишкові розлади (напр., біль у животі, нудота, порушення апетиту);
- опорно-рухові скарги (напр., біль у спині, напруга у м'язах);
- втома і виснаження (відчуття загальної слабкості, швидка втомлюваність).

Така структура забезпечує змогу оцінити як окремі типи тілесних скарг, так і загальний рівень соматизації.

Відповіді оцінюються за 4-бальною шкалою (0 – «ніколи», 1 – «рідко», 2 – «часто», 3 – «постійно»).

Сумарний показник за кожною підшкалою та загальний індекс соматичних скарг (діапазон від 0 до 72 балів) визначають рівень соматичного навантаження.

Після підрахунку балів за кожною з чотирьох підшкал обчислюється загальний індекс соматичних скарг. Високі значення вказують на виражене соматичне навантаження та можливу психосоматичну схильність. У якісному аналізі доцільно порівнювати профіль підшкал, щоб виявити, у яких системах організму найчастіше проявляється психоемоційна напруга.

Підібраний психодіагностичний комплекс у цьому дослідженні забезпечує можливість аналізу взаємозв'язку між рівнем алекситимії, емоційною регуляцією, афективним станом та схильністю до соматизації. Вибір саме цього набору методик зумовлений потребою охопити ключові ланки емоційно-психосоматичного континууму – від усвідомлення почуттів до тілесного вираження емоційного напруження.

Таким чином, комплексне використання цих чотирьох інструментів дозволяє глибше зрозуміти психологічні механізми, через які алекситимія сприяє виникненню психосоматичних розладів. Отримані результати можуть стати основою для розробки цілісних психокорекційних програм, спрямованих на розвиток емоційної усвідомленості, відновлення зв'язку з тілесними переживаннями та профілактику психосоматичних симптомів.

2.3 Психологічний та статистичний аналіз результатів констатувального експерименту

Емпіричне дослідження проводилося на базі Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля у форматі індивідуальних опитувань онлайн. Загальна вибірка становила 30 респондентів (див. Додаток Д).

Для участі у дослідженні було залучено дорослих осіб віком 18-55 років обох статей, зі середньою спеціальною або вищою освітою, здатні до самостійного розуміння інструкцій і саморефлексії.

На першому етапі дослідження було використано методику психологічної діагностики «Торонтська шкала алекситимії» (Toronto Alexithymia Scale – TAS-20).

Результати дослідження представлено в таблиці (див. табл. 2.1).

Таблиця 2.1

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

№	Шкала труднощів з ідентифікацією почуттів (DIF)	Шкала труднощів з описом почуттів (DDF)	Шкала зовнішньо орієнтованого мислення (EOT)	Загальний бал
1	14	11	13	**38**
2	17	7	21	**45**
3	14	12	15	**41**
4	14	11	13	**38**
5	18	11	13	**42**
6	10	9	19	**38**
7	13	11	19	**43**
8	11	10	13	**34**
9	13	10	22	**45**
10	15	10	16	**41**
11	15	12	19	**46**
12	11	11	19	**41**
13	14	8	19	**41**
14	28	20	28	**76**
15	21	9	24	**54**
16	13	8	14	**35**
17	13	14	16	**43**
18	18	13	21	**52**
19	12	11	19	**42**

Продовж. табл. 2.1

20	11	9	13	**33**
21	21	12	20	**53**
22	14	13	18	**45**
23	19	11	18	**48**
24	15	7	18	**40**
25	12	8	22	**42**
26	16	8	21	**45**
27	14	11	12	**37**
28	13	12	24	**49**
29	11	8	13	**32**
30	11	8	12	**31**
Середнє	**14,7**	**10,5**	**17,8**	**43**

Для аналізу та інтерпретації отриманих результатів дані було переведено у відсоткові показники та надано в таблиці (див. табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Розподіл рівнів прояву алекситимії у вибірці досліджуваних за методикою діагностики «Торонтська шкала алекситимії» (TAS-20)

Рівні прояву	**Кількість респондентів**	**%**
Алекситимії немає	26	86,7%
Можлива алекситимія	3	10,0%
Алекситимія присутня	1	3,3%

Для наочності розподілу рівнів прояву алекситемії результати дослідження було представлено на сегментограмі (див. рис. 2.1).

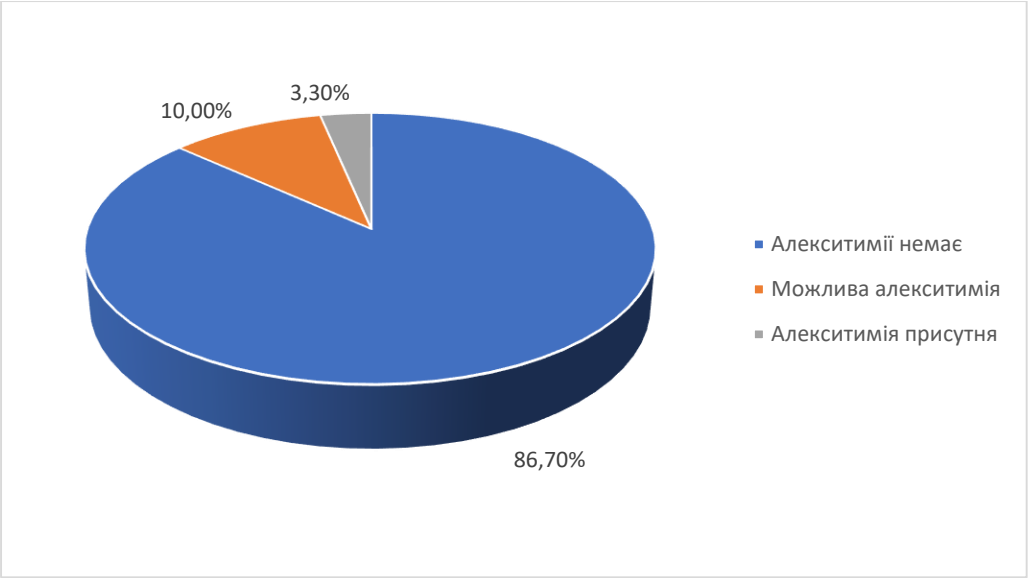

Рис. 2.1. Сегментограма відсоткового розподілу результатів дослідження за методикою діагностики «Торонтська шкала алекситимії» (TAS-20)

За результатами дослідження, проведеної за методикою діагностики «Торонтська шкала алекситимії», більшість учасників дослідження (86,7 %) не виявили ознак алекситимії. Можлива алекситимія спостерігається у 10 % респондентів, тоді як виражена алекситимія – лише у 3,3 % вибірки. Таким чином, аналіз результатів свідчить, що переважна частина опитаних володіє достатнім рівнем емоційної обізнаності, здатністю розпізнавати, диференціювати та описувати власні емоційні стани.

Показник труднощів з ідентифікацією почуттів (середнє значення – 14,7 балів з 35 можливих) відображає наявність несуттєвих ускладнень у розпізнаванні власних емоційних станів. Це може виявлятися у нечіткому розумінні причин свого емоційного стану або у схильності сприймати емоційні реакції переважно як фізичний дискомфорт.

Показник труднощів з описом почуттів (середнє значення – 10,5 балів з 25 можливих) свідчить про дуже помірну вираженість труднощів у вербалізації власних емоцій. Респонденти здебільшого здатні усвідомлювати емоції, проте не завжди можуть адекватно описати та передати їх словами або поділитися ними з іншими, що призводить до труднощів в комунікації та побудові стосунків.

Показник за шкалою зовнішньоорієнтованого мислення (середнє значення – 17,8 балів з 40 можливих) свідчить про незначну схильність учасників дослідження зосереджувати увагу на зовнішніх фактах, діях і подіях, уникаючи глибокого емоційного аналізу внутрішніх переживань. Такий когнітивний стиль часто притаманний людям, які прагнуть контролювати ситуацію через логічне осмислення, раціоналізацію, що може знижувати рівень емоційної відкритості й перешкоджати ефективній емоційній саморегуляції.

Загалом отримані результати за шкалою TAS-20 дозволяють зробити висновок, що більшість учасників володіють сформованими навичками розпізнавання та вербалізації емоцій, що знижує ризик соматизації психічної напруги й сприяє підтриманню психологічного благополуччя.

Наступним кроком було проведення психологічної діагностики за методикою «Шкала труднощів емоційної регуляції» (DERS). Результати дослідження відображено в таблиці (див. табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Результати дослідження за методикою діагностики «Шкала труднощів емоційної регуляції» (DERS)

№	Неприйняття емоційних реакцій	Труднощі із цілеспрямованою поведінкою	Труднощі з контролем імпульсів	Відсутність емоційного усвідомлення	Обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій	Відсутність емоційної чіткості
1	11	8	10	11	16	13
2	13	13	17	17	18	15
3	14	11	14	22	16	11
4	12	13	12	17	16	13
5	14	14	10	12	18	12
6	16	10	13	16	19	15
7	13	13	17	19	17	14

Продовж. табл. 2.3

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

Середні показники за кожною субшкалою для наочності представлено на гістограмі (див. рис. 2.2).

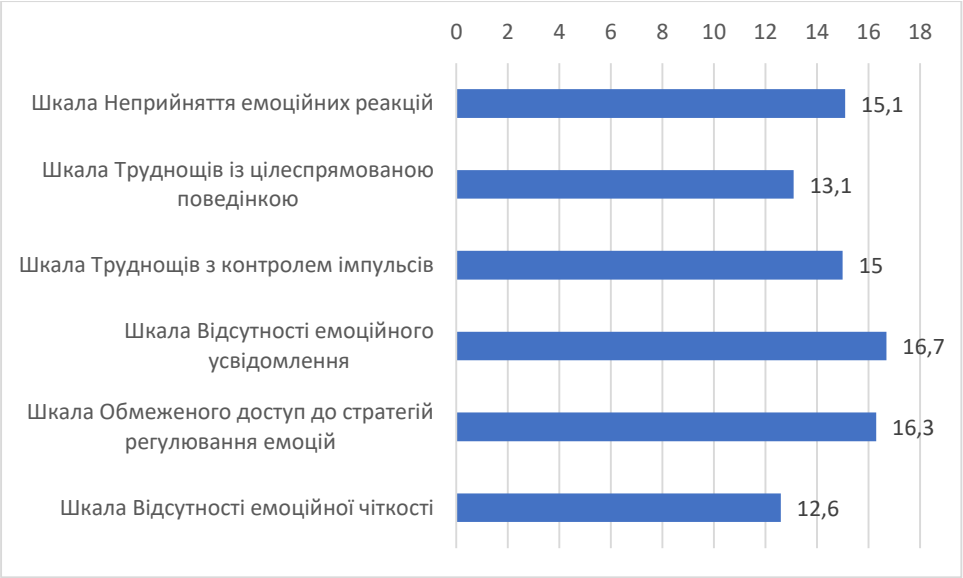

Рис. 2.2. Гістограма розподілу результатів дослідження за методикою діагностики «Шкала труднощів емоційної регуляції» (DERS)

Показник за субшкалою «Неприйняття емоційних реакцій» (середнє значення – 15,1 бал з 30 можливих) вказує на помірну тенденцію до заперечення або уникання емоцій, особливо негативних, що ймовірно не порушує повсякденне функціонування. Це може проявлятися у прагненні приховати емоції, дистанціюватися від власних переживань. Такий механізм часто формується як спосіб збереження психологічної стабільності, однак у перспективі обмежує емоційне усвідомлення.

Показник за субшкалою «Труднощі із цілеспрямованою поведінкою» (середнє значення – 13,1 бал з 25 можливих) є трохи вищим за середній рівень, що ймовірно вказує на загалом збережену здатність підтримувати увагу та виконувати завдання навіть у стані емоційного збудження. Проте в умовах сильного стресу респонденти можуть частково втрачати концентрацію або відкладати дії через внутрішню дезорганізацію.

Показник «Труднощі з контролем імпульсів» (середнє значення – 15,0 балів з 30 можливих) відображає помірний рівень імпульсивності, що вказує радше на помірні труднощі, що здебільшого залишаються під базовим контролем. Та водночас такий показник може свідчити про труднощі з

утриманням від небажаних дій під час емоційного збудження. Це може призводити до ризикової поведінки, конфліктів, проблемами з залежностями та самопошкодженням.

Показник за субшкалою «Відсутність емоційного усвідомлення» (середнє значення – 16,7 з 30 можливих) відображає дещо підвищений рівень, що ймовірно вказує на недостатній розвиток емоційної свідомості, що проявляється у труднощах з розпізнаванням власних почуттів та емоційних станів, що може призводити до накопичення напруги та соматизації переживань. Водночас цей показник радше сигналізує про помірні, а не глибокі ускладнення в усвідомленні емоцій.

Показник за субшкалою «Обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій» (середнє значення – 16,3 з 40 можливих) може характеризувати дещо обмежений арсенал адаптивних способів емоційної регуляції, що ймовірно не порушує суттєво повсякденне функціонування. Водночас такі респонденти можуть мати певні ускладнення з тим як ефективно впоратися з власними емоціми, що може провокувати уникання емоційних ситуацій.

Показник «Відсутність емоційної чіткості» (середнє значення – 12,6 балів з 25 можливих) є помірним та вказує на відносно сформовану здатність до розрізнення власних емоційних станів, хоча в складних чи конфліктних ситуаціях можуть виникати труднощі з точним визначенням емоцій.

Отримані дані можна трактувати як свідчення того, що загальний профіль емоційної регуляції у вибірки характеризується помірними, не різко вираженими труднощами, які переважно проявляються ситуативно та не мають дезадаптивного характеру. Хоча респонденти демонструють окремі ускладнення у сфері усвідомлення, прийняття та регуляції емоцій, базові навички збережені, а наявні труднощі радше вказують на потенційні зони для розвитку, ніж на глибокі порушення емоційного функціонування.

Наступним кроком було проведення психологічної діагностики за методикою «Опитувальник позитивного та негативного афекту» (ОПАНА). Результати дослідження відображено в таблиці (див. табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Результати дослідження за методикою діагностики «Опитувальник позитивного та негативного афекту» (ОПАНА)

№	Позитивний афект	Негативний афект
1	28	30
2	26	29
3	35	22
4	36	27
5	32	30
6	33	19
7	25	30
8	29	27
9	27	33
10	28	31
11	29	26
12	25	24
13	32	30
14	27	26
15	26	32
16	32	28
17	35	26
18	32	25
19	27	30
20	37	27
21	28	30
22	28	32
23	33	24
24	31	28
25	40	25
26	27	31
27	32	36
28	28	35
29	40	24
30	36	26
Середнє значення	**30,8**	**28,1**

Середні показники за субшкалами негативного та позитивного афектів представлені для наочності на гістограмі (див. рис. 2.3).

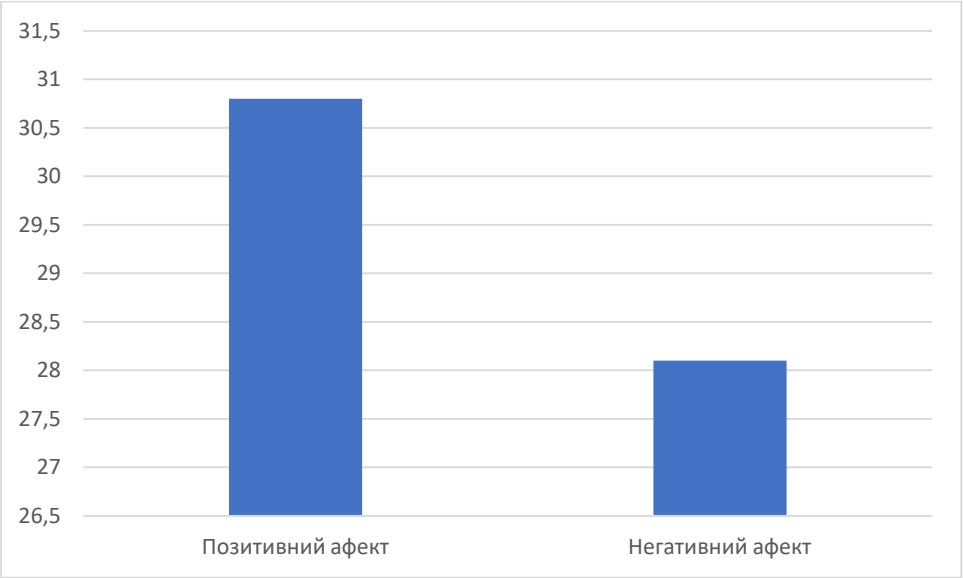

Рис. 2.3. Гістограма розподілу результатів дослідження за методикою «Опитувальник позитивного та негативного афекту» (ОПАНА)

Отримані результати за методикою ОПАНА вказують на відносну рівновагу між позитивним і негативним афектом у респондентів. Середній показник позитивного афекту (ПА) становить 30,8 бали, що відповідає помірному рівню вираженості позитивних емоцій. Це означає, що учасники дослідження загалом схильні відчувати зацікавленість, натхнення, активність і впевненість, однак ці стани не є стійко домінантними у їхньому емоційному житті.

Показник негативного афекту (НА) – 28,1 бали – свідчить про дещо підвищений рівень негативних емоційних переживань. Це може вказувати на наявність емоційного напруження, тривожності, дратівливості чи пригніченості, що періодично впливає на загальне самопочуття. Такий емоційний фон часто є наслідком перевантаження, нестабільності зовнішнього середовища або недостатньо сформованих стратегій емоційної регуляції.

Порівняльний аналіз двох показників демонструє, що негативний афект лише незначно поступається позитивному, що може свідчити про тенденцію

до емоційної напруженості й зниження загального психологічного комфорту. Це відображає певну дисгармонію в емоційному стані респондентів, при якій позитивні емоції частково компенсують, але не повністю врівноважують негативні переживання.

Відносна рівновага між позитивним і негативним афектом, але помітне домінування негативного тону емоцій, узгоджується з помірними труднощами емоційної регуляції та підвищує ризик соматизації емоційного напруження.

Далі було проведено психологічну діагностику за методикою Гісенівський опитувальник соматичних скарг (GBB-24). Результати дослідження відображено в таблиці (див. табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Результати дослідження за методикою «Гісенівський опитувальник соматичних скарг» (GBB-24)

№	Виснаження	Шлункові скарги	Болі в різних частинах тіла	Серцеві скарги
1	12	9	5	5
2	9	5	9	4
3	13	10	10	3
4	12	10	11	3
5	10	6	8	2
6	9	7	11	1
7	6	8	8	3
8	13	11	10	6
9	10	12	14	9
10	11	11	7	5
11	10	9	10	8
12	11	8	9	3
13	10	12	11	8
14	13	14	13	9
15	12	14	11	10
16	13	17	6	2
17	9	13	9	7
18	12	11	12	9

Продовж. табл. 2.5

19	9	9	6	9
20	12	6	11	12
21	9	9	12	6
22	5	7	11	6
23	5	9	8	12
24	12	9	10	12
25	8	8	10	10
26	8	9	10	7
27	11	5	8	11
28	12	9	11	7
29	12	8	10	12
30	6	10	8	10
Середнє значення	**10,1**	**9,5**	**9,6**	**7,0**

Графічне зображення середніх показників за кожною субшкалою відображене на сегментограмі (див. рис. 2.4).

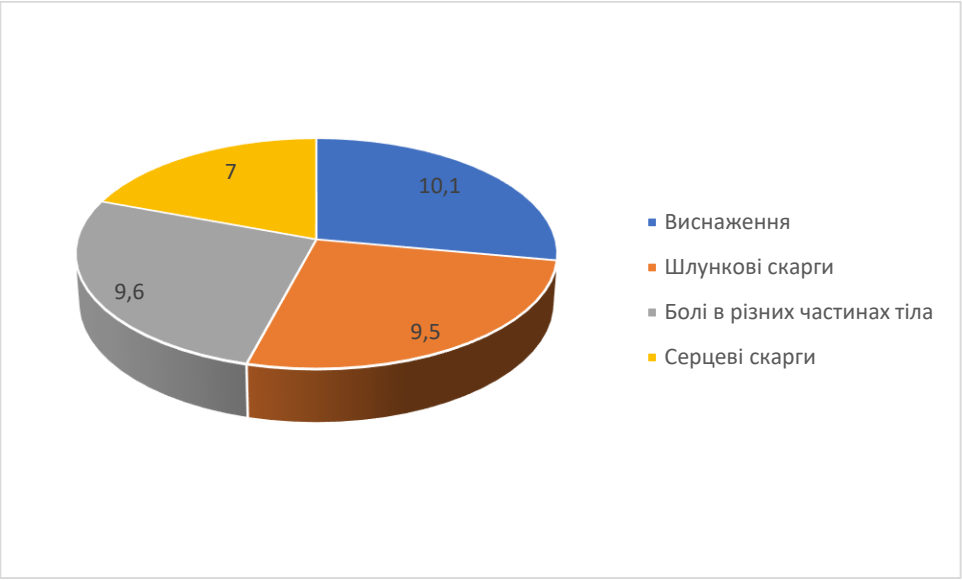

Рис. 2.4. Сегментограма розподілу результатів дослідження за методикою «Гісенівський опитувальник соматичних скарг» (GBB-24)

За результатами дослідження за даною методикою можна виявити інтенсивність емоційно забарвлених скарг з приводу стану фізичного здоров'я, яка корелює з психосоматичними розладами.

Результати діагностики за Гіссенським опитувальником соматичних скарг (GBB-24) свідчать про помірну вираженість соматоформних проявів у досліджуваної вибірки.

Показник «Виснаження» (середнє значення – 10,1) свідчить про наявність ознак емоційної та фізичної втоми, зниження життєвого тонусу, схильність до перевтоми та психоемоційного виснаження. Такий рівень часто спостерігається у людей, які тривалий час перебувають у стані стресу або мають підвищене навантаження без достатнього відновлення.

Показник за шкалою «Шлункові скарги» (середнє значення – 9,5) відображає помірно виражені симптоми з боку травної системи, які можуть мати психосоматичний характер (відчуття дискомфорту, нудота, печія, відрижка). Це може бути наслідком внутрішньої тривоги, пригнічених емоцій або психоемоційного перенапруження.

За шкалою «Болі в різних частинах тіла» (середнє значення – 9,6) виявлено помірну частоту тілесних болей, переважно у спині, суглобах, шиї або голові. Такі симптоми часто пов'язані з хронічною напругою м'язів, порушенням сну чи накопиченням емоційного стресу, що не отримує адекватного вираження.

Найнижчий показник спостерігається за шкалою «Серцеві скарги» (середнє значення – 7,0), що свідчить про низький рівень психосоматичних реакцій у серцево-судинній сфері. Це означає, що відчуття серцебиття, болю або тиску в грудях зустрічаються рідко й не мають клінічно значущого характеру.

Інтегральний показник загального тиску (середнє значення – 36,3 бали) перебуває у межах середніх значень, що вказує на наявність певного рівня психофізіологічного напруження та вразливості до соматичних реакцій на емоційні або стресові фактори.

Таким чином респонденти демонструють помірний рівень соматизації емоційного напруження, який проявляється переважно у відчуттях втоми, напруження та незначних тілесних дискомфортах. Такий профіль є типовим для осіб, схильних до емоційного перевантаження без повноцінного емоційного вираження, коли психічна напруга частково переноситься у тілесну сферу.

Аналіз результатів констатувального експерименту дозволив отримати всебічне уявлення про особливості емоційної сфери та пов’язані з нею психосоматичні прояви у досліджуваної вибірки. Дані, отримані за методикою TAS-20, свідчать, що переважна частина учасників не має виражених ознак алекситимії, демонструючи достатню здатність до розпізнавання та вербалізації емоцій. Водночас наявність невеликого відсотка осіб з можливими або вираженими алекситимічними тенденціями вказує на певну варіативність емоційної обізнаності серед респондентів, що може бути наслідком індивідуальних особливостей емоційного розвитку або тривалого емоційного напруження.

Результати дослідження за шкалою DERS засвідчили помірний рівень труднощів емоційної регуляції у вибірки. Найбільші порушення спостерігаються у сферах емоційного усвідомлення, цілеспрямованої поведінки під впливом емоцій та емоційної чіткості. Це вказує на недостатню інтеграцію емоційного досвіду в когнітивну сферу та потенційну схильність до емоційної дезорганізації. Водночас нижчі показники за субшкалою доступу до стратегій регуляції свідчать про наявний адаптивний потенціал, який може бути ефективно розвинений у межах корекційно-тренінгових втручань.

Дані за методикою ОПАНА демонструють відносну збалансованість між позитивним і негативним афектом, однак із незначним переважанням негативних емоцій. Це може свідчити про підвищений рівень емоційного напруження, вплив стресових чинників та недостатню сформованість механізмів емоційної саморегуляції. Такий профіль створює передумови для

емоційної втоми та зниження суб'єктивного психологічного благополуччя, що узгоджується з результатами DERS.

Отримані показники соматоформних проявів за методикою GBB-24 засвідчують помірний рівень соматичного реагування на емоційний стрес. Найбільш вираженими є симптоми виснаження та локальні болючі відчуття, що є типовими тілесними корелятами емоційного перенапруження. Це підтверджує наявність зв’язку між труднощами емоційної регуляції та соматизацією, а також вказує на потребу розвитку навичок конструктивного емоційного переживання для зниження психофізіологічного навантаження.

Узагальнюючи результати всіх методик, можна зробити висновок, що досліджувана вибірка характеризується загалом адаптивним рівнем емоційного функціонування, але водночас демонструє помірні труднощі у сфері емоційної регуляції, тенденцію до негативного емоційного тону та схильність до соматизації напруження. Саме ця сукупність психологічних характеристик обґрунтовує доцільність розроблення й упровадження програми соціально-психологічного тренінгу, спрямованої на розвиток емоційної обізнаності, навичок саморегуляції та профілактику психосоматичних розладів у дорослих.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

У другому розділі було комплексно проаналізовано психологічні механізми формування алекситимії та емпірично досліджено її зв'язок із труднощами емоційної регуляції, афективним станом та психосоматичними проявами. Теоретичний аналіз підтвердив, що алекситимія є багатофакторним біопсихосоціальним феноменом, детермінованим поєднанням конституційних особливостей нервової системи, ранніх психотравматичних досвідів, порушеної прив'язаності та соціокультуральних норм, які пригнічують емоційне самовираження. Центральним механізмом виступає дефіцит емоційного усвідомлення – труднощі в ідентифікації, диференціації та вербалізації емоцій, що веде до порушення емоційної регуляції та соматизації. Саме нездатність інтегрувати емоційний досвід у свідомість зумовлює перенесення емоційної напруги у тілесну сферу.

Для проведення емпіричного дослідження було обрано методики психологічної діагностики: «Торонтська шкала алекситимії» (Toronto Alexithymia Scale – TAS-20), «Шкала труднощів емоційної регуляції» (DERS), «Опитувальник позитивного та негативного афекту» (ОПАНА), «Гісенівський опитувальник соматичних скарг» (GBB-24).

Комплексне застосування цих методик забезпечило всебічне дослідження механізмів взаємозв'язку між емоційною неусвідомленістю та соматичними скаргами.

Результати констатувального експерименту показали, що вибірка загалом має невисокий рівень алекситимічних проявів, хоча у частини респондентів спостерігаються труднощі емоційної обробки, зокрема ідентифікації та чіткості переживань. Результати за DERS вказують на помірні порушення емоційної регуляції – передусім у сферах емоційного усвідомлення, прийняття емоцій та контролю імпульсів, що може спричиняти дезорганізацію поведінки під впливом інтенсивних емоцій, попри наявний потенціал до використання адаптивних стратегій. Дані опитувальника

ОПАНА засвідчили відносну рівновагу позитивного та негативного афекту з незначним переважанням негативного емоційного тону, що відображає емоційну нестійкість. За GBB-24 виявлено помірний рівень соматизації, передусім у формах виснаження, тілесних болей та шлунково-кишкових скарг.

Узагальнення емпіричних даних дозволяє констатувати, що у досліджуваної групи формується комплексна структура емоційного функціонування, для якої характерні труднощі у сфері емоційної обізнаності, помірні порушення емоційної регуляції та схильність до соматизованих реакцій. Такий емоційно-поведінковий профіль підтверджує припущення про значущість алекситимічних тенденцій та регуляторних порушень як чинників підвищеної психосоматичної вразливості, що обґрунтовує необхідність подальшої корекційно-розвивальної роботи.

Отримані результати визначають ключові напрями подальшої психокорекційної роботи: розвиток емоційної грамотності, формування навичок розпізнавання та вербалізації емоцій, розширення стратегій емоційної саморегуляції та відновлення зв’язку між тілесними й емоційними переживаннями. Ці положення стали підґрунтям для розробки програми соціально-психологічного тренінгу, представлення якої здійснюється у наступному розділі.

РОЗДІЛ 3. ПОДОЛАННЯ АЛЕКСИТИМІЇ ЯК ПРОФІЛАКТИКА ВИНИКНЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

3.1. Програма соціально-психологічного тренінгу щодо подолання алекситимії

Проведене теоретичне й емпіричне дослідження підтверджує, що алекситимія, емоційна дисрегуляція та психосоматичні прояви утворюють єдиний функціональний комплекс, у межах якого психічні та тілесні процеси нерозривно пов’язані. Нездатність людини розпізнавати й адекватно опрацьовувати власні емоції неминуче відбивається на тілесному рівні, посилюючи фізіологічне напруження та підвищуючи вразливість до соматичних симптомів. Тому робота з феноменом алекситимії не може здійснюватися ізольовано від розвитку навичок емоційної регуляції, емоційної та тілесної усвідомленості. Доцільно говорити про психофізичну єдність, у межах якої емоційне, когнітивне й тілесне взаємно впливають одне на одного.

Саме тому формувальна програма, представлена в цьому розділі, спрямована на відновлення цілісності цього комплексу: формування в учасників здатності усвідомлювати, вербалізувати та регулювати власні емоції, розвивати емпатійне ставлення до інших, інтегрувати емоційний досвід у цілісну структуру особистості, формувати регуляційні стратегії та зменшувати психосоматичне напруження як природній наслідок покращення емоційної обробки.

Створена тренінгова програма використовує принципи групової динаміки, елементи гештальт-терапії, арт-терапії, тілесно орієнтованих практик, методів усвідомленості (mindfulness) та психоедукації. Заняття включають базові групові вправи на формування безпеки та емоційного контакту, рефлексивні кола й використання «Я-висловлювань», що сприяють розвитку екологічної комунікації.

Дослідження внутрішнього стану учасників, підтримка процесу усвідомлення емоцій та їх подальшої вербалзації відбувалося за допомогою арт-терапевтичних методик – «Карта емоцій», «Каракулі», «Каракулі і метаморфози», «Настрій у кольорі», образні техніки («Емоційний м'яч», «Суперсили»). Процес розвитку тілесної обізнаності, зниження психофізіологічної напруги та формування навичок саморегуляції відбувався на базі тілесно орієнтованих вправ – сканування тіла, техніки заземлення (5-4-3-2-1), дихальні практики та релаксаційні методи. Важливе місце посідали вправи, спрямовані на розвиток емоційної компетентності у міжособистісній взаємодії: активне слухання, емпатійна підтримка, рольові та вербальні техніки роботи з емоціями. Психоедукаційні блоки забезпечували теоретичне розуміння природи емоцій, механізмів їх регуляції та зв’язку з тілесними й психосоматичними реакціями. Завдяки поєднанню цих методів програма забезпечувала комплексний вплив на когнітивний, емоційний і тілесний рівні, що дозволяло ефективно розвивати емоційну грамотність, здатність до саморегуляції та інтеграцію емоційного досвіду.

Перші заняття спрямовані на створення безпечного простору й формування базового рівня усвідомлення емоційних переживань. Подальші – на розвиток уміння вербалізувати емоції, дослідження тілесних проявів, формування навичок емоційної саморегуляції та емпатійної взаємодії. Завершальні заняття мають інтеграційний характер – вони допомагають узагальнити набуті знання, усвідомити особистісні зміни та сформувати готовність застосовувати отриманий досвід у повсякденному житті (див. табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Структура соціально-психологічного тренінгу щодо подолання алекситимії

Вправа	Орієнтовний час, хвилин
Заняття 1. Знайомство й створення безпечного простору	
Початок та вступне слово	5
Знайомство учасників	25
Вправа Від тренінгу я очікую...	20
Навчальний блок про суть тренінгу	15
Обговорення правил групи	10
Вправа на релаксацію Море	5
Завершення та рефлексія	10
Заняття 2. Усвідомлення емоцій: що я відчуваю?	
Початок та вступне слово	5
Методика Карта емоцій	25
Вправа Незакінчені речення	15
Навчальний блок про природу емоцій	20
Вправа Каракулі	10
Вправа Концентрація на диханні	5
Завершення та рефлексія	10
Заняття 3. Мова емоцій: як говорити про почуття	
Початок та вступне слово	5
Вправа Назви почуття	20
Навчальний блок про роль мовного вираження емоцій	25
Вправа Я-повідомлення	15
Вправа Листування зі своєю емоцією	15
Завершення та рефлексія	10
Заняття 4. Емоції та тіло: відчуття як джерело самопізнання	
Початок та вступне слово	5
Вправа 5-4-3-2-1	10
Навчальний блок про тілесний вимір емоцій	30
Вправа Сканер тіла	10
Вправа Фантом	20
Завершення та рефлексія	15

Продовж. табл. 3.1

Заняття 5. Регуляція емоцій: від реакції до вибору	
Початок та вступне слово	5
Вправа Каракулі і метаморфози	15
Вправа Стоп-техніка	25
Навчальний блок про механізми емоційної регуляції	20
Вправа План дій на емоцію	15
Завершення та рефлексія	10
Заняття 6. Емоції у спілкуванні: емпатія та контакт	
Початок та вступне слово	5
Вправа Я бажаю	10
Вправа Активне слухання	20
Навчальний блок про емпатію	25
Вправа Слово підтримки	20
Завершення та рефлексія	10
Заняття 7. Інтеграція досвіду: я і мої емоції	
Початок та вступне слово	5
Вправа Емоційний м’яч	10
Вправа Мої суперсили – емоційні ресурси	10
Навчальний блок про осмислення отриманого досвіду	5
Обговорення здобутого досвіду	15
Вправа Погляд у минуле	20
Вправа Метафора мого шляху	15
Завершення та рефлексія	10
Заняття 8. Завершення і зворотний зв’язок	
Початок та вступне слово	5
Вправа Настрій у кольорі	10
Вправа МАК-карта підсумків	15
Навчальний блок про підсумок результатів	10
Методика Лист до себе в майбутнє	25
Фінальне обговорення та завершення	25

Заняття 1. Знайомство та створення безпечного простору.

Метою заняття є формування атмосфери довіри, прийняття та психологічної безпеки в групі. учасники знайомляться між собою, визначають правила взаємодії та власні очікування від тренінгу. створюється емоційний фундамент для подальшої роботи з темою емоційності.

Заняття починається з привітання ведучого та його вступного слова. «Вітаю вас на нашому першому занятті! Сьогодні ми починаємо спільну подорож у напрямку кращого розуміння себе, своїх емоцій і того, як вони впливають на наше життя. Сьогодні ми познайомимося, створимо атмосферу довіри й визначимо наші очікування від цього тренінгу».

Після привітання ведучий пропонує учасникам познайомитися для початку створення безпечної атмосфери. Учасники по черзі називають своє ім’я та коротко розповідають про себе та про те, що привело їх на тренінг. Ведучий уважно слухає, підтримує контакт поглядом, дякує за кожне висловлювання й заохочує учасників говорити настільки, наскільки їм комфортно. Завдання ведучого – задати теплий тон взаємодії, підкреслити повагу до різного досвіду та показати, що в групі є місце для кожного.

Вправа «Від тренінгу я очікую...», що базується на методиках групової роботи та адаптовано з праць з тренінгової практики [49].

Мета вправи: виявлення очікуваннь учасників, можливих суперечностей між реальністю тренінгу та очікуваннями, активізація рефлексії стосовно власних потреб.

Час виконання 20 хвилин.

Інструкція до вправи. Учасникам пропонується продовжити речення: «Від тренінгу я очікую…», відповівши на запитання: «Про що хотіли б дізнатися, чому навчитися, щоб цей тренінг був для вас корисним, допомагав у подальшій професійній діяльності та особистому житті?»

Після цього кожен по черзі зачитує своє очікування, а ведучий фіксує можливі суперечності або нереалістичні очікування для подальшого обговорення [49].

Заняття продовжується навчальним блоком, що присвячено ознайомленню учасників із сутністю соціально-психологічного тренінгу, його структурою, завданнями й очікуваними результатами.

«Переходимо до нашого першого навчального блоку. Сьогодні я коротко окреслю, що таке соціально-психологічний тренінг і чому саме такий формат є ефективним у подоланні алекситимії. Також розповім про те, що таке алекситемія та який негативний вплив вона може мати на життя.

Тренінг – це не просто набір вправ чи розмов. Це структурований процес, який допомагає розвивати нові способи усвідомлення себе, взаємодії з іншими та роботи з емоціями. У фаховій літературі його описують як активну форму навчання, що поєднує досвід, групову динаміку й рефлексію [73]. Наше завдання – створити умови, у яких вам буде легше помічати свої емоції, пробувати їх називати та досліджувати, як вони проявляються.

Мета нашої програми – навчитися усвідомлювати свій емоційний стан, розрізняти різні почуття, знаходити слова для їх опису, помічати тілесні прояви та регулювати свої реакції. Розвиток цих навичок є ключовим для подолання алекситимії.

Під алекситимією розуміють певні порушення, що спричиняють нездатність до усвідомлення і вираження власних почуттів і, відповідно, почуттів інших людей. Одним із негативних наслідків цього явища може бути перетворення неусвідомлених та непереробленних емоцій в соматичні сиптоми [19].

Окремо хочу пояснити, чому ми працюємо в групі. Для подолання алекситимії дуже важливо мати можливість спостерігати, як емоції проявляються в інших, чути різні способи вербалізації, пробувати свої варіанти й отримувати підтримуючий зворотний зв’язок. Груповий формат допомагає м’яко розширювати емоційний словник, вчитися помічати емоційні нюанси та експериментувати з новими формами вираження [30].

Ми говоримо про те, що труднощі з розпізнаванням і вираженням емоцій можуть призводити не лише до складнощів у стосунках, а й до виникнення

психосоматичних проявів. Накопичені, неусвідомлені почуття часто відгукуються тілом, тоді як поступовий розвиток емоційної чутливості й уміння називати свої стани знижує напругу та сприяє загальному благополуччю [70]. Тож те, що ми будемо робити тут, – це не просто «говорити про емоції». Ми фактично тренуємо здатність бути в контакті із собою, розуміти свої переживання та відчувати їх без страху чи плутанини.

Наша спільна мета – покращити емоційний контакт із собою, розширити словник емоцій, краще орієнтуватися у власних реакціях і формувати більш стабільний, зрілий внутрішній стан».

Далі ведучий роздає або надсилає учасникам правила роботи в групі та пропонує всім ознайомитися з ними.

До правил групи відносяться такі:

1. Конфіденційність. Усе, що відбувається в групі, залишається в групі. ми не обговорюємо досвід і висловлювання учасників поза межами тренінгу.

2. Активність і включеність. Група працює ефективно, коли кожен бере участь у спільній роботі. Ми не оцінюємо інших, а ділимося власним досвідом, думками, почуттями.

3. «Я-висловлювання». Говоримо від свого імені – не «усі думають», а «я думаю», «я відчуваю». це допомагає залишатися у власному досвіді і не проектувати його на інших.

4. Повага до себе й до інших. Кожен має право на власну думку, емоції та межі. ми слухаємо один одного без перебивання, осуду чи порад, якщо про них не просять.

5. Безпека та підтримка. Важливо дбати про власні межі і бути уважними до стану інших. ми не тиснемо, не змушуємо, не оцінюємо. підтримка важливіша за критику.

6. Правило «тут і тепер». Зосереджуємо увагу на тому, що відбувається зараз у групі, у тілі, в емоціях, у стосунках. минуле чи майбутнє розглядаємо лише через те, як вони впливають на теперішній момент.

7. Таймінг і дисципліна. Ми поважаємо час початку й завершення занять, дотримуємося регламенту, повертаємося з перерв вчасно.

8. Право на помилку та розвиток. У тренінгу ми навчаємося. будь-яка реакція чи емоція має сенс – важливо лише дослідити її з цікавістю, а не оцінювати.

Після того, як всі учасники ознайомилися з правилами, ведучий пропонує поставити питання та обговорити правила, якщо є така потреба.

Вправа на релаксацію «Море» [51].

Мета вправи: зняття напруги після знайомства, допомогти групі розслабитись і закріпити позитивний емоційний фон.

Час виконання 5 хвилин.

Інструкція до вправи. Ведучий озвучує учасникам наступне «Заплющіть очі. Сядьте зручно, покладіть руки на коліна долонями догори. Уявіть собі берег моря. Зробіть глибокий видих (пауза), повільний вдих. Шумить морська хвиля, заспокоює і заколисує. Ви сидите на березі моря, близько до води. З кожним вдихом вода повільно входить у Вас через ступні ніг, піднімається вгору по тілу аж до талії, як приплив. А з кожним видихом повертається назад – згори вниз, як відлив. І знову приплив – вдих, відлив – видих. Вашому тілу приємно, спокійно. Вода омиває і очищає кожну частинку вашого тіла як ззовні, так і зсередини. Ви відчуваєте себе берегом моря, ви розчинилися у піску, і Вас омиває вода... Вдих – приплив, видих – відлив. Ви злилися з природою. Ви – частина природи. Вам добре і приємно відчувати себе природою. Рахуючи у зворотному порядку (5-4-3-2-1, на слові «один» розплющіть очі)» [51].

На завершальному етапі група підводить підсумки заняття та дає зворотній зв’язок ведучому. Учасникам пропонується дати відповіді на такі запитання: що цінного для вас було на занятті? які ваші враження від роботи в групі сьогодні? яка ідея народилася під час тренінгу?

Заняття 2. Усвідомлення емоцій: що я відчуваю?

Заняття спрямоване на розвиток здатності розпізнавати та ідентифікувати власні емоції, розуміти їхній зв'язок із потребами та тілесними відчуттями. Учасники вчаться сприймати емоції як природний і корисний сигнал, а не як щось, що слід уникати чи контролювати.

Ведучий починає зі вступних слів. «Рада бачити вас знову. Минулого разу ми знайомилися й формували безпечний простір, а сьогодні зробимо перший крок до глибшого контакту із собою – будемо вчитися розпізнавати власні емоції. Часто ми живемо в стані «щось відчуваю, але не розумію, що саме». Сьогоднішня зустріч допоможе побачити цей внутрішній світ чіткіше. згадайте, як ви почувалися після минулого заняття – які думки чи почуття залишилися? Пропоную коротко поділитись цим і поступово перейти до теми нашого сьогоднішнього дослідження – усвідомлення емоцій».

Вправа «Карта емоцій» – це арт-терапевтична техніка, що базується на ізотерапії [33].

Мета методики: актуалізація емоційних станів, самоспостереження, дослідження внутрішнього емоційного ландшафту, розвиток емоційної грамотності та рефлексії.

Час виконання 20 хвилин.

Матеріали для виконання вправи: папір А4, А3, олівці, фарби, фломастери, крейди, пензлики, ручка, зошит.

Інструкція до методики. Учасникам пропонують пригадати та перелічити в зошиті якомога більше емоцій, які вони переживали останнім часом (наприклад, протягом тижня чи місяця). Далі учасники малюють кулю, яка символізує «планету емоцій». У межах цієї кулі потрібно візуально представити всі згадані емоції – через колір, символ, форму, візерунок тощо. Обов'язковим елементом є прокладання маршруту на планеті – з точки початку подорожі крізь «ландшафт емоцій». Після завершення візуалізації учасники мають придумати назву для планети та скласти коротку розповідь про неї, описавши, хто на ній живе, які на ній умови, хто туди може потрапити, що там відбувається.

Питання для рефлексії: Які мешканці живуть на вашій планеті емоцій? Які місця там найбільш привабливі або небезпечні? Чи є на цій планеті безпечне місце для вас? Як ви прокладаєте маршрут: випадково чи свідомо? Які емоції найсильніше впливають на ваш шлях? [33].

Вправа «Незакінчені речення» [28].

Мета вправи: усвідомлення труднощів у розпізнаванні та вербалізації емоцій, виявлення індивідуальних особливостей емоційного реагування, стимулювання групової дискусії.

Час виконання вправи: 15 хвилин.

Матеріали необхідні для виконання вправи: підготовлені заздалегідь речення, що потребують завершення. Наприклад, «Люди сердяться, коли...», «Люди радіють, якщо...», «Люди дивуються, коли...», «Люди ображаються, якщо...», «Коли я радію, то...», «Мені важко розпізнати емоцію, коли...»

Інструкція до вправи. Учасникам пропонується список тверджень, які потрібно закінчити. По колу кожен зачитує свої відповіді. Після завершення кола обговорюються труднощі: чи важко було знайти слова для опису емоцій, чи є ситуації, коли емоції важко розпізнати [28].

Заняття продовжується навчальний блоком, що спрямований на формування базових знань про природу емоцій та розвиток уміння їх розпізнавати.

«У цьому навчальному блоці ми будемо знайомитися з базовими уявленнями про природу емоцій і вчитися розпізнавати їх – спочатку на рівні понять, а потім на рівні власного досвіду. Це важлива частина роботи з подолання алекситимії, тому що більшість труднощів виникає саме на ранніх етапах: коли емоція ще не усвідомлена, не відрізнена від інших або не має назви. Щоб рухатися далі, нам потрібно створити спільну мову, якою ми зможемо говорити про почуття.

Тож зараз ми розглянемо ключові терміни. Емоція – це просте, безпосереднє, поверхове, короткоплинне переживання людини в даний момент [27, с. 114]. Почуття є більш тривалим, стійким і усвідомленим

переживанням, що виникає у процесі її взаємодії з навколишнім світом. Почуття виражаються через певні емоції, залежно від того, в якій ситуації виявляється об'єкт, по відношенню до якого людина виявляє почуття [64, с. 21]. Афект становить собою надзвичайно інтенсивний, короткий емоційний спалах, який тимчасово звужує свідомість та знижує здатність до раціонального контролю над поведінкою [9]. Емоційні стани – це відносно стійкі переживання, що відображають ставлення людини до себе, інших і навколишнього світу та виникають у відповідь на значущі для неї події чи інформацію [64]. Настрій є тривалим, відносно стійким емоційним фоном, який може не мати конкретного зовнішнього приводу та визначає загальну тональність переживань людини упродовж годин або днів [9].

Тож основна різниця між емоцією, почуттям, афектом, емоційним станом і настроєм полягає у їхній тривалості, інтенсивності та рівні усвідомленості. Для людей з алекситимією ця різниця особливо важлива, бо допомагає поступово структурувати внутрішній досвід і відходити від загального «нічого не відчуваю» або «я не розумію, що зі мною».

Існує кілька класифікацій базових емоцій, оскільки різні дослідники по-своєму визначали, які емоції є фундаментальними та універсальними для людини. Ми з вами звернемося до класифікації американського психолога та спеціаліста у галузі психології емоцій К.Е. Ізарда, який виділив десять базових емоцій: інтерес-хвилювання, радість, горе-страждання, гнів, відраза, презирство, страх, подив, сором, провина [64].

- інтерес-хвилювання – це позитивна емоція, яка мотивує до навчання, спонукає розвиток навичок і вмінь, активізує процеси пізнання, стимулює допитливість;

- радість – це позитивне емоційне збудження, яке виникає під час появи можливості повного задоволення актуальної потреби. В суб’єктивному планіце найбільш бажана емоція.

- горе-страждання – це емоція, що виникає як наслідок цілого комплексу причин, що є пов’язаними з життєвими втратами. Часто переживається як

почуття самотності, жалості до себе, почуття непотрібності, нерозуміння оточенням;

- гнів – емоція, що виникає, коли поведінка іншої людини не збігаєтьсяз усталеними нормами етики, моралі тощо;

- відраза – це емоція, що часто виникає разом із гнівом. Відраза як емоція проявляється у бажанні позбутися від когось або чогось;

- презирство – це емоція, що відображає деперсоналізацію іншої людини або цілої групи, втрату їхньої значущості для індивіда, переживання переваги, порівняно з ними;

- страх – це емоція, що виражається у переживанні, яке спричиняє отримана пряма чи непряма інформація про реальну чи уявну небезпеку, очікування невдачі;

- подив – це різке підвищення нервової стимуляції, яке виникає після якоїсь несподіваної події;

- сором – це емоція, що виникає як переживання неузгодженості між нормою поведінки та фактичною поведінкою, прогнозування осудливої або різко негативної оцінки оточення на свою адресу;

- провина – це емоція, що схожа на сором, оскільки також виникає в результаті неузгодженості між очікуваною та реальною поведінкою [64].

Разом ці емоції утворюють основу емоційного життя людини, з них формуються більш складні почуття та стани, а їхнє розпізнавання є першим кроком до емоційної грамотності та подолання алекситимії

Далі ми поговоримо про те, навіщо нам потрібні емоції взагалі. Емоції виконують низку ключових функцій, завдяки яким людина може орієнтуватися у світі, будувати стосунки та підтримувати психологічну рівновагу. Сигнальна функція дає швидке інформування про значущість ситуації – емоція одразу показує, чи є подія безпечною, приємною або загрозливою. Мотиваційна функція спонукає до дії: страх підсилює потребу в захисті, гнів мобілізує ресурси, радість підтримує бажання повторювати позитивний досвід. Комунікативна функція дозволяє передавати свої

переживання іншим через міміку, інтонацію та жести, створюючи основу для взаєморозуміння та емпатії. Регуляційна функція допомагає коригувати поведінку відповідно до контексту, підказуючи, коли варто зупинитися, звернутися по підтримку чи змінити стратегію дії [27].

Разом ці функції показують, що емоції – це не щось зайве чи хаотичне. Це продумана, складна система внутрішньої навігації, завдяки якій ми можемо розуміти себе, орієнтуватися в соціальному просторі й підтримувати внутрішній баланс.

Емоції завжди мають фізіологічний вимір і проявляються через міміку, зміни дихання, жести, положення тіла, серцевий ритм, температуру шкіри, м'язову напругу чи розслаблення. Часто тілесна реакція з'являється раніше, ніж ми встигаємо усвідомити саму емоцію, і тому тіло фактично «підказує», що з нами щось відбувається [56]. Наприклад, напружені плечі можуть свідчити про прихований страх чи тривогу, стиснуті щелепи – про гнів, важкість у грудях – про смуток, а легкість і відкритість рухів – про радість або спокій.

Здатність помічати найменші зміни у диханні, напрузі м'язів, виразі обличчя чи рухах допомагає поступово «перекладати» емоції з тілесної мови у психічну, вербальну. Це і є перший крок до формування емоційної грамотності».

Вправа «Каракулі» [33].

Мета вправи: дослідження емоційних станів і переживань, зняття м'язового та психоемоційного напруження, саморозкриття.

Час виконання: 10 хвилин.

Матеріали для виконання: папір А4, А3, олівці, фарби, пензлики.

Інструкція до вправи. Учасниками групи вмикають музику, пропонують вслухатися в ритм та настрій музичного твору і уявити образ, що відповідає музиці, а потім зобразити його на аркуші за допомогою каракуль, ліній та крапок. Після завершення малюнку клієнта просять поглянути на малюнок і поміркувати над тим, що нагадує ця невизначена композиція.

Орієнтовний перелік запитань для рефлексивного аналізу. Які асоціації виникають у Вас дивлячись на малюнок? Які емоції виникають у Вас при спогляданні малюнка? Як цей малюнок пов'язаний з актуальними емоціями та переживаннями? Чи виникали труднощі під час малювання? Яку назву Ви б дали цьому малюнку? [33]

Вправа «Концентрація на диханні».

Мета вправи: навчитися спостерігати за власним диханням, відчути його природний ритм і через це врівноважити емоційний стан.

Час виконання: 5 хвилин.

Інструкція до вправи. Ведучий пропонує учасникам зручно сісти або лягти, відчути опору тіла, розслабити м'язи. Потім увагу потрібно м'яко перенести на дихання – просто спостерігати, як повітря входить і виходить із тіла, не намагаючись нічого змінювати. Важливо лише помічати вдих і видих, промовляючи подумки: «Я відчуваю свій вдих... я відчуваю свій видих…». Дихати у власному природному ритмі, доки не з'явиться відчуття спокою, легкості й розслаблення.

На завершальному етапі група підводить підсумки заняття та дає зворотній зв'язок ведучому. Учасникам пропонується дати відповіді на такі запитання: що цінного для вас було на занятті? які ваші враження від роботи в групі сьогодні? яка ідея народилася під час тренінгу?

Заняття 3. Мова емоцій: як говорити про почуття. Мета заннятя – розвинути навички вербалізації емоцій і навчитися говорити про них відкрито та без звинувачень. Учасники розширюють емоційний словник, тренуються використовувати «Я-висловлювання» й засвоюють принципи емпатійного слухання.

Ведучий починає зі вступних слів. «Сьогодні ми поговоримо про те, як емоції стають словами. Ми вже навчилися помічати свої почуття, а тепер спробуємо навчитися про них говоритb. Часто саме брак слів заважає нам впізнавати та проживати емоції, а також бути почутими або зрозумілими. Це заняття допоможе віднайти свою «мову емоцій». Перш ніж розпочати,

згадайте, які емоції супроводжували вас останніми днями – чи були моменти, коли важко було пояснити, що ви відчуваєте».

Вправа «Назви почуття» [31].

Мета вправи: розвиток навичок швидкого називання різноманітних емоцій, усвідомлення різноманітності емоційних станів, розширення емоційного словника.

Час виконання: 20 хвилин.

Інструкція до вправи. Учасники по черзі називають будь-яку емоцію (наприклад, «радість»), передаючи слово сусіду. Той називає іншу емоцію (наприклад, «тривога») і передає слово далі. Гра продовжується, поки не вичерпається запас назв емоцій. Повторюватися не можна. Важливо називати як позитивні, так і негативні емоції.

Після завершення обговорюється: скільки емоцій вдалося назвати, які емоції важче називати, чи достатньо слів для опису почуттів [31].

Навчальний блок третього заняття розкриває роль мовного вираження емоцій у психологічному здоров'ї та міжособистісній взаємодії.

«У цьому навчальному блоці ми говоримо про те, чому мовне вираження емоцій є таким важливим у подоланні алекситимії та у збереженні психологічного здоров'я. Вербалізація емоцій – це висловлювання думок про окреміпрояви та стани [18]. Це інструмент інтеграції емоційного досвіду: коли ми знаходимо точні слова для свого стану, переживання перестає залишатися хаотичним, надмірним або нестерпним, воно починає набувати форми й сенсу, втрачає руйнівну силу і стає доступним для осмислення, а отже – для регуляції [48; 64]. Це особливо важливо для роботи по подоланню алекситимії, адже труднощі виникають саме на моменті переходу від тілесного або емоційного імпульсу до чіткого внутрішнього формулювання.

З поняттям вербалізації тісно пов'язані поняття емоційного словника та емоційної компетентності. Емоційний словник (тезаурус) – доступний для людини словник понять стосовно сфери емоцій та почуттів [18, с. 44]. Тобто це сукупність слів, якими ми можемо назвати різні відтінки почуттів; чим він

ширший, тим легше людині орієнтуватися у власному емоційному світі й передавати свій стан іншим. Емоційна компетентність – це здатність усвідомлювати, розпізнавати, називати й регулювати свої емоції, а також враховувати емоції інших у взаємодії [48].

Таким чином вербалізація емоцій поповнює емоційний словник, а розвиток словника підсилює емоційну компетентність і робить нас більш гнучкими у стосунках.

Далі я познайомлю вас з практичним інструментом, який допомагає виражати почуття без звинувачень і конфліктів. Модель «Я-висловлювання» ґрунтується на тому, що людина говорить про свій стан, а не оцінює іншу особу. Формула проста: «коли ти..., я відчуваю..., мені хочеться...». Така побудова висловлювання дозволяє передавати свої переживання конструктивно, не провокуючи оборонну реакцію партнера і не використовуючи узагальнень або звинувачень. «Я-висловлювання» допомагає зберігати контакт, пояснювати свої потреби і водночас відповідально говорити про власні межі та почуття [11].

Вправа «Я-висловлювання» [49].

Мета: навчитися застосовувати комунікативну техніку «Я-повідомлення» при висловленні своїх бажань.

Час виконання 15 хвилин.

Інструкція до вправи. Запропонуйте учасникам перетворити запропоновані «Ти-повідомлення» на «Я-висловлювання»: «Ти завжди мене перериваєш», «Ти завжди спізнюєшся», «Ти постійно залишаєш папери на моєму столі», «Ти постійно займаєш робочий телефон для вирішення особистих питань», «Ти завжди на мене кричиш», «Ти завжди повідомляєш про зміни в останню хвилину», «Ти ніколи не виконуєш свої обов’язки, я мушу все робити замість тебе»

Можливі питання до обговорення. Які переваги і недоліки застосування «Я-висловлювань»? Як використання «Я-повідомлень» може допомогти у саморегуляції емоцій? [49].

Вправа «Листування зі своєю емоцією». Це адаптована вправа, що походить з гештальт-терапії.

Мета вправи: закріплення навичок вербалізації емоцій через письмову форму, розвиток письмової рефлексії як інструменту саморегуляції та поглиблення контакту з власними почуттями [35].

Час виконання: 15 хвилин.

Матеріали необхідні для виконання вправи: аркуші паперу, ручки в кожного з учасників.

Інструкція до вправи. Кожен учасник обирає одну емоцію, яку відчуває зараз або відчував нещодавно. Завдання: написати короткого листа цій емоції, звертаючись до неї як до особи. Наприклад: «Дорогий Гніве, я хочу сказати тобі, що ти з'явився, коли я почув несправедливе зауваження. Ти дуже сильний і гарячий. Я розумію, що ти захищаєш мене...». Потім бажаючі зачитують свої листи. Група підтримує, ведучий підкреслює точність і багатство мови опису емоцій [35].

На завершальному етапі група підводить підсумки заняття та дає зворотній зв’язок ведучому. Учасникам пропонується дати відповіді на такі запитання: що цінного для вас було на занятті? які ваші враження від роботи в групі сьогодні? яка ідея народилася під час тренінгу?

Заняття 4. Емоції та тіло: відчуття як джерело самопізнання. Мета заняття: усвідомити зв’язок між тілом і емоціями, навчитися розпізнавати тілесні сигнали, що супроводжують почуття, та використовувати тілесну обізнаність як інструмент саморегуляції.

Вступні слова ведучого для цього заняття можуть звучати так «Сьогодні ми звернемо увагу на наше тіло. Коли ми говоримо про емоції, то насправді говоримо не лише про психіку, а й про фізичні реакції. Тіло часто «говорить» першим – напругою, диханням, жестами. Сьогодні ми досліджуватимемо, як емоції проявляються через тілесні сигнали. Спробуймо зараз просто сісти зручно, звернути увагу на дихання, відчути, як ми себе почуваємо тут і тепер – і з цього місця розпочнемо роботу».

Вправа «5-4-3-2-1». Це техніка заземлення через органи чуття [71].

Мета вправи: віднайти зв'язок з тілесними відчуттями, знизити тривожність, підвищити усвідомленість та практично освоїти техніку швидкого заземлення.

Час виконання 10 хвилин.

Матеріали для виконання вправи: за бажанням можна підготувати предмети з різними текстурами для дотику.

Інструкція до вправи. Ведучий пояснює техніку, яка поступово задіює кожен з органів чуття для заземлення. Учасники виконують вправу разом: глибокий вдих та повільний видих, потім зосередження на: 5 – предметах, які можна побачити (назвати вголос колір, форму); 4 – предметах, які можна відчути на дотик (по можливості доторкнутися, описати температуру, текстуру); 3 – звуках, які лунають зараз; 2 – запахах, які відчуваються; 1 – смаку (можна облизати губи або скуштувати щось). Наприкінці кожен говорить щось приємне про себе.

Можливі питання для обговорення: як змінився стан? чи легше відчувати тіло зараз? [71].

Заняття продовжується навчальним блоком, що присвячено усвідомленню тілесного виміру емоцій.

«Сьогодні нам важливо проговорити про зв’язок емоцій та тіла, саме про те, що тіло завжди реагує на будь-який емоційний імпульс. Навіть якщо ми ще не назвали емоцію, тіло вже щось із нею робить. Емоції безпосередньо впливають на фізіологію, активуючи цілісну систему тілесних реакцій, які відбуваються автоматично та часто випереджають усвідомлене переживання. Організм відповідає на емоційний імпульс змінами у вегетативній нервовій системі: прискоренням серцебиття, зміною дихального ритму, коливанням м’язового тонусу, температури тіла та рівня напруги [93]. Такі реакції є частиною еволюційно сформованих механізмів адаптації, що готують людину до дії – наприклад, мобілізують енергію при страху чи зосереджують ресурси при гніві [64].

Емоційний стан також проявляється через міміку, пози, мікрорухи, тембр і темп мовлення, формуючи своєрідну «мову тіла», завдяки якій внутрішні переживання набувають зовнішньої форми [64]. Наприклад, стиснуті плечі можуть підказувати, що ви тягнете надмірну відповідальність; важкість у животі – що є тривога; а затримка дихання – що в якийсь момент стало страшно.

Часто буває так, що тіло утримує пригнічені емоції – ті, які ми не дозволили собі прожити або висловити. У тілесно-орієнтованій традиції Вільгельма Райха це явище описується як м'язовий панцир – хронічні напруження у певних сегментах тіла, що формуються як захисна реакція на нестерпні або заборонені почуття. Райх підкреслював, що емоція завжди має тілесний вектор: невиражений гнів накопичується у щелепах, шиї чи плечах, страх «затикається» у діафрагмі, смуток стискає груди та верхню частину спини [81]. Олександр Лоуен, продовжуючи ці ідеї, описував м'язові затиски як «заморожений рух» – тобто як спробу тіла зупинити емоційний імпульс, який колись був небезпечним чи неприйнятним. Якщо така напруга триває роками, вона стає частиною структури характеру, звичною позою або манерою дихання, і людина перестає її помічати. Проте тіло продовжує «говорити» через втому, біль, відчуття блоків, зниження енергії чи соматичні симптоми, ніби нагадуючи: «Тут є почуття, зверни на нього увагу» [38].

Як ми бачимо, психіка й тіло функціонують як єдина система. Саме тому емоції відіграють ключову роль у формуванні психосоматичних симптомів. Коли почуття залишаються невизнаними, пригніченими або не знаходять безпечного способу для вираження, напруга накопичується у фізіологічних процесах – у диханні, м'язовому тонусі, роботі серцево-судинної, травної чи ендокринної систем. Хронічний стрес, внутрішні конфлікти та емоційні блоки можуть проявлятися через соматичні скарги: біль, спазми, втомлюваність, порушення сну або функціональні розлади органів. Психосоматичний підхід підкреслює, що тілесний симптом часто стає мовою непрожитих переживань

– способом, яким організм сигналізує про емоційну проблему, яку свідомість поки не здатна опрацювати [19; 82].

Наша здатність звертати увагу на сигнали тіла: де стало тепліше, де з’явилась напруга, де рух зупинився, як змінилося дихання допомагає нам регулювати власний стан та не накопичувати переживання. Коли людина починає чути тіло, вона повертається до джерела емоції – туди, де все тільки зароджується. Це допомагає краще розуміти себе, легше називати переживання і підтримувати власну емоційну рівновагу. Саме це і є важливою частиною подолання алекситемії».

Вправа «Сканер тіла» [89].

Мета вправи: виявлення труднощів у фокусуванні уваги на тілесних відчуттях, отримання досвіду прямого контакту з тілесними відчуттями, розуміння зв'язку між тілесною усвідомленістю та емоційною регуляцією.

Час виконання 10 хвилин.

Матеріали для виконання вправи: за бажання можна використати м'яку фонову музику.

Інструкція до вправи. Учасники сідають у зручному положенні, заплющують очі. Ведучий проводить коротку практику сканування тіла: «Зверніть увагу на стопи... Що ви відчуваєте? Тепло, холод, напругу, розслаблення?.. Переміщуємо увагу на литки...» і так далі, поступово піднімаючись по тілу до голови. Після практики учасники діляться: що було легко відчути, що важко, які частини тіла «не відгукувалися», чи виникали емоції під час практики. Обговорюються труднощі утримання уваги на тілі [89].

Вправа «Фантом»[49].

Мета вправи: усвідомлення тісного взаємозв’язку між думками, емоціями і тілесними проявами, підвищення рівня емоційного самоусвідомлення, ознайомлення з технікою ідентифікації емоцій.

Час виконання: 20 хвилин.

Матеріали для виконання: аркуші А4; олівці синього, червоного, жовтого та чорного кольорів.

Інструкція до вправи. Ведучий пропонує учасникам зобразити на аркуші схематичне зображення людського тіла і заштрихувати ділянки тіла на малюнку так: чорним кольором ті місця, які реагують на почуття страху (наприклад, холоне в шлунку – замальовуємо область живота); синім кольором – місця, які реагують на смуток, жовтим – на радість, червоним – на злість.

Можливі питання до обговорення.

Які частини тіла найбільше реагують на страх, смуток, злість, радість?

Що відбувається, якщо ці емоції повторюються часто?

Де знаходиться радість, і як вона впливає на організм? [49].

На завершальному етапі група підводить підсумки заняття та дає зворотній зв'язок ведучому. Учасникам пропонується дати відповіді на такі запитання: що цінного для вас було на занятті? які ваші враження від роботи в групі сьогодні? яка ідея народилася під час тренінгу?

Заняття 5. Регуляція емоцій: від реакції до вибору. Мета заняття – навчити учасників керувати власним емоційним станом, розрізняти автоматичні реакції та усвідомлений вибір.

Вступні слова ведучого: «Сьогодні ми торкнемося дуже практичної теми – як керувати своїми емоційними станами, щоб не емоції керували нами. Іноді ми реагуємо автоматично, а вже потім шкодуємо про свої слова чи дії. це нормально – але ми можемо навчитися зупинятися, робити паузу і вибирати, як діяти далі».

Вправа «Каракулі і метаморфози» (автор – О. Копитін) поєднує ізотерапія (малювання) та елементи дудлінгу [33].

Мета вправи: активація уяви, переживання катарсису, зниження емоційного напруження, самовираження та звільнення від негативних емоцій.

Час виконання: 15 хвилин.

Матеріали: папір А4, олівці, фарби, пензлики.

Інструкція до вправи. Учаснику пропонують вільно, без мети та задуму, водити олівцем або іншим матеріалом по аркушу паперу. Заохочується закривання очей задля підвищення рівня спонтанності. В результаті створюється абстрактний клубок ліній – «каракулі». Наступне завдання – уважно роздивитися утворену форму, віднайти у ній образ (людину, тварину, предмет, сюжет) і доробити його до завершеного зображення. Далі учасник має скласти історію або дати назву образу.

Можливі питання до обговорення: Що вам нагадує цей образ? Які почуття виникли у процесі створення? Чи відчували ви напругу або опір? Яке значення має цей образ для вас зараз? [33].

Вправа «Стоп-техніка».

Мета вправи: усвідомлення автоматизму реакцій, розуміння можливості вибору відповіді на емоцію, освоєння простої техніки створення паузи.

Час виконання: 25 хвилин.

Інструкція до вправи. Ведучий пропонує учасникам пригадати ситуацію, коли вони відреагували емоційно і потім пожалкували про свою реакцію. Кожен описує свою ситуацію: що сталося → що відчув → що зробив → які наслідки. Обговорюється: чи була пауза між відчуттям емоції та дією, чи можна було вчинити інакше. Ведучий вводить техніку «Стоп»: у момент переживання інтенсивної емоції сказати собі «Стоп» і зробити крок назад (подумки або фізично), глибокий вдих. Учасники в парах програють свої ситуації заново, застосовуючи «Стоп-техніку», і обговорюють, що змінилося [22].

«Навчальний блок присвячений тому, як ми можемо відновлювати контакт із власними емоціями та вчитись регулювати їх так, щоб вони не руйнували нас, а допомагали орієнтуватися у стосунках і житті. Емоційна саморегуляція – це завчасно усвідомлений і організований вплив людини на власну психіку для зміни її характеристик у потрібному й очікуваному напрямку [64]. В контектсі емоцій – це можна зрозуміти, як здатність помічати, розуміти й керувати своїми емоціями, не придушуючи їх та не

дозволяючи їм керувати нашою поведінкою. Усвідомлений вибір поведінки з'являється тоді, коли ми розуміємо, що відчуваємо, і даємо собі паузу між емоцією та дією, щоб обрати те, що нам справді корисно [12; 64].

Коли ми говоримо про різницю між автоматичною реакцією та усвідомленою відповіддю, важливо пам'ятати, що автоматична реакція запускається миттєво – це діє наш попередній досвід, захисні механізми, тілесні звички. Усвідомлена відповідь потребує зупинки: ми помічаємо, що зараз щось відбувається, і дозволяємо собі зробити вибір, замість того щоб іти на поводу у першого імпульсу. Така зупинка – основа психологічної зрілості, розвитку емоційної грамотності й подолання алекситемії [88].

Спершу ми розпізнаємо емоцію – називаємо її, помічаємо тілесні сигнали. Потім приймаємо її присутність, не критикуємо себе і не намагаємось «вимкнути». Після цього шукаємо спосіб виразити почуття – словами, диханням, рухом, символічною дією. І вже інтеграція дає нам можливість зрозуміти, що емоція означає для нас і яку інформацію приносить. Така послідовність дозволяє не тільки знижувати напругу, а й формувати більш зріле емоційне життя» [18].

Вправа «План дій на емоцію» [29].

Мета вправи: закріпити вміння планувати адаптивні відповіді на емоції, створити індивідуальний набір стратегій регуляції, підготувати до застосування навички у реальному житті.

Час виконання: 15 хвилин.

Інструкція до вправи: Кожен учасник обирає одну «складну» емоцію (гнів, тривога, сум) і створює для неї «план дій». На аркуші паперу, поділеному на чотири колонки, записується:

1. Коли виникає ця емоція (тригери);

2. Як я її відчуваю в тілі;

3. Що зазвичай роблю (звичні реакції);

4. Що можу робити інакше (нові стратегії регуляції, вивчені на тренінгу: дихання, заземлення, вербалізація тощо).

Після заповнення учасники діляться своїми планами в малих групах (по 3-4 особи), додаючи ідеї один одному [29].

На завершальному етапі група підводить підсумки заняття та дає зворотній зв'язок ведучому. Учасникам пропонується дати відповіді на такі запитання: що цінного для вас було на занятті? які ваші враження від роботи в групі сьогодні? яка ідея народилася під час тренінгу?

Заняття 6. Емоції у спілкуванні: емпатія та контакт. Заняття спрямоване на розвиток емоційної компетентності у стосунках. учасники вчаться розпізнавати почуття інших за невербальними сигналами, виражати власні емоції з повагою до співрозмовника та підтримувати емпатійний контакт.

Ведучий починає це заняття зі слів: «Сьогодні ми присвятимо увагу стосункам і тому, як емоції впливають на наше спілкування. Емпатія – це здатність відчути іншу людину, не втрачаючи при цьому себе. ми будемо досліджувати, як чути не лише слова, а й почуття, що стоять за ними».

Вправа «Я бажаю» (адаптована вправа Мотрук Т.О.) [54].

Мета вправи: Вправа створює теплу емоційну атмосферу, допомагає зняти напруження й налаштовує групу на спільну роботу.

Час виконання 10 хвилин.

Інструкція до виконання. Ведучий пропонує кожному учаснику висловити коротке побажання комусь із учасників групи – те, що хотілося б побажати іншій людині саме на сьогоднішній день. Побажання має бути щирим, позитивним і лаконічним. Учасник, який висловлює побажання, називає ім'я того, кому буде бажати. Той, хто отримав побажання, у свою чергу бажає щось наступному учаснику. Процес триває доти, доки кожен учасник не отримає своє побажання [54].

Вправа «Активне слухання» (адаптована вправа Холоденко М. І.) [80].

Мета вправи: усвідомлення власних бар'єрів у слуханні (бажання давати поради, оцінювати, ділитися своїм досвідом), розуміння сутності емпатійного слухання.

Час виконання: 20 хвилин.

Матеріали для виконання вправи: за бажання можна підготувати картки з темами для розповідей.

Інструкція до вправи. Учасники об'єднуються в пари. Один (розповідач) ділиться ситуацією, що викликала сильні емоції. Другий (слухач) просто слухає без перебивань, коментарів, порад – лише підтримує контакт очима, киває, використовує короткі фрази типу «угу», «розумію». Після 5 хвилин слухач переказує почуте, починаючи з «Я почув, що ти відчуваєш...», фокусуючись на емоціях, а не на фактах. Потім ролі міняються.

Можливі питання до обговорення. Наскільки важко було утриматися від порад? Чи точно вдалося відобразити емоції партнера? Що відчував розповідач? [80].

Навчальний блок шостого заняття розкриває соціальну функцію емоцій і роль емпатії у взаємодії.

«Емоції допомагають нам передавати наміри, розпізнавати потреби співрозмовника, будувати близькість і регулювати межі. Саме завдяки емоціям ми здатні орієнтуватися у стосунках, відчувати підтримку та створювати відчуття «я з тобою». Емпатія є центральним механізмом цієї взаємодії: коли ми здатні уявити, що переживає інша людина, і відгукнутися на це, у контакті з’являється тепло, безпека та взаємне розуміння. Здатність розпізнавати й відображати емоції іншої людини є основою довіри та психологічного контакту [59].

Емпатія – емоційна чутливість щодо переживань іншої людини [18, с. 52]. Вона включає кілька ключових умінь: активне слухання, тобто здатність бути повністю присутнім і не відволікатися на внутрішні коментарі; дзеркалення емоцій – коли ми своїми словами або невербально показуємо, що помічаємо стан людини; і уважність до невербальної комунікації, яка часто говорить більше за слова [14; 74]. Усе це формує культуру емоційно грамотного спілкування, що базується на принципах поваги й прийняття. Таке спілкування створює умови, за яких людина може відкриватися й озвучувати своє справжнє переживання.

Водночас у комунікації часто виникають типові бар’єри, які заважають встановлювати контакт. Це може бути захисний сарказм, який приховує вразливість; уникання теми, щоб не стикатися з власною тривогою; або звичка давати поради замість підтримки, бо так легше, ніж залишитися поруч із емоцією іншої людини [38]. Робота з цими бар’єрами допомагає поступово створювати більш чесний, людяний та емоційно доступний контакт – і з іншими, і з собою».

Вправа «Слово підтримки» [91].

Мета вправи: допомогти учасникам закріпити вміння надавати емпатійну підтримку, практикувати конструктивні фрази підтримки, усвідомити різниці між емпатією та порадами/оцінками

Час виконання: 20 хвилин.

Інструкція до вправи. Учасники по черзі коротко діляться невеликою труднощу або переживанням (реальним або вигаданим для вправи). Наступний учасник по колу має сказати фразу підтримки, використовуючи емпатійне слухання: «Я чую, що тобі...», «Це дійсно складно, коли...», «Я розумію, що ти відчуваєш...». Важливо уникати порад та оцінок, лише відобразити емоцію та підтримати.

Після кола обговорюється: які фрази були найбільш підтримуючими, що допомагало відчути емпатію, що заважало [91].

На завершальному етапі група підводить підсумки заняття та дає зворотній зв’язок ведучому. Учасникам пропонується дати відповіді на такі запитання: що цінного для вас було на занятті? які ваші враження від роботи в групі сьогодні? яка ідея народилася під час тренінгу?

Заняття 7. Інтеграція досвіду. Мета: узагальнити та інтегрувати отримані знання й досвід, усвідомити особистісні зміни, що відбулися під час тренінгу. Учасники аналізують власний шлях розвитку емоційної грамотності та формують позитивне ставлення до своїх емоцій.

Ведучий починає заняття зі слів: «Сьогодні наша зустріч особлива – ми будемо підбивати підсумки того шляху, який пройшли разом. За цей час кожен

з вас, можливо, помітив у собі зміни: у розумінні своїх почуттів, у вираженні емоцій, у спілкуванні. Сьогодні ми спробуємо побачити цю динаміку, зібрати досвід, який накопичився, і зрозуміти, що з нього хочеться залишити з собою далі.»

Вправа «Емоційний м’яч» [63].

Мета вправи: допомогти активізувати контакт з емоціями через образне мислення, підготувати до теми інтеграції емоційного досвіду.

Час виконання: 10 хвилин.

Інструкція до вправи. Учасники сідають зручно, заплющують очі. Ведучий пропонує уявити емоцію, яку вони зараз відчувають, у вигляді м'яча. Запитання для уявлення: «Якого кольору ваш м'яч? Який він за розміром? З якого матеріалу? Який на дотик – м'який, твердий, пружний? Яка його температура?» Протягом 2-3 хвилин учасники досліджують свій емоційний м'яч.

По завершенні вправи бажаючі діляться своїми образами. Обговорюється різноманітність емоційних станів і їх образного втілення [63].

Вправа «Мої суперсили – емоційні ресурси» [91].

Мета вправи: змінити ставлення учасників до «негативних» емоцій, усвідомити їх адаптивноі функції, інтегрувати всього спектру емоцій як частини цілісності особистості.

Час виконання: 10 хвилин.

Матеріали для виконання вправи: аркуші паперу А4, кольорові олівці або фломастери

Інструкція до вправи. Кожен учасник отримує аркуш паперу та малює контур «супергероя» (себе). Навколо фігури записує свої «емоційні суперсили» – ситуації, коли емоції допомагали: «Моя тривога допомагає мені бути обережним», «Мій гнів захищає мої кордони», «Моя радість дає енергію», «Мій сум допомагає зупинитися і подбати про себе». Обговорюються не лише позитивні емоції, а й ресурсність «негативних». Учасники презентують своїх супергероїв і діляться відкриттями [91].

Навчальний блок сьомого заняття спрямований на усвідомлення всього досвіду, здобутого під час тренінгу, та важливість його осмислення та інтеграції. «Під час сьогоднішнього заняття ми зосередимося на інтеграції досвіду. Інтеграція – це процес, у якому наші знання, прожиті емоції, тілесні відчуття та розуміння складаються у цілісну картину. Коли досвід поєднується, він перестає залишатися розрізненими фрагментами і стає частиною нашого внутрішнього «я» [54].Саме на цьому етапі зміни, які ви пережили впродовж тренінгу, можуть закріпитися та перейти у повсякденне життя».

Далі ведучий пропонує обговорення учасниками знань та досвіду, що вони здобули впродовж тренінгу. Згадуються основні поняття, виконані вправи, новий досвід, відкриття. Час відведений на обговорення: 15 хвилин.

Вправа «Погляд у минуле» [54].

Мета вправи: усвідомлення та інтегрування особистісних змін, формування здорового способу життя та вироблення антидевіантного імунітету.

Час виконання: 20 хвилин.

Матеріали: 3 аркуші А4 для кожного учасника.

Інструкція до вправи. Робота відбувається у трійках.

Учасники кладуть перед собою 3 аркуші формату А4, визначають для себе напрямок: «минуле» (частіше це аркуш зліва від учасника), теперішнє та майбутнє (аркуш з правого боку). На прохання ведучого учасники стають на середній аркуш і відстежують особливості свого психічного стану «тут і зараз».

Кожен учасник робить крок ліворуч (у минуле на початку тренінгу) і поринають у спогади того часу, намагаються пригадати свої емоційні стани, думки тощо. Повернувшись у теперішнє, відтворюють емоційне переживання «тут і зараз», звертаються «до себе минулого». Стоячи і відчуваючи себе у теперішньому часі, звертаються «до себе майбутнього», вирішують, що варто

взяти із собою у завтра, і роблять крок вправо, «до свого майбутнього», після чого повертаються у теперішній час.

Питання для обговорення: Які відбулись відкриття? Над чим потрібно працювати далі? [54].

Вправа «Метафора мого шляху» [59].

Мета вправи: допомогти створити емоційне налаштування на завершення тренінгу, допомогти учасникам усвідомити свій особистий шлях і результати участі, сформувати почуття вдячності, завершеності та внутрішньої цілісності.

Час виконання: 15 хвилин.

Матеріали необхідні для виконання вправи: колода МАК

Інструкція до вправи. Ведучий надсилає учасникам набір метафоричних зображень (картки, малюнки, фотографії), які символічно відображають різні життєві стани, шляхи та процеси змін. Кожному учасникові пропонується обрати одну картку, яка, на його думку, найточніше передає його шлях у межах тренінгу: переживання, відкриття, труднощі чи результати. Після вибору кожен коротко презентує свою асоціацію, завершуючи фрази:

«Мій шлях у тренінгу схожий на цю картинку, тому що…»

«Я беру з собою з цього процесу…»

Ведучий підсумовує, наголошуючи, що обрані символи відображають індивідуальні траєкторії розвитку, а завершення тренінгу є не кінцем, а продовженням особистісного шляху з новим рівнем усвідомленості.

Завдяки використанню метафоричного матеріалу учасники в образній формі осмислюють свій досвід, що сприяє емоційній інтеграції, появі почуття вдячності та прийняття власного шляху. Вправа забезпечує плавний перехід до етапу зворотного зв’язку й завершення тренінгу [59].

На завершальному етапі група підводить підсумки заняття та дає зворотній зв’язок ведучому. Учасникам пропонується дати відповіді на такі запитання: що цінного для вас було на занятті? які ваші враження від роботи в групі сьогодні? яка ідея народилася під час тренінгу?

Заняття 8. Завершення і зворотний зв’язок. Фінальне заняття спрямоване на підбиття підсумків, усвідомлення результатів та зміцнення внутрішніх ресурсів. Учасники діляться враженнями, обговорюють зміни й формують наміри щодо подальшого застосування здобутих навичок у житті.

Вступні слова останнього заняття, які промовляє ведучий: «Сьогодні ми зустрічаємося востаннє в межах цього тренінгу. Це момент підсумків, вдячності й прощання. Пропоную спочатку кілька хвилин побути в тиші, відчути себе й згадати, з чим ви прийшли на перше заняття і з чим залишаєтеся зараз. Далі ми поділимося тим, що було важливим, що змінилося, і скажемо слова вдячності собі, групі й процесу. Нехай сьогоднішній день стане точкою завершення, але не кінцем – а радше початком нового етапу вашої внутрішньої уважності до себе».

Вправа «Настрій у кольорі» [40].

Мета вправи: активізувати рефлексію емоційного стану на початку завершального заняття, створити простір для вираження почуттів.

Час виконання: 10 хвилин.

Матеріали необхідні для виконання вправи – невеликі аркуші паперу (А5 або А6), кольорові олівці або фломастери (за кількістю учасників).

Інструкція до вправи. Кожен учасник отримує невеликий аркуш паперу та кольорові олівці або фломастери. Завдання: за 1-2 хвилини швидко зобразити свій поточний настрій за допомогою кольорів, ліній, форм – не обов'язково малювати щось конкретне, лише кольорові плями та лінії. Потім кожен по колу показує свій малюнок і одним реченням описує зображений настрій: «Мій настрій сьогодні – спокійний і світлий», «Мій настрій – трохи тривожний, але з надією» [40].

Методика «МАК-карта підсумків» [34].

Мета методики: сприяти інтеграції досвіду, який учасник отримав під час сесії чи тренінгу; сформулювати вербально результати процесу; створити завершення та відчуття цілісності.

Час виконання: 15 хвилин.

Матеріали необхідні для виконання вправи: колода МАК

Інструкція до методики. Учасникам пропонують обрати навмання або свідомо одну метафоричну карту із запропонованої колоди. «Виберіть карту, яка символічно відображає Ваш особистий результат нашої роботи. Що ця карта говорить Вам про Ваші зміни, відкриття, внутрішні ресурси?». Учасник описує картку, асоціації, почуття, думки.

Питання для рефлексії: Що стало для вас головним відкриттям? Який образ символізує ваш ресурс? Як ви інтегруєте цей досвід у щоденне життя?

Після індивідуального обмірковування – групове обговорення (за бажанням) [34].

Навчальний блок фінального заняття підсумовує основні результати тренінгу. Тренер коротко повторює ключові поняття – усвідомлення, вербалізація, регуляція, емпатія – і підкреслює, як вони взаємопов’язані.

«Після завершення нашої програми важливо розуміти, що ваша робота з емоціями може продовжуватися в житті. Це можливо реалізувати через прості, але регулярні практики самоаналізу. Ведення щоденника емоцій допомагає створювати особисту карту переживань: ви фіксуєте, що саме виникає протягом дня, як це відчувається у тілі, яку думку чи дію це викликає, і поступово формуєте навичку точного розпізнавання власних станів [8]. Практики усвідомленості – короткі зупинки, сканування тіла, спостереження за диханням – допомагають помічати емоцію в моменті, перш ніж вона перетвориться на імпульсивну реакцію, і саме це є основою емоційної саморегуляції. Регулярний самоаналіз дозволяє укріплювати емоційну компетентність: коли ви бачите свій емоційний процес, ви можете не лише назвати його, а й свідомо обрати спосіб підтримки себе, замість того щоб уникати або пригнічувати переживання.

Коли ми говоримо про інтеграцію отриманого на тренінгу досвіду у звичайне життя, важливо підкреслити, що ці навички працюють саме тоді, коли стають звичкою, а не лише технікою. Підтримання емоційного балансу після завершення групової роботи можливе через кілька напрямів: по-перше,

регулярна практика навичок, які ми відпрацьовували тут – дихання, пауза усвідомлення, техніки самозаспокоєння; по-друге, створення особистої системи підтримки – це може бути внутрішній діалог, щоденні короткі ритуали турботи про себе або продовження індивідуальної терапії; по-третє, включення емоційної грамотності у прийняття рішень – коли перед дією ви ставите собі питання: «Що я зараз відчуваю?» і «Що мені потрібно, щоб подбати про себе?». Такий підхід дозволяє закріпити результати групової роботи і не втратити навички після завершення тренінгу».

Вправа «Лист до себе в майбутнє» [35].

Мета вправи: допомогти відрефлексувати досвід тренінгу та усвідомити ключові зони змін.

Час виконання: 25 хвилин.

Матеріали необхідні для виконання вправи: аркуші паперу, ручки, конверти (за кількістю учасників), марки (якщо листи буде відправлено).

Інструкція до вправи. Кожен учасник пише лист собі в майбутнє (через 3 місяці або півроку). У листі описується: що я зрозумів про свої емоції під час тренінгу, які навички освоїв, що хочу продовжувати практикувати, як хочу використовувати емоційну компетентність у житті, що побажаю собі майбутньому. Листи запечатуються в конверти, підписуються адресою учасника. Ведучий збирає конверти і обіцяє відправити їх через обумовлений час (альтернатива: учасники забирають листи додому з завданням відкрити через певний час) [35].

Під час фінального обговорення учасники діляться враженнями про групову взаємодію, про результати, яких досягли, та про зміни, помічені у власній поведінці й емоційному стані. Обговорюється ефективність запропонованих вправ, отриманий новий досвід, здобуті знання.

Ведучий пропонує кожного висловити вдячність собі та іншим учасникам. Група прощається.

3.2. Психологічний та статистичний аналіз результатів формувального експерименту

В рамках проведення формувального експерименту після проведення програми соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на розвиток емоційної компетентності та подолання алекситимічних тенденцій респондентам було проведено повторну діагностику за чотирма методиками: «Торонтська шкала алекситимії» (TAS-20), «Шкала труднощів емоційної регуляції» (DERS), «Опитувальник позитивного та негативного афекту» (ОПАНА) та «Гісенівський опитувальник соматичних скарг» (GBB-24).

Метою було виявлення динаміки показників за ключовими психологічними параметрами, що визначають емоційне усвідомлення, регуляцію та соматизацію емоційних станів.

На першому етапі було використано методику психологічної діагностики «Торонтська шкала алекситимії» (Toronto Alexithymia Scale – TAS-20). Результати дослідження представлено в таблиці (див. табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Результати дослідження за методикою діагностики «Торонтська шкала алекситимії» (TAS-20) на етапі формувального експерименту

№	Шкала труднощів з ідентифікацією почуттів (DIF)	Шкала труднощів з описом почуттів (DDF)	Шкала зовнішньо орієнтованого мислення (EOT)	Загальний бал
1	13	11	12	**36**
2	16	7	20	**43**
3	13	12	15	**40**
4	13	11	12	**36**
5	18	10	13	**41**
6	9	9	18	**36**
7	12	11	18	**41**
8	11	9	12	**32**

Продовж. табл. 3.2

9	13	10	21	**44**
10	14	10	15	**39**
11	14	12	18	**44**
12	10	11	18	**39**
13	13	8	18	**39**
14	26	19	28	**73**
15	20	9	24	**53**
16	12	8	14	**34**
17	13	14	16	**43**
18	18	12	22	**52**
19	11	11	18	**40**
20	10	9	13	**32**
21	20	12	19	**51**
22	14	12	17	**43**
23	18	10	18	**46**
24	15	7	17	**39**
25	12	8	20	**40**
26	15	8	21	**44**
27	13	11	12	**36**
28	13	12	23	**48**
29	11	8	12	**31**
30	11	8	12	**31**

Для аналізу та інтерпретації отриманих результатів дані було переведено у відсоткові показники та проведено порівняння з результатами отриманими на етапі констатувального експерименту. Дані наведено в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Порівняння розподілу рівнів прояву алекситимії у вибірці досліджуваних за методикою діагностики «Торонтська шкала алекситимії» (TAS-20) на різних етапах дослідження

Рівні прояву	Констатувальний екмперимент		Формувальний експеримент	
	Кількість респондентів	%	Кількість респондентів	%
Алекситимії немає	26	86,7%	27	90,0%
Можлива алекситимія	3	10,0%	2	6,7%
Алекситимія присутня	1	3,3%	1	3,3%

Для наочності розподіл респонедентів з різними рівнями алекситемії на етапах констатувального та формувального експериментів представлені на гістограмі (див. рис. 3.1).

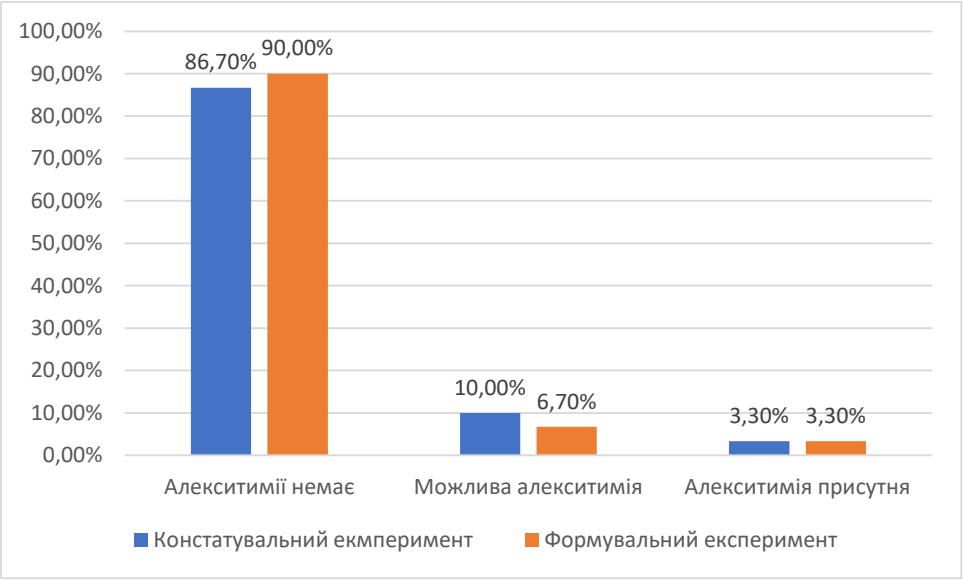

Рис. 3.1. Гістограма порівняння рівнів алекситемії за результатами дослідження за методикою «Торонтська шкала алекситимії» (TAS-20) на різних етапах дослідження

Порівняння результатів за методикою TAS-20 на двох етапах дослідження демонструє позитивну динаміку у напрямі зниження алекситимічних тенденцій. На констатувальному етапі 86,7% респондентів мали показники в межах норми, 10,0% – перебували у зоні можливої алекситимії, а 3,3% – продемонстрували виражені алекситимічні прояви. Після проходження формувального тренінгу частка учасників без алекситимії зросла до 90,0%, тоді як група з можливими проявами зменшилася до 6,7%. Показник вираженої алекситимії залишився незмінним – 3,3%.

Зміни у пропорціях свідчать про помірне, але виразне зрушення в бік покращення емоційної обізнаності та зниження субклінічних симптомів алекситимії у частини респондентів.

Найбільш помітні позитивні зміни відбулися саме в групі з можливою алекситимією. Зменшення її частки на 3,3% свідчить про те, що частина респондентів покращила здатність усвідомлювати, ідентифікувати та інтерпретувати власні емоції.

Водночас стабільність групи з вираженою алекситимією може пояснюватися більш стійким характером цього феномену та тим, що для значущих змін необхідні триваліші та індивідуальніші психокорекційні втручання.

Отримані результати свідчать, що програма тренінгу сприяла зміцненню емоційної компетентності респондентів, передусім у тих, хто мав помірні порушення. Зростання частки учасників без алекситимії може бути наслідком підвищення здатності до емоційної рефлексії, покращення вербалізації почуттів і зниження схильності до раціоналізації або уникання емоційного досвіду.

Той факт, що рівень вираженої алекситимії не змінився, відповідає сучасному розумінню алекситимії як комплексного, частково стабільного особистісного утворення, на яке короткотривалі тренінги впливають лише частково. Проте навіть невеликі зміни в зоні «можливої алекситимії» є

важливим показником ефективності програми, оскільки свідчать про розвиток ключових навичок емоційного усвідомлення – основного чинника профілактики психосоматичних розладів.

Для оцінки впливу тренінгової програми на окремі аспекти емоційної обробки було проведено порівняльний аналіз субшкал методики «Торонтська шкала алекситимії» (TAS-20) на етапах констатувального та формувального експерименту. Дані аналізу представлені в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Порівняння середніх показників за методикою діагностики «Торонтська шкала алекситимії» (TAS-20) на різних етапах дослідження

Шкала	Констатувальний експеримент	Формувальний експеримент
Шкала труднощів з ідентифікацією почуттів (DIF)	14,7	14
Шкала труднощів з описом почуттів (DDF)	10,5	10,3
Шкала зовнішньоорієнтованого мислення (EOT)	17,8	17,2
Загальний бал по TAS-20	**43**	**41,5**

Порівняльний аналіз результатів до і після реалізації програми соціально-психологічного тренінгу свідчить про загальне зниження рівня алекситимії серед учасників.

Загальний середній бал зменшився з 43,0 до 41,5, що вказує на позитивну динаміку у сфері емоційного усвідомлення та вираження почуттів. Рівень алекситимії залишається в межах неклінічного діапазону, однак спостерігається чітка тенденція до покращення емоційної компетентності.

Після тренінгу спостерігається зниження показника за шкалою труднощів з ідентифікацією почуттів (DIF) з 14,7 до 14,0. Це свідчить про покращення здатності респондентів розпізнавати власні емоції, відрізняти емоційні стани від фізичних відчуттів та краще усвідомлювати причини

власних переживань. Зниження цього показника можна розглядати як ключовий ефект тренінгової програми, спрямованої на розвиток емоційної рефлексії.

Також зменшився показник за шкалою труднощів з описом почуттів (DDF) – з 10,5 до 10,3, що вказує на підвищення здатності до вербалізації емоційного досвіду. Учасники стали більш готовими відкрито говорити про власні почуття, використовувати емоційні поняття у спілкуванні, що свідчить про розширення емоційного словника та покращення комунікативної відкритості.

Показник зовнішньоорієнтованого мислення (EOT) зменшився з 17,8 до 17,2, що свідчить про зменшення орієнтації на зовнішні події і посилення внутрішнього фокусу уваги. Респонденти частіше звертаються до власних переживань, стають більш здатними до самоаналізу та внутрішньої рефлексії, що також є позитивним результатом корекційно-розвивальної роботи.

Для наочності середні показники за субшкалами DIF, DDF, EOT на етапах констатувального та формувального експериментів представлені на гістограмі (див. рис. 3.2).

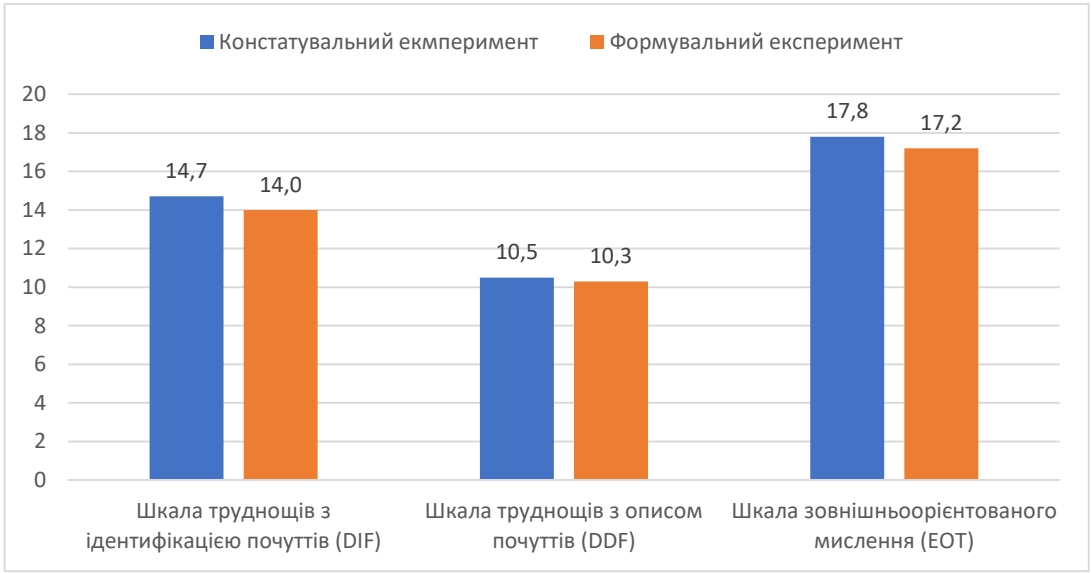

Рис. 3.2. Гістограма порівняння результатів дослідження за середніми показниками субшкал методики «Торонтська шкала алекситимії» (TAS-20) на різних етапах дослідження

Такі результати дозволяють констатувати, що після проведення тренінгової програми спостерігається покращення емоційної обізнаності, підвищення рівня емоційного усвідомлення та зниження загальної алекситимічної тенденції.

На наступному етапі респонденти заповнювали опитувальник за методикою психологічної діагностики «Шкала труднощів емоційної регуляції» (DERS). Результати проведеного дослідження представлено в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Результати дослідження за методикою діагностики «Шкала труднощів емоційної регуляції» (після проведення корекційних заходів)

№	Неприйняття емоційних реакцій	Труднощі із цілеспрямованої поведінкою	Труднощі з контролем імпульсів	Відсутність емоційного усвідомлення	Обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій	Відсутність емоційної чіткості
1	10	8	9	10	15	13
2	12	13	17	16	17	15
3	13	11	13	21	16	10
4	11	12	12	16	16	13
5	13	14	10	11	18	12
6	16	11	13	15	18	14
7	13	12	17	19	17	14
8	11	14	13	15	15	9
9	18	17	18	17	14	12
10	16	12	15	13	18	9
11	16	15	18	18	15	14
12	10	6	16	13	16	13
13	18	10	18	17	13	17
14	24	22	24	20	22	20

Продовж. табл. 3.5

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

Результати після проведення формувального експерименту засвідчили загальне зниження показників труднощів емоційної регуляції, що відображає позитивні зміни в емоційній сфері учасників після участі у психологічно-соціальному тренінгу.

Зниження середнього показника за шкалою «Неприйняття емоційних реакцій» з 15,1 до 14,3 балів означає, що учасники стали більш готовими приймати власні почуття, у тому числі негативні, без тенденції до їх заперечення чи самозвинувачення. це свідчить про розвиток емоційної толерантності — важливої умови психологічної стабільності.

Зменшення середнього показника «Труднощі із цілеспрямованою поведінкою» з 13,1 до 12,8 балів свідчить про помірної підвищення здатності до збереження уваги, послідовності та контролю поведінки навіть у стані

емоційного збудження. учасники стали більш стійкими до емоційних впливів і краще реалізують поставлені завдання.

Зниження середнього показника за шкалою «труднощі з контролем імпульсів» з 15,0 до 14,6 балів вказує на зміцнення самоконтролю, зниження емоційної імпульсивності та здатність утримуватися від різких реакцій у стресових ситуаціях.

Зменшення середнього показника за шкалою «Відсутність емоційного усвідомлення» з 16,7 до 16,0 балів демонструє зростання емоційної свідомості – учасники краще розуміють, що саме вони відчувають, і можуть ідентифікувати емоційні стани, що є базовим компонентом емоційного інтелекту.

Середній показник за шкалою «Обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій» знизився з 16,3 до 15,8 балів, що свідчить про помірне розширення репертуару адаптивних стратегій подолання емоційного напруження. учасники навчилися застосовувати конструктивні способи саморегуляції — дихальні техніки, усвідомлення, вербалізацію почуттів тощо.

Зменшення середнього значення за шкалою «Відсутність емоційної чіткості» з 12,6 до 12,4 балів свідчить про несуттєве зростання здатності до точного розпізнавання й диференціації емоцій, що сприяє формуванню зрілої емоційної самосвідомості.

Результати після проведення формувального експерименту засвідчили загальне зниження показників труднощів емоційної регуляції, що відображає позитивні зміни в емоційній сфері учасників після участі у психологічно-соціальному тренінгу.

Зниження нормованого показника за шкалою «неприйняття емоційних реакцій» (з 50% до 48%) означає, що учасники стали більш готовими приймати власні почуття, у тому числі негативні, без тенденції до їх заперечення чи самозвинувачення. це свідчить про розвиток емоційної толерантності – важливої умови психологічної стабільності.

Зменшення нормованого показника «труднощів із цілеспрямованою поведінкою» (з 52% до 51%) свідчить про підвищення здатності до збереження уваги, послідовності та контролю поведінки навіть у стані емоційного збудження. учасники стали більш стійкими до емоційних впливів і краще реалізують поставлені завдання.

Зниження за шкалою «труднощі з контролем імпульсів» (з 50% до 49%) вказує на зміцнення самоконтролю, зниження емоційної імпульсивності та здатність утримуватися від різких реакцій у стресових ситуаціях.

Виражене зменшення за шкалою «відсутність емоційного усвідомлення» (з 56% до 53%) демонструє зростання емоційної свідомості – учасники краще розуміють, що саме вони відчувають, і можуть ідентифікувати емоційні стани, що є базовим компонентом емоційного інтелекту.

Показник «обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій» (з 41% до 40%) знизився, що свідчить про розширення репертуару адаптивних стратегій подолання емоційного напруження. учасники навчилися застосовувати конструктивні способи саморегуляції – дихальні техніки, усвідомлення, вербалізацію почуттів тощо.

Зменшення значення «відсутності емоційної чіткості» (з 51% до 4%) свідчить про зростання здатності до точного розпізнавання й диференціації емоцій, що сприяє формуванню зрілої емоційної самосвідомості.

Середні показники за шістю субшкалами шкали DERS, що були отримані на етапах констатувального та формувального експериментів, для наочності представлені на гістограмі (див. рис. 3.3).

Рис. 3.3. Гістограма порівняння результатів дослідження за методикою діагностики «Шкала труднощів емоційної регуляції» (DERS) на різних етапах дослідження

У цілому результати формувального експерименту за методикою DERS свідчать про загальне покращення навичок емоційної регуляції, підвищення рівня емоційної компетентності та зниження емоційної дезорганізації. отримані зміни підтверджують ефективність проведеної тренінгової програми, спрямованої на розвиток усвідомлення, прийняття та регулювання власних емоцій як ресурсу психологічного благополуччя.

Далі було використано методику психологічної діагностики Опитувальник позитивного та негативного афекту (ОПАНА). Результати дослідження представлено в таблиці (див. табл. 3.6).

Таблиця 3.6

Результати дослідження за методикою діагностики «Опитувальник позитивного та негативного афекту» (після проведення корекційних заходів)

№	Позитивний афект	Негативний афект
1	28	28
2	28	27

Продовж. табл. 3.6

3	35	24
4	37	26
5	30	28
6	33	19
7	26	29
8	29	26
9	26	32
10	28	30
11	29	26
12	24	23
13	31	28
14	28	24
15	26	30
16	30	25
17	33	25
18	32	25
19	28	29
20	36	26
21	28	28
22	28	29
23	33	24
24	30	27
25	40	25
26	27	28
27	32	32
28	30	32
29	38	25
30	32	24
Середнє значення	**30,5**	**26,8**

Для оцінки впливу тренінгової програми на окремі форми афекту було проведено порівняльний аналіз субшкал на етапах констатувального та формувального експерименту. Дані аналізу представлені в таблиці 3.7.

Таблиця 3.7

Порівняльний аналіз середніх показників за субшкалами методики діагностики «Опитувальник позитивного та негативного афекту» (ОПАНА) на різних етапах дослідження

Етап дослідження	Позитивний афект	Негативний афект
Констатувальний експеримент	30,8	28,1
Формувальний експеримент	30,5	26,8

Отримані результати свідчать про помірні позитивні зміни в емоційному стані респондентів після участі у психологічно-соціальному тренінгу.

Значення позитивного афекту (середнє значення – 30,5 бали) практично не змінилося порівняно з констатувальним етапом (середнє значення – 30,8 бали), що свідчить про стабільність емоційного фону, життєрадісності, енергії та зацікавленості учасників. збереження високого рівня позитивного афекту після завершення тренінгу вказує на стійкість внутрішніх ресурсів і підтримку мотиваційної складової.

Водночас показник негативного афекту знизився з 28,1 до 26,8, що свідчить про зменшення інтенсивності негативних емоційних переживань – таких як тривожність, дратівливість, напруження, відчуття провини чи пригніченості. це свідчить про зниження рівня емоційного дистресу і формування більш збалансованого емоційного стану.

Середні показники за субшкалами позитивного та негативного афектів на етапах констатувального та формувального представлені на гістограмі (див. рис. 3.4).

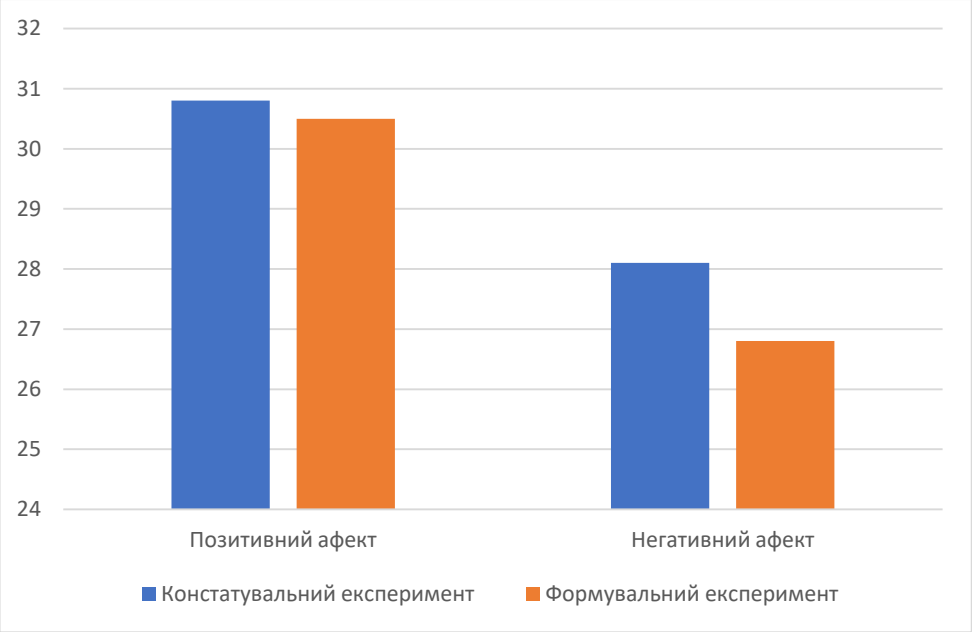

Рис. 3.4. Гістограма порівняння результатів дослідження за «Опитувальником позитивного та негативного афекту» (до та після корекційних заходів)

Загалом результати можна інтерпретувати як підвищення емоційної стабільності та гармонізації афективної сфери. Участь у тренінгу сприяла розвитку навичок саморегуляції, усвідомлення емоцій і зниженню впливу деструктивних переживань, що є важливими показниками психологічного благополуччя.

На завершальному етапі було проведено повторну діагностику за методикою «Гісенівський опитувальник соматичних скарг» (GBB-24). Результати проведеного дослідження представлено в таблиці (див. табл. 3.8).

Таблиця 3.8

Результати дослідження за методикою діагностики «Гісенівський опитувальник соматичних скарг» (GBB-24) на етапі формувального експерименту

№	Виснаження	Шлункові скарги	Болі в різних частинах тіла	Серцеві скарги
1	11	9	6	4
2	9	4	8	4
3	13	10	9	3
4	12	9	11	3
5	10	7	8	2
6	9	6	11	2
7	6	7	7	3
8	12	11	10	6
9	10	12	14	9
10	10	10	8	5
11	9	9	9	8
12	11	8	8	3
13	10	12	10	8
14	12	14	11	8
15	11	14	10	10
16	13	16	7	2
17	9	13	8	7
18	11	10	11	8
19	9	9	7	8
20	11	6	11	12
21	9	8	11	6
22	5	8	10	6
23	5	9	8	11
24	11	9	9	11
25	8	8	10	10
26	8	8	9	7
27	11	6	8	11
28	11	9	10	7

Продовж. табл. 3.8

29	12	8	10	12
30	6	10	9	10
Середнє значення	**9,8**	**9,3**	**9,3**	**6,9**

Для оцінки впливу тренінгової програми на окремі групи соматичних скарг було проведено порівняльний аналіз субшкал на етапах констатувального та формувального експерименту. Дані аналізу представлені в таблиці 3.9.

Таблиця 3.9

Порівняльний аналіз середніх показників за субшкалами методики діагностики «Гісенівський опитувальник соматичних скарг» (GBB-24) на різних етапах дослідження

Етап дослідження	Виснаження	Шлункові скарги	Болі в різних частинах тіла	Серцеві скарги
Констатувальний експеримент	10,1	9,5	9,6	7,0
Формувальний експеримент	9,8	9,3	9,3	6,9

Результати порівняльного аналізу свідчать про незначне, але стійке зниження інтенсивності соматичних скарг після проходження тренінгової програми. Загальний показник соматичного тиску зменшився з 36,3 до 35,2, що вказує на тенденцію до покращення загального психосоматичного стану.

Зниження показника за шкалою виснаження (з 10,1 до 9,8) свідчить про зменшення відчуття втоми, апатії та енергетичного виснаження, що може бути пов’язано з набуттям учасниками навичок емоційної саморегуляції та релаксації, відпрацьованих у процесі тренінгу.

Невелике зниження шлункових скарг (з 9,5 до 9,3) відображає помірне зменшення психосоматичних симптомів у травній сфері, які часто є наслідком емоційного напруження.

Спад за шкалою болів у різних частинах тіла (з 9,6 до 9,3) свідчить про зниження тілесного напруження, ймовірно, за рахунок зниження тривожності та покращення здатності усвідомлювати й виражати емоції.

Зменшення серцевих скарг (з 7,0 до 6,9) хоч і незначне, однак відображає тенденцію до зниження фізіологічних проявів стресу, таких як серцебиття або напади задишки.

Середні показники за чотирма субшкалами шкали GBB-24 на етапах констатувального та формувального представлені на гістограмі (див. рис. 3.5).

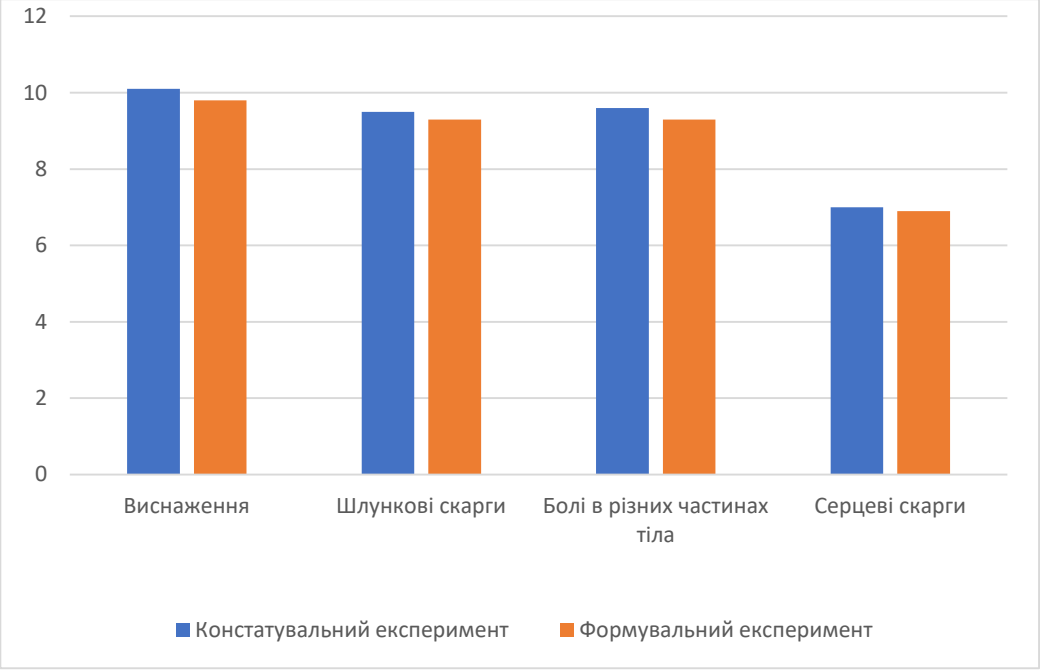

Рис. 3.5. Гістограма порівняння результатів дослідження за методикою діагностики «Гісенівський опитувальник соматичних скарг» (GBB-24) на різних етапах дослідження

Загалом результати свідчать, що після участі у тренінгу спостерігається зниження рівня соматизації емоцій, покращення загального самопочуття й підвищення тілесного комфорту. ці дані підтверджують позитивний вплив

програми на психофізіологічний стан респондентів, а також демонструють зв’язок між розвитком емоційної усвідомленості й зменшенням психосоматичних проявів.

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

Для перевірки ефективності проведеної корекційної програми було застосовано метод статистичної перевірки гіпотез – двовибірковий t-критерій Стьюдента для залежних вибірок. Використання цього параметричного критерію дало змогу визначити, наскільки статистично значущими є позитивні зміни, що відбулися після реалізації програми соціально-психологічного тренінгу, спрямованої на профілактику психосоматичних розладів.

t-критерій для залежних вибірок застосовується у випадках, коли необхідно порівняти середні значення двох взаємопов’язаних груп – тобто результатів одних і тих самих респондентів до та після впливу експериментального чинника. у межах дослідження за кожною методикою психологічної діагностики було отримано два набори даних – на констатувальному та формувальному етапах експерименту, що утворюють пари залежних вибірок для статистичного порівняння.

Було висунуто такі гіпотези:

1) нульова (H_0) – після впровадження корекційної програми середні показники за шкалами методик психологічної діагностики істотно не змінюються;

2) альтернативна (H_1) – після впровадження корекційної програми спостерігаються статистично значущі позитивні зміни у середніх показниках за шкалами методик психологічної діагностики.

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

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

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

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

Кількість ступенів свободи розраховують як:

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

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

Перш за все було розраховано t-критерій Стьюдента для методики діагностики Торонтська шкала алекситимії (TAS-20) (див. табл. 3.10 – 3.11).

Таблиця 3.10

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

№	Шкала труднощів з ідентифікацією почуттів (DIF)			Шкала труднощів з описом почуттів (DDF)			Шкала зовнішньо орієнтованого мислення (EOT)		
	к	ф	d (різниця)	к	ф	d (різниця)	к	ф	d (різниця)
1	14	13	1	11	11	0	13	12	1
2	17	16	1	7	7	0	21	20	1
3	14	13	1	12	12	0	15	15	0
4	14	13	1	11	11	0	13	12	1
5	18	18	0	11	10	1	13	13	0
6	10	9	1	9	9	0	19	18	1
7	13	12	1	11	11	0	19	18	1
8	11	11	0	10	9	1	13	12	1
9	13	13	0	10	10	0	22	21	1
10	15	14	1	10	10	0	16	15	1
11	15	14	1	12	12	0	19	18	1
12	11	10	1	11	11	0	19	18	1

Продовж. табл. 3.10

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

Таблиця 3.11

Значущі відмінності між показниками за методикою діагностики Торонтська шкала алекситимії (TAS-20)

Показник	Середнє арифметичне (Md)	Відхилення (q)	Ступені свободи (df)	t емпіричне	t критичне	Рівень значущості
Шкала труднощів з ідентифікацією почуттів (DIF)	0,67	0,55	29	6,68	2,05	0,001
Шкала труднощів з описом почуттів (DDF)	0,2	0,41	29	2,69	2,05	0,01
Шкала зовнішньоорієнтованого мислення (EOT)	0,6	0,62	29	5,29	2,05	0,001

Аналіз змін показників алекситимії за методикою TAS-20 із застосуванням парного t-критерію Стьюдента дає можливість визначити, чи є різниця між результатами «до» та «після» участі у тренінговій програмі статистично значущою та не випадковою.

Позитивні значення Md по всіх шкалах вказують на зменшення вираженості алекситимії після проходження тренінгу. Найбільші зміни спостерігаються за шкалою DIF, що свідчить про істотне покращення здатності респондентів розпізнавати власні емоції.

Менші значення стандартного відхилення q вказують на те, що більшість учасників демонстрували зміни в одному напрямку та приблизно однакової сили. Невеликі значення відхилень підтверджують стабільність ефекту тренінгу.

Для всіх трьох субшкал емпіричне значення t $t_{emp} > t_{kr}$, що означає, що виявлені зміни не є випадковими, статистично значущі, свідчать про реальний ефект корекційної програми.

Найсильніший ефект зафіксовано за шкалою DIF, де t_{emp} найбільше перевищує критичне значення.

Рівень значущості (p-рівень) показує низьку ймовірність того, що отримані результати з’явилися випадково, оскільки усі значення суттєво менші за 0,05, що підтверджує достовірність змін. Чим менше p, тим більш переконливим є відхилення нульової гіпотези. Найвищий рівень значущості спостерігається за DIF та EOT (p = 0,001).

Наступним кроком було розраховано t-критерій Стьюдента для методики діагностики Шкала труднощів емоційної регуляції (DERS) (див. табл. 3.12 – 3.14).

Таблиця 3.12

Результати емпіричного дослідження за методикою діагностики «Шкала труднощів емоційної регуляції» (DERS)

№	Неприйняття емоційних реакцій			Труднощі із цілеспря мованої поведінкою			Труднощі з контролем імпульсів		
	к	ф	d (різниця)	к	ф	d (різниця)	к	ф	d (різниця)
1	11	10	1	8	8	0	10	9	1
2	13	12	1	13	13	0	17	17	0
3	14	13	1	11	11	0	14	13	1
4	12	11	1	13	12	1	12	12	0
5	14	13	1	14	14	0	10	10	0
6	16	16	0	10	11	-1	13	13	0
7	13	13	0	13	12	1	17	17	0
8	12	11	1	15	14	1	13	13	0
9	19	18	1	17	17	0	19	18	1
10	16	16	0	12	12	0	14	15	-1
11	17	16	1	15	15	0	18	18	0
12	11	10	1	6	6	0	16	16	0
13	19	18	1	11	10	1	18	18	0
14	25	24	1	23	22	1	25	24	1
15	16	15	1	17	17	0	17	16	1
16	16	15	1	14	13	1	13	13	0
17	13	12	1	13	13	0	12	11	1
18	15	15	0	16	15	1	14	13	1
19	16	15	1	15	15	0	19	18	1
20	8	8	0	12	11	1	12	12	0
21	17	16	1	18	18	0	14	14	0
22	18	17	1	14	14	0	16	16	0
23	17	16	1	17	17	0	19	18	1
24	16	15	1	12	12	0	14	13	1
25	15	14	1	12	12	0	15	14	1
26	18	18	0	12	12	0	18	17	1
27	12	12	0	8	8	0	11	10	1

Продовж. табл. 3.12

28	17	16	1	13	12	1	16	16	0
29	16	15	1	11	11	0	15	15	0
30	11	10	1	8	8	0	10	10	0

Таблиця 3.13

Результати емпіричного дослідження за методикою діагностики

Шкала труднощів емоційної регуляції (DERS)

№	**Відсутність емоційного усвідомлення**			**Обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій**			**Відсутність емоційної чіткості**		
	к	**ф**	**d (різниця)**	**к**	**ф**	**d (різниця)**	**к**	**ф**	**d (різниця)**
1	11	10	1	16	15	1	13	13	0
2	17	16	1	18	17	1	15	15	0
3	22	21	1	16	16	0	11	10	1
4	17	16	1	16	16	0	13	13	0
5	12	11	1	18	18	0	12	12	0
6	16	15	1	19	18	1	15	14	1
7	19	19	0	17	17	0	14	14	0
8	15	15	0	16	15	1	9	9	0
9	17	17	0	15	14	1	12	12	0
10	14	13	1	18	18	0	10	9	1
11	19	18	1	15	15	0	15	14	1
12	14	13	1	17	16	1	13	13	0
13	18	17	1	14	13	1	17	17	0
14	21	20	1	23	22	1	20	20	0
15	23	22	1	20	20	0	12	12	0
16	22	21	1	16	16	0	14	14	0
17	18	18	0	12	12	0	15	15	0
18	20	19	1	21	21	0	16	16	0
19	18	17	1	17	16	1	13	13	0
20	11	11	0	14	13	1	11	11	0
21	19	18	1	17	16	1	14	13	1
22	18	17	1	14	14	0	10	10	0

Продовж. табл. 3.13

23	16	15	1	15	15	0	12	11	1
24	14	13	1	18	17	1	10	10	0
25	14	12	2	16	15	1	9	9	0
26	15	14	1	12	12	0	13	12	1
27	12	12	0	12	12	0	7	7	0
28	20	21	-1	18	17	1	13	12	1
29	17	16	1	17	16	1	11	11	0
30	13	13	0	13	12	1	10	10	0

Таблиця 3.14

Значущі відмінності між показниками за методикою діагностики

Шкала труднощів емоційної регуляції (DERS)

Показник	**Середнє арифметичне (Md)**	**Відхилення (q)**	**Ступені свободи (df)**	**t емпіричне**	**t критичне**	**Рівень значущості**
Шкала неприйняття емоційних реакцій	0,77	0,43	29	9,76	2,05	0,001
Шкала труднощів із цілеспрямованою поведінкою	0,27	0,52	29	2,8	2,05	0,01
Шкала труднощів з контролем імпульсів	0,4	0,56	29	3,89	2,05	0,001
Шкала відсутності емоційного усвідомлення	0,73	0,58	29	6,89	2,05	0,001

Продовж. табл. 3.14

Шкала обмеженого доступу до стратегій регулювання емоцій	0,53	0,51	29	5,76	2,05	0,001
Шкала відсутності емоційної чіткості	0,27	0,45	29	3,25	2,05	0,003

Для оцінки ефективності корекційної програми було здійснено порівняння результатів до та після формувального експерименту за окремими субшкалами методики DERS, використовуючи t-критерій Стьюдента для залежних вибірок. Отримані статистичні показники дозволяють визначити, чи є зміни за рівнем емоційної дисрегуляції статистично значущими та психологічно осмисленими.

Позитивні значення Md свідчать про системне зниження емоційної дисрегуляції, тобто покращення здатності розуміти, приймати й регулювати власні емоційні стани. Найбільш виражені зміни спостерігаються у сфері неприйняття емоційних реакцій та емоційного усвідомлення, що є ключовими компонентами розвитку емоційної компетентності.

Показник q демонструє, наскільки однорідними були зміни серед учасників. Значення в межах 0,43-0,58 свідчать про те, що прогрес був стабільним, одноплановим, подібним за інтенсивністю у більшості учасників.

Невисокі значення q підтверджують, що ефект тренінгу не є випадковим чи таким, що проявився лише у кількох учасників.

Емпіричні значення t (t_{emp}) для всіх шкал DERS значно перевищують критичне значення $t_{kr} = 2,05$ при df = 29. Оскільки $t_{emp} > t_{kr}$ у всіх випадках, це означає, що різниця між результатами «до» та «після» є статистично значущою, а нульова гіпотеза про відсутність змін – відхиляється.

Всі отримані значення p менші 0,05, що підтверджує статистичну значущість змін за кожною субшкалою. Значення на рівні 0,001 свідчать про дуже високу достовірність отриманих ефектів, тобто ймовірність випадкових змін практично відсутня.

Наступним кроком було рохраховано t-критерій Стьюдента для методики діагностики Опитувальник позитивного та негативного афекту (ОПАНА) (див. табл. 3.15 – 3.16).

Таблиця 3.15

Результати емпіричного дослідження за методикою діагностики «Опитувальник позитивного та негативного афекту» (ОПАНА)

№	Позитивний афект			Негативний афект		
	к	ф	d (різниця)	к	ф	d (різниця)
1	28	28	0	30	28	2
2	26	28	-2	29	27	2
3	35	35	0	22	24	-2
4	36	37	-1	27	26	1
5	32	30	2	30	28	2
6	33	33	0	19	19	0
7	25	26	-1	30	29	1
8	29	29	0	27	26	1
9	27	26	1	33	32	1
10	28	28	0	31	30	1
11	29	29	0	26	26	0
12	25	24	1	24	23	1
13	32	31	1	30	28	2
14	27	28	-1	26	24	2
15	26	26	0	32	30	2
16	32	30	2	28	25	3
17	35	33	2	26	25	1
18	32	32	0	25	25	0
19	27	28	-1	30	29	1
20	37	36	1	27	26	1
21	28	28	0	30	28	2

Продовж. табл. 3.15

22	28	28	0	32	29	3
23	33	33	0	24	24	0
24	31	30	1	28	27	1
25	40	40	0	25	25	0
26	27	27	0	31	28	3
27	32	32	0	36	32	4
28	28	30	-2	35	32	3
29	40	38	2	24	25	-1
30	36	32	4	26	24	2

Таблиця 3.16

Значущі відмінності між показниками за методикою діагностики Опитувальник позитивного та негативного афекту (ОПАНА)

Показник	**Середнє арифметичне (Md)**	**Відхилення (q)**	**Ступені свободи (df)**	**t емпіричне**	**t критичне**	**Рівень значущості**
Шкала позитивного афекту	0,3	1,26	29	1,3	2,05	0,2
Шкала негативногого афекту	1,3	1,29	29	5,52	2,05	0,001

Для оцінки динаміки емоційного стану респондентів було проаналізовано зміни показників за шкалами Позитивного афекту та Негативного афекту за методикою ОПАНА, використовуючи t-критерій Стьюдента для залежних вибірок. Отримані статистичні показники дають змогу визначити, чи відбулися значущі зміни емоційного фону після проходження тренінгу.

Позитивний афект демонструє незначне підвищення показника Md, тоді як негативний афект – помітне зниження. Це свідчить про тенденцію до покращення емоційного фону, але характер цих змін суттєво відрізняється між двома показниками.

Показники відхилення (q) свідчать про помірну варіативність емоційних змін. У більшості учасників зміни наявні, але їх інтенсивність різниться.

Аналіз співвідношення t_{emp} і t_{kr} (2,05), що є ключовим елементом статистичної перевірки показав, що для позитивного афекту t_{emp} не перевищує t_{kr}, що означає відсутність статистично значущих змін. В свою чергу, для негативного афекту перевищення є суттєвим, що свідчить про реальний ефект тренінгової програми.

Отримані значення p свідчать про те, що зміни позитивного афекту не є статистично значущими. В той самий час зміни негативного афекту мають високу статистичну значущість.

Останнім кроком було обчислення t-критерію Стьюдента для методики діагностики Гісенівський опитувальник соматичних скарг (GBB-24) (див. табл. 3.17 – 3.18).

Таблиця 3.17

Результати емпіричного дослідження за методикою діагностики Гісенівський опитувальник соматичних скарг (GBB-24)

№	Виснаження			Шлункові скарги			Болі в різних частинах тіла			Серцеві скарги		
	к	ф	d (різниця)	к	ф	d (різниця)	к	ф	d (різниця)	к	ф	d (різниця)
1	12	11	1	9	9	0	5	6	-1	5	4	1
2	9	9	0	5	4	1	9	8	1	4	4	0
3	13	13	0	10	10	0	10	9	1	3	3	0
4	12	12	0	10	9	1	11	11	0	3	3	0
5	10	10	0	6	7	-1	8	8	0	2	2	0
6	9	9	0	7	6	1	11	11	0	1	2	-1
7	6	6	0	8	7	1	8	7	1	3	3	0

Продовж. табл. 3.17

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

Таблиця 3.18

Значущі відмінності між показниками за методикою діагностики «Гісенівський опитувальник соматичних скарг» (GBB-24)

Показник	**Середнє арифметичне (Md)**	**Відхилення (q)**	**Ступені свободи (df)**	**t емпіричне**	**t критичне**	**Рівень значущості**
Шала Виснаження	0,33	0,48	29	3,81	2,05	0,001
Шкала Шлункових скарг	0,2	0,61	29	1,8	2,05	0,08

Продовж. табл. 3.18

Шкала Болі в різних частинах тіла	0,37	0,81	29	2,48	2,05	0,02
Шкала Серцевих скарг	0,17	0,46	29	1,98	2,05	0,06

Для оцінки динаміки соматичних скарг було проведено порівняння показників до і після формувального експерименту за шкалами опитувальника GBB-24. Отримані статистичні показники дозволяють визначити, у яких сферах психосоматичного функціонування відбулися значущі зміни, а де вони є несуттєвими.

Найбільші зміни значення Md, що відображає середню величину зниження соматичних скарг у відповідній сфері, зафіксовані у сферах виснаження та болю в різних частинах тіла, що може бути пов’язано зі зниженням емоційної напруги та відновленням ресурсів після участі у тренінгу. Показник відхилення q коливається в межах 0,46-0,81, що свідчить про помірний рівень різноманітності динаміки серед учасників. Вищі значення q для «Болю в різних частинах тіла» (0,81) вказують на те, що індивідуальні реакції учасників у цій сфері були менш однорідними.

Співвідношення t емпіричного з t критичним показало, що тренінг виявився ефективним передусім щодо зменшення виснаження та зниження тілесного болю. У сферах, чутливих до фізіологічних і медичних чинників (шлункові та серцеві скарги), статистично значущих змін не виявлено.

Результати підтверджуються рівнями значущості (p), де рівень значущості за шкалою Виснаження є високим (p = 0,001), за шкалою Шлункових скарг – незначущім (p = 0,08), за шкалою Болі в різних частинах тіла – p = 0,02, що дозволяє визначити цей рівень, як значущий, за шкаолю Серцеві скарги значення p = 0,06, що є близьким до значущого, але не нижче 0,05.

Це узгоджується з результатами t-критерію і підтверджує достовірність позитивної динаміки у сферах, де $t_{emp} > t_{kr}$.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

У третьому розділі було представлено розробку, реалізацію та оцінку ефективності програми соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на подолання алекситимії як важливого чинника профілактики психосоматичних розладів. Проведена робота дозволила інтегрувати теоретичні положення та результати констатувального етапу у практичне корекційно-розвивальне втручання та експериментально підтвердити його результативність.

На етапі розробки програми було визначено концептуальні засади тренінгу: принцип активності й залученості учасників, єдність когнітивних, емоційних і поведінкових компонентів, забезпечення психологічної безпеки, використання можливостей групової динаміки та поступовий перехід від базового емоційного усвідомлення до інтеграції та саморегуляції. Зміст програми включав логічно послідовні блоки, що дозволили учасникам пройти шлях від розвиту здатності розпізнавати та називати емоції – до освоєння навичок регуляції, тілесної самосвідомості, емоційної рефлексії та інтеграції переживань.

На формувальному етапі програма була апробована у груповому форматі, що забезпечило учасникам безпечний простір для емоційного досвіду, практик саморегуляції, вербалізації почуттів і розвитку емпатійного контакту. Застосовані вправи та навчальні блоки дозволили активізувати різні рівні емоційного функціонування: тілесний, когнітивний, образний та поведінковий.

Порівняння результатів тестування до та після участі у тренінгу підтвердило його ефективність. Зокрема, за всіма субшкалами методики TAS-20 було виявлено статистично значуще зниження рівня алекситимії, що проявилося у покращенні здатності респондентів ідентифікувати, описувати та усвідомлювати власні емоції, а також у зменшенні зовнішньоорієнтованого стилю мислення.

За результатами методики DERS було встановлено істотне покращення емоційної регуляції: зменшення неприйняття емоцій, труднощів у цілеспрямованій поведінці під впливом емоцій, імпульсивних реакцій, розширення доступу до стратегій регуляції та посилення емоційного усвідомлення.

Дані за ОПАНА засвідчили статистично значуще зниження негативного афекту, що є індикатором покращення загального емоційного фону та зменшення дистресу, тоді як позитивний афект залишився стабільним, що відповідає його більш рисовому характеру.

Аналіз показників GBB-24 виявив зменшення рівня виснаження та інтенсивності тілесного болю, що узгоджується з покращенням емоційної регуляції та зниженням психоемоційної напруги у респондентів. Шлункові та серцеві скарги не продемонстрували статистично значущих змін, що може бути пов’язано з їхньою більшою залежністю від фізіологічних факторів і потребою у триваліших інтервенціях.

У сукупності отримані результати засвідчують, що розроблена програма соціально-психологічного тренінгу є ефективним інструментом подолання алекситимії та зниження психосоматичної вразливості. Вона сприяла формуванню позитивної емоційної динаміки, покращенню навичок саморегуляції, зменшенню негативного афекту та певних психосоматичних симптомів, що підтверджено результатами статистичної перевірки гіпотез за t-критерієм Стьюдента та свідчить про доцільність використання тренінгу в психологічній практиці для профілактики психосоматичних розладів і покращення емоційного добробуту дорослих.

ВИСНОВКИ

1. Теоретичний аналіз наукової літератури щодо проблеми вивчення психосоматичних розладів показав, що психосоматична проблематика формувалася поступово та нині розглядається у межах інтегративного біопсихосоціального підходу. Класичні психоаналітичні концепції, фізіологічні теорії стресу, когнітивно-поведінкові та нейропсихологічні моделі доповнюють одна одну, оскільки жоден із підходів не може вичерпно пояснити природу психосоматичних явищ. Сучасні діагностичні системи (DSM-5, ICD-11) відходять від традиційного поняття «психосоматичні розлади», акцентуючи на ролі психологічних факторів і механізмах соматизації. До ключових детермінант розвитку психосоматичних симптомів належать стресова реактивність, особливості емоційної регуляції, інтероцепції та особистісні характеристики, серед яких особливе місце посідає алекситимія як значущий предиктор соматичних проявів.

2. Вивчення соціально-психологічних особливостей алекситимії показало, що її формування має багатофакторну природу й зумовлюється взаємодією біологічних передумов, психотравматичних впливів, особливостей ранньої прив’язаності та соціокультурних норм. Алекситимія постає як порушення емоційного усвідомлення, що проявляється труднощами в ідентифікації, диференціації та вербалізації переживань, слабкістю інтероцепції та схильністю до зовнішньо орієнтованого стилю мислення. Особливу роль відіграють дефіцити емоційної регуляції та досвіду емоційного налаштування в ранніх стосунках, які обмежують розвиток менталізації та ускладнюють формування здатності розуміти власні й чужі почуття. Психотравми й культура емоційного стримування посилюють ці тенденції, сприяючи хронічному пригніченню афектів. Унаслідок цього емоційний дистрес часто виражається через соматизацію, що робить алекситимію значущим чинником ризику психосоматичних розладів.

3. Для емпіричного дослідження алекситимії було обрано чотири методики: «Торонтська шкала алекситимії» (Toronto Alexithymia Scale – TAS-20), «Шкала труднощів емоційної регуляції» (DERS), «Опитувальник позитивного та негативного афекту» (ОПАНА), «Гісенівський опитувальник соматичних скарг» (GBB-24). Ці методики дали можливість визначити рівень алекситемії, труднощів емоційної регуляції, оцінити емоційний фон та ступінь вираженості соматичних скарг.

4. В дослідженні брали участь 30 респондентів віком від 18 до 55 років із середньою спеціальною або вищою освітою, здатні до самостійного розуміння інструкцій і саморефлексії. Результати констатувального етапу показали загалом адаптивний рівень емоційного функціонування досліджуваної вибірки, проте з помітними зонами емоційної вразливості. Дані TAS-20 свідчать, що більшість респондентів не мають виражених алекситимічних рис, хоча невелика частина демонструє труднощі у вербалізації та диференціації емоцій, що узгоджується з виявленим за шкалою DERS дефіцитом емоційного усвідомлення (56 %) та емоційної чіткості (51 %). Отримані профілі емоційної регуляції вказують на те, що емоційне збудження часто порушує цілеспрямовану поведінку та підвищує ризик імпульсивних реакцій, що відображається у зниженні психологічної стійкості. Баланс позитивного та негативного афектів є відносним. В хоча показник позитивного афекту (30, 8 балів) дещо перевищує показник негативного афекту (28,1 бали), це все одно свідчить про підвищене емоційне напруження та внутрішню нестабільність, яка може посилювати труднощі саморегуляції. Помірний рівень соматичних скарг за GBB-24 підтверджує тенденцію до соматизації емоційного стресу, зокрема у формах виснаження та локальних болей, що є тілесними ознаками недостатньої інтеграції емоційного досвіду. Загалом сукупність даних демонструє: труднощі емоційної обробки та частково знижена ментальна репрезентація емоцій пов’язані з підвищеним соматичним реагуванням.

5. На основі теоретичних і емпіричних результатів була розроблена програма соціально-психологічного тренінгу, спрямована на подолання алекситимії через розвиток емоційної грамотності та відновлення цілісної взаємодії емоційного, когнітивного й тілесного рівнів переживання. Тренінг складається з 8 занять тривалістю 90 хвилин кожне. Тренінг побудований від створення безпечного простору та базового усвідомлення емоцій до опанування вербалізації, дослідження тілесних проявів і формування навичок саморегуляції та перенесенню отриманого досвіду у повсякденне життя. Програма поєднує групову динаміку, психоедукаційні блоки й практичні вправи з арт-терапії, гештальт-підходу, тілесно орієнтованих технік, методів усвідомленості.

6. Результати формувального експерименту засвідчили позитивну динаміку за всіма ключовимипсихологічними параметрами. Показники за TAS-20 продемонстрували зниження загального рівня алекситимії (з 43,0 до 41,5 бали) та покращення здатності до ідентифікації й опису емоцій, а частка респондентів із можливою алекситимією зменшилася з 10,0 % до 6,7 %. За результатами DERS відзначено покращення емоційного усвідомлення, самоконтролю та доступу до регуляційних стратегій, що відображає підвищення емоційної компетентності учасників. Дані ОПАНА вказують на стабільність позитивного афекту та зменшення інтенсивності негативного афекту (з 28,1 до 26,8 бали), що свідчить про зниження емоційного дистресу та підвищення емоційної стабільності. Показники за GBB-24 демонструють помірне, але стійке зменшення соматичних скарг (виснаження, болі, шлункові та серцеві прояви), що відображає зниження соматизації емоційних станів та покращення психофізіологічного благополуччя учасників. Сукупність цих змін свідчить про те, що участь у тренінгу сприяла розвитку емоційної усвідомленості, підвищенню навичок саморегуляції та зменшенню психоемоційного напруження, що прямо проявилося у психологічних і соматичних показниках.

7. Застосування t-критерію Стьюдента для залежних вибірок підтвердило статистичну ефективність тренінгової програми, оскільки за всіма субшкалами TAS-20 та більшістю шкал DERS емпіричні значення t значуще перевищили критичні при $p < 0,05$, що свідчить про реальне зниження алекситимічних тенденцій та труднощів емоційної регуляції. За методикою ОПАНА статистично значущим виявилося лише зниження негативного афекту, тоді як позитивний афект залишився стабільним. Аналіз результатів GBB-24 показав значуще зниження виснаження та тілесних болей, що узгоджується зі зменшенням емоційного напруження, тоді як зміни шлункових і серцевих скарг не досягли статистичного рівня значущості, що відображає їх більшу залежність від фізіологічних чинників. Сукупність статистичних та психологічних результатів свідчить, що розвиток емоційної грамотності зменшує алекситимію та емоційну дисрегуляцію, що своєю чергою веде до зниження психосоматичного ризику.

Таким чином, всі завдання кваліфікаційного дослідження виконано, мету – досягнуто.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Аврамчук О. С., Гринько Н. В., Герман Ю. В. Клініко-психологічні особливості дистресу осіб, які були вимушені переїхати через війну. *Буковинський медичний вісник*. 2024. Т. 28, № 1 (109). С. 28–34.

2. Бондаревич С., Пальчинська М., Чумаєва Ю. Взаємозв'язок Я-концепції, самооцінки та копінг-стратегій особистості у формуванні психосоматичних розладів. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки.* 2022. Вип. 13. С. 21-31.

3. Бочелюк В. Й., Панов М. С., Спицька Л. В. Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми. *Перспективи та інновації науки. Серія «Педагогіка», серія «Психологія», серія «Медицина».* 2022. № 7(12). С. 542-552.

4. Бургонський В. Г, Бургонська С. В. Зміни стресостійкості як передумова психосоматичних порушень у стоматологічних хворих. *Сучасна стоматологія*. 2014. № 4. С. 13-17.

5. Ванзіляк Ю. А. Вплив психоемоційного стану на соматичне здоров'я людини. *PhD Thesis. Тернопіль, ЗУНУ*. 2023.

6. Василець В. В., Шаповал І. І., Шалковський Є. І. Крос-культурна адаптація україномовної версії Торонтської шкали алекситимії (TAS-20): апробація у хворих на анкілозивний спондиліт. *Український ревматологічний журнал.* 2021. № 91(1). С. 24–30.

7. Васильєва Г. В. Емоційна компетентність як фактор, що впливає на рівень соматизації. *Теорія і практика сучасної психології*. 2019. Т. 2, № 2. С. 10–13.

8. Васлоян О. К., Москаленко В. Л., Новохатня К. А. Вчимося керувати емоціями : тренінгова програма для дівчат-підлітків. *Проєкт «Реформування системи кримінальної юстиції щодо неповнолітніх в Україні»*. 2016. 80 с.

9. Васянович Г . П. Основи психології : навчальний посібник. Київ : Педагогічна думка, 2012. 114 с.

10. Вашека Т. В. та ін. Зв’язок алекситимії з індивідуально-типологічними властивостями, емоційною сферою та психічними станами особистості. *Клінічна та профілактична медицина.* 2019. № 3-4(9-10). С. 100-107.

11. Волошина В. В., Долинська Л. В., Ставицька С. О., Темрук О. В. Загальна психологія: практикум : навч. посібн. Київ : Каравела, 2005. 280 с.

12. Гаврилькевич В. К. Прийоми швидкої саморегуляції при емоціях тривоги, страху, злоби в умовах війни. *Актуальні питання теорії та практики психолого-педагогічної підготовки майбутніх фахівців : тези доп. X Всеукр. наук.-практ. конф.* Хмельницький : Кафедра психології та педагогіки ХНУ, 2022. С. 14.

13. Гаврилькевич В. К, Варвинець Л. А., Крук С. Л. Депресивні прояви у військовослужбовців: огляд літератури. *Наукові записки Львівського державного університету безпеки життєдіяльності. Педагогіка і психологія.* 2024. Вип. 2(4). С. 91-98.

14. Горенко М. В. Психологія спілкування : навч. посіб. Уманський держ. пед. ун-т імені Павла Тичини. Умань : Візаві, 2024. 109 с.

15. Готич В. О., Федик О. В. Проблема алекситимії в сучасному науковому дискурсі. *Наукові записки. Серія: Психологія*, (1). С. 58–62.

16. Грицик О. Ю. Історія становлення психосоматики як наукового напряму. *Матеріали наукової конференції. Одеський національний медичний університет.* 2022. С. 7.

17. Гура С. О. Психологічні особливості профілактики алекситимії та вигорання у викладачів ЗВО. Харків, 2021. 100 с.

18. Дерев’янко С. П. Психологія емоційного інтелекту : навчально-методичні рекомендації. Чернігів : НУЧК імені Т. Г. Шевченка, 2023. 80 с.

19. Дідковська Л. І. Психосоматика: основи психодіагностики та психотерапії : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Львів : Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2010. 264 с.

20. Дмитріюк Н. С., Матвіюк В. В. Алекситимія як психолого-педагогічне явище. URL: https://www.inforum.in.ua/conferences/26/84/652 (дата звернення 10.09.2025 р.)

21. Дрозд О. В., Олійніченко К. І. Можливості психологічної корекції алекситимії в молоді. *Габітус*. 2024. Вип. 66. С. 59-63.

22. Дяк С. Тренінг «Розвиток емоційної компетентності». Львів : Національний університет «Львівська політехніка», 2019. 33 с.

23. Журба А., Рябчич Я. Особливості емоційної сфери, когнітивних функцій та перебігу психосоматичних розладів у дітей та підлітків, які перенесли спинальну травму та мають супутні захворювання. *Kyiv Journal of Modern Psychology and Psychotherapy*. 2022. Вип. 1(3). С. 5–28.

24. Завгородня О. В, Степура Є. В, Шаталіна В. В. Алекситимія в «умовно здорових» людей: труднощі та можливості корекції. *Психологія і особистість*, (2), С. 247–262.

25. Завгородня О. В., Степура Є. В., Депутат В. В. Алекситимія як гетерогенний феномен. *Вісник післядипломної освіти. Серія: Соціальні та поведінкові науки.* 2021. Вип. 14. С. 94–108.

26. Завязкіна Н., Ведмеденко А. Алекситимія як чинник соматизації психологічних проблем. *Проблеми сучасної психології.* 2020. Вип. 50. С. 11-30.

27. Загальна психологія : навч. посіб. / Сергєєнкова О. П. та ін. Київ : Центр учбової літератури, 2012. 296 с.

28. Заняття з елементами тренінгу для учнів початкової школи «Розвиток емоційного інтелекту». URL: https://naurok.com.ua/zanyattya-z-elementami-treningu-dlya-rozvitku-emociynogo-intelektu-199755.html (дата зверенення 15.09.2025 р.).

29. Заняття з елементами тренінгу «Способи врегулювання емоційних станів підлітків в сучасних соціокультурних умовах». URL:

https://naurok.com.ua/zanyattya-z-elementami-treningu-sposobi-vregulyuvannya-emociynih-staniv-pidlitkiv-v-suchasnih-sociokulturnih-umovah-315265.html (дата звеpенення 15.09.2025 р.).

30. Зливков В. Л., Лукомська С. О. Теорія та практика психологічних тренінгів. Київ - Ніжин : Видавець ПП Лисенко М. М., 2019. 209 с.

31. Ігри та вправи для розвитку емоційної сфери дітей. URL: https://lebedynircentr.com.ua/igri-ta-vpravi-dlja-rozvitku-emocijnoi-sferi-ditej/ (дата звеpенення 15.09.2025 р.).

32. Калюжна Є. М. та ін. Психологічні механізми формування ставлення особистості до тілесного «Я» в онтогенетичному зрізі. *Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»).* 2024. № 10 (44). С. 928–940.

33. Калька Н., Ковальчук З. Практикум з арт-терапії : навчально-методичний посібник. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2020. Ч. 1. 232 с.

34. Калька Н., Ковальчук З., Одинцова Г. Практикум з арт-терапії : навчально-методичний посібник. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2021. Ч. 2. 148 с.

35. Кирилишина М. Г. Основи гештальт-терапії : методичні рекомендації до практичних занять та самостійної роботи для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти за спеціальністю 053 Психологія. Одеса : ФОП Бондаренко М. О., 2023. 26 с.

36. Клевець Л. М. Психологічні чинники в ґенезі психосоматичних розладів. *Наукові записки Національного університету Острозька академія. Серія: Психологія і педагогіка*, 2012, №20. С. 118-127.

37. Кліманська М. Б., Галецька І. І. Психометрична характеристика Опитувальника позитивного і негативного афекту (ОПАНА), розробленого на основі методики PANAS. *Психологічний часопис*. 2020. Т. 6, № 4. С. 119–129.

38. Козак Г. А., Магдисюк Л. І. Методичні рекомендації до курсу «Психологія тілесності». Луцьк, 2023. 103 с.

39. Козирєв М. П. Комунікативні бар'єри спілкування та шляхи їх подолання. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна.* 2014. № 1. С. 201–211.

40. Командні ігри для розвитку емпатії та емоційного інтелекту. URL: https://myrne.edua.info/images/skazhi_bulinguni_igri_ta_vpravi_dlja_rozvitku_emo.pdf (дата звернення 12.09.2025 р.).

41. Компанович М. С. Ретроспективний аналіз досліджень емоційних переживань як складової психосоматичних захворювань. *Медична психологія: теоретичні та прикладні питання. Психологічне консультування і психотерапія*. 2017. т. 1. вип. 8. С. 51-59.

42. Коробіцина М. Б. Клініко-психологічні аспекти алекситимічної психалгії. *Психологія і суспільство.* 2010. № 3. С. 94–108.

43. Коцур Н., Товкун Л. Компетентнісний підхід педагога щодо психосоматичних захворювань та їх профілактики в контексті сучасних викликів і загроз. *Scientia et Societus*. 2023. Т. 3. С. 143–153.

44. Кошова С. П, Гбур З. В. Особливості впливу негативних емоцій на розвиток психосоматичних захворювань людини. *Наукові інновації та передові технології. Серія «Психологія»*, 2021. 1(1). С. 130-140.

45. Лефтеров В. О. Проблема психологічного здоров'я в контексті сучасних інтеграційних процесів. *Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві. Збірник тез III Всеукраїнської науково-практичної конференції.* 2018. С. 233-238.

46. Лєсніченко Н. П. Психосоматика у фокусі історії. Х*арківський осінній марафон психотехнологій. Тези доповідей.* 2018. Ч. 2. С. 200-204.

47. Лисенко І. П., Крайлюк А. І. Феномен алекситимії та його роль у виникненні психосоматичних порушень. *Габітус*. 2024. Вип. 65. С. 172-176.

48. Матійків І. М. Емоційна компетентність фахівця професій типу «людина–людина» : результати теоретичного дослідження. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. 2011. Вип. 2. С. 109-121.

49. Матійків І. М. Тренінг емоційної компетентності : навчально-методичний посібник. Київ : Педагогічна думка, 2012. 112 с.

50. Медична психологія : підруч. / І. Д. Спіріна та ін. Дніпро : ЛІРА, 2022. 300 с.

51. Мірошниченко О. А. Арт-технології : навчально-методичний посібник. Житомир : ТОВ «Видавничий дім Бук-Друк», 2024. 180 с.

52. Михайлов Б. В., Чугунов В. В., Курило В. О., Саржевський С. Н. Посттравматичні стресові розлади : навчальний посібник. 2-ге вид., перероб. та доповн. Харків : ХМАПО, 2014. 223 с.

53. Мосійчук Л. М., Демешкіна Л. В., Кушніренко І. В., Зав'ялова І. Ю. Психологічна дезадаптація пацієнтів з ГЕРХ: огляд та власні дослідження. *Гастроентерологія.* 2014. № 4 (54). С. 23-29.

54. Мотрук Т. О. Програма психологічної корекції емоційних станів ігрозалежних юнаків. Суми : Вид-во СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2012. 72 с.

55. Навитка Х. А. Алекситимія та її вплив на комунікативні здібності дітей молодшого шкільного віку. *Наукові записки ЛДУБЖД. Педагогіка і психологія.* 2023. № 1. С. 67-72.

56. Наугольник Л. Б. Психологія стресу : підручник. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.

57. Огоренко В. В., Шорніков А. В. Інтегративний підхід в ґенезі психосоматичних розладів з позицій концепцій про особистість. *Вісник проблем біології і медицини.* 2019. Вип. 4, Т. 2 (154). С. 14–17.

58. Олейнік Н. О., Бенківська А. М. Психологічні особливості алекситимічного радикалу в структурі особистості. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки.* 2018. Вип. 3. Т. 1. С. 94–99.

59. Панок В. Г., Чаплак Я. В., Андрєєва Я. Ф. Основи психологічної допомоги: теорія та практика психоконсультування : навчальний посібник. Чернівці : Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича, 2019. 384 с.

60. Перетятько Л., Тесленко М. Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми. *Психологія і особистість.* 2017. № 2 (12). С. 137-147.

61. Помиткіна Л. В., Злагодух В. В., Хімченко Н. С., Погорільська Н. І. Психологія сім'ї : навч. посіб. для студ. вищих навч. закладів. Київ : Вид-во Нац. авіац. ун-ту «НАУ-друк», 2010. 270 с.

62. Прокопов В. М. Психологічні особливості психосоматичного розвитку у дітей раннього віку. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія.* 2023. Т. 34 (73), № 1. С. 160-165.

63. Психологічна допомога в час війни. Вправа «емоційний м'яч». URL https://www.youtube.com/watch?v=eZ9_CrufPhU (дата звернення 12.09.2025 р.).

64. Психологія емоцій та почуттів : підручник / О. М. Цільмак та ін. Одеса : Гельветика, 2024. 420 с.

65. Рештакова Н. О. Депресія як один з чинників, що сприяють розвитку психосоматичних розладів. *Медсестринство.* 2019. № 4. С. 29–31.

66. Сак Л. В., Федотова З. В. Крос-культурна адаптація та валідизація україномовної версії шкали труднощів емоційної регуляції DERS: апробація у хворих підлітків на нервову анорексію та їх батьків/опікунів. *Психіатрія, неврологія та медична психологія.* 2023. Вип. 21. С. 38–45.

67. Сегеда О. О. Психосоматичні захворювання як предмет психологічної експертизи. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія.,* 2012, Вип. 43 (1). С. 23–30.

68. Сергєєнкова О. П. Дослідження емоційної сфери в юнацькому віці. *Теорія і практика сучасної психології.* 2018. Вип. 3. С. 243-247.

69. Середа І. В. Основи психосоматики : навчально-методичний посібник для самостійної роботи студентів з курсу за змішаною формою навчання. Миколаїв, 2022. 156 с.

70. Стеценко А. І., Гузік І. В. Особливості емоційних переживань у дорослих та емоційна грамотність як запорука психологічного добробуту. *Слобожанський науковий вісник. Серія «Психологія».* 2024. № 2. С. 61–66.

71. Тертична Т. Д. Вправи, ігри й техніки для емоційної підтримки учасників освітнього процесу в умовах надзвичайних ситуацій : методичний посібник. Вінниця : Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського, 2023. 52 с.

72. Утєєва А. Особистісні чинники в системі пояснювальних принципів психосоматичних порушень. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць.* Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України 2015. Вип. 7. С. 297-300.

73. Федорчук В. М. Тренінг особистісного зростання : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2014. 250 с.

74. Філоненко М. М. Психологія спілкування : підручник. Київ, 2008. 224 с.

75. Фостяк С., Мединська Ю. Соматоформні розлади в роботі лікаря загальної практики: основні принципи професійного підходу до пацієнтів. *Архів психіатрії.* 2017. Т. 23, № 4 (50). С. 2–10.

76. 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.

77. Хараджа М. В, Федоренко А. П. Дослідження особливостей емоційно-психологічного стану вимушено переміщених жінок під час війни. *Слобожанський науковий вісник. Серія Психологія.* 2024. № 2. С. 97-105.

78. Харченко Д. М. Адаптація Гісенівського запитальника соматичних скарг. *Проблеми загальної та педагогічної психології : зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка АПН України*. Київ. 2006. Т. VIII, ч. 8. С. 384.

79. Харченко Д. М, Акопян А. А. Роль різних депресивних станів у розвитку психосоматичних розладів. *Теорія і практика сучасної психології*. 2019. № 4(1). С. 96-104.

80. Холоденко М. І. Методична розробка «Вправа «Активне слухання». URL https://vseosvita.ua/library/metodicna-rozrobka-vprava-aktivne-sluhanna-335427.html (дата звернення 10.09.2025 р.).

81. Хомуленко Т. Б. та ін. Психосоматика : культурно-історичний підхід. Харків : Диса плюс, 2015. 264 с.

82. Хомуленко Т. Б. Психотехнології саморегуляції тілесного. Харків : «Діса плюс», 2017. 45 с.

83. Цибух Л. М., Пальчинська М. В., Хмель Н. Д. Вплив депресивного стану на виникнення психосоматичних порушень. *Ментальне здоров'я*. 2024. № 4. С. 41–45.

84. Чугунов В. В., Хоміцький М. Є. Сучасні наукові погляди на проблему патопластики психічних захворювань. *Запорізький медичний журнал.* 2022. Т. 24(4). С. 470-473.

85. Шелег Л. С. Історичні етапи формування уявлень про психосоматичний статус особистості. *Збірка наукових праць.* 2015. С. 663–673.

86. Шелег Л. С. Класифікація концепцій та основні ознаки психосоматичних розладів. *Актуальні проблеми сучасної психології.* 2015. № 12(21). С. 313-321.

87. Шеленкова Н. Л. Поняття алекситимії. URL: https://dspace.udpu.edu.ua/bitstream/6789/7114/1/PONYaTTYa_ALEKSY%60TY%60MIYI.pdf (дата звернення 10.09.2025 р.).

88. Шуй Н. Концептуальні засади саморегуляції емоційної сфери в професійній діяльності соціального працівника. *Вчені записки Університету «КРОК». № 2(78).* 2025. С. 588–594.

89. Як зменшити фізичний дискомфорт при тривозі: вправа «Сканування тіла». URL: https://mozok.ua/anxietydisorder/video/3934-yak-zmenshiti-fzichnij-diskomfort-pri-trivoz-vprava-skanuvannya-tla (дата звернення 14.09.2025 р.).

90. Якимчук О., Ханецька Т. Вплив сім'ї на виникнення психосоматичних розладів у дітей молодшого шкільного віку. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова.* 2021. Вип. 14 (59). С. 90-104.

91. 40 вправ з ментального здоров'я. URL: https://naurok.com.ua/40-vprav-z-mentalnogo-zdorov-ya-430289.html (дата звернення 10.09.2025 р.).

92. Abolghasemi A., Meysami Bonab S., Sheikhian M. The relation of alexithymia and cognitive/behavioral coping strategies with psychological vulnerability of women with somatization disorder. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences (ZJRMS).* 2012. Vol. 14, No. 10. P. 17–22.

93. Alexander F. Psychosomatic medicine: its principles and applications. The Ronald Press Company, 1946. 353 p.

94. Alexander F., French T. M., Pollock G. L. Psychosomatic Specificity: Experimental Study and Results. New York : Macmillan, 1968. 385 p.

95. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington, VA : American Psychiatric Association, 2013. 947 p.

96. Ammon G. Psychoanalyse und Psychosomatik. Eschborn bei Frankfurt am Main : Klotz, 1998. 368 p.

97. Bagby R. M, Parker J. D. A, Taylor G. J. The twenty-item Toronto Alexithymia scale – I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research.* 1994. 38(1) P. 23–32.

98. Borrell-Carrió F., Suchman A. L., Epstein R. M. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine.* 2004. Vol. 2, № 6. P. 576–582.

99. Bowlby J. Attachment and loss. New York : Basic Books, 1969. Vol 1: Attachment.

100. Brähler E., Scheer J., Schumacher J. Der Giessener Beschwerdebogen (GBB): Ein Instrument zur Erfassung körperlicher Beschwerden. *Zeitschrift für Klinische Psychologie.* 1979. Vol. 8. P. 11–20.

101. Cairncross M., Veselka L., Schermer J. A., Vernon P. A. A behavioral genetic analysis of alexithymia and the Dark Triad traits of personality. *Twin Research and Human Genetics.* 2013. Vol. 16, No. 3. P. 690–697.

102. Chunga Diaz T. O., Santiago G. B., Fuentes Calcino A. R., Mèndez Ilizarbe G. S., Quispilay Joyos G. E., Leiva Torres J. G. Work stress in health professionals: a systematic review. *Revista de Gestão Social e Ambiental.* 2024. Vol. 18, No. 4. P. 1-13.

103. Demke E. The Vulnerability–Stress–Model-Holding Up the Construct of the Faulty Individual in the Light of Challenges to the Medical Model of Mental Distress. *Frontiers in Sociology.* 2022. Vol. 7.

104. Dimsdale J. E. Research on somatization and somatic symptom disorders: ars longa, vita brevis. *Psychosomatic Medicine.* 2017. Vol. 79, № 9. P. 971-973.

105. Dunbar H.F., Psychosomatic Diagnosis. New York : P.B. Hoeber, Inc., 1943.

106. Dutcher E. G, Verosky S. C, Mendes W. B, Mayer S. E. Localizing somatic symptoms associated with childhood maltreatment. *Proceedings of the National Academy of Sciences.* 2024. Vol. 121(19).

108. Epigenetic regulation of neurogenesis. URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Epigenetic_regulation_of_neurogenesis (дата звернення 25.08.2025 р.).

109. Ezra Y., Hammerman O., Shahar G. The Four-Cluster Spectrum of Mind-Body Interrelationships: An Integrative Model. *Frontiers in Psychiatry.* 2019. Vol. 10. Article 39. P. 11.

110. Freud S, Breuer J: Studies in Hysteria (Studien über Hysterie 1895, translated into English by Nicola Luckhurst). Penguin Group (USA), Inc., New York, 2004.

111. Ghorbani, F., Khosravani, V., Ardakani, R. J., Alvani, A., and Akbari, H. The mediating effects of cognitive emotion regulation strategies on the

relationship between alexithymia and physical symptoms: evidence from Iranian asthmatic patients. *Psychiatry Res.* 2017. 247. P. 144-151.

112. Goerlich K. S. The multifaceted nature of alexithymia – a neuroscientific perspective. *Frontiers in Psychology*. 2018. Vol. 9.

113. Goerlich-Dobre K., Witteman J., Schiller N., Van Heuven V., Aleman A., Martens S. Blunted feelings Alexithymia is associated with a diminished neural response to speech prosody. *SCAN*. 2014. № 9. P. 1108-1117.

114. Gratz K. L., Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the DERS. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment.* 2004. Vol. 26, No. 1. P. 41–54.

115. Gross J. J., Jazaieri H. Emotion, emotion regulation, and psychopathology an affective science perspective. *Clinical Psychological Science*. 2014. № 2 (4). P. 387–401.

116. Gross, J. J. Emotion Regulation: Past, Present, Future. *Cognition & Emotion*. 1999. 13(5). P. 551–573.

117. Gross J. J., Thompson R. A. Emotion regulation: Conceptual foundations. In J.J. Gross (Ed.), Handbook of emotion regulation. New York : Guilford Press, 2007. P. 3–24.

118. Grynberg D., Luminet O., Corneille O., Grezez J., Berthoz O. Alexithymia in the interpersonal domain: a general deficit of empathy? *Personality and Individual Diffefences.* 2010. № 49. P. 845–850.

119. Handa M, Nukina H, Hosoi M, Kubo C. Childhood physical abuse in outpatients with psychosomatic symptoms. *BioPsychoSocial Medicine.* 2008. Vol 2. P. 8.

120. Herrmann-Lingen C. The American Psychosomatic Society – integrating mind, brain, body and social context in medicine since 1942. *BioPsychoSocial Medicine.* 2017. Vol. 11. Article 11. P. 7.

121. International Classification of Diseases (ICD) URL: https://icd.who.int/en/ (дата звернення: 19.08.2025).

122. Jaini P. A., Lee J. S.-H. A review of 21st century utility of a biopsychosocial model in United States medical school education. *Journal of Lifestyle Medicine*. 2015. Vol. 5, No. 2. P. 49-59.

123. Jackson M. The medicalization of stress: Hans Selye and the transformation of the post-war medical marketplace. *History of the Human Sciences.* 2014. 27(2). P. 42-61.

124. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie, Neunte Auflage. Berlin : Springer Verlag. 1973. 865 p.

125. Jørgensen M. M., Zachariae R., Skytthe A., & Kyvik K. Genetic and environmental factors in alexithymia: A population-based study of 8,785 Danish twin pairs. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2007. 76(6). P. 369–375.

126. Jungmann S. M., Vollmer N., Selby E. A., Witthöft M. Understanding dysregulated behaviors and compulsions: an extension of the emotional cascade model and the mediating role of intrusive thoughts. *Frontiers in Psychology. 2016. Vol. 7.* Article 994.

127. Khosravani V., Samimi Ardestani S. M., Alvani A., Amirinezhad A. Alexithymia, empathy, negative affect and physical symptoms in patients with asthma. *Clin. Psychol. Psychother.* 2020. № 27. P. 736-748.

128. Kiecolt-Glaser J. K, McGuire L, Robles T. F, Glaser R. Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: back to the future. *Psychosomatic Medicine.* 2002. № 64(1). P. 15-28.

129. Klinger-König J. & oth. Childhood trauma and somatic and mental illness in adulthood – findings of the NAKO health study. *Deutsches Ärzteblatt International.* 2024. Vol. 121. P. 1–8.

130. Kotsur N, Tovkun L. Assessing the impact of stress factors of the educational process on psychosomatic health of schoolchildren in the conditions of the Russo-Ukrainian war. *Scientia et societus*. 2023. Vol. 2(2). P. 8-21.

131. Kowal C., Peyre H., Amad A., Pelissolo A., Leboyer M., Schürhoff F., Pignon B. Psychotic, mood, and anxiety disorders and venous thromboembolism: a

systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*. 2020. Vol. 82, No. 9. P. 838–849.

132. Lane R. D. Alexithymia 3.0: Reimagining alexithymia from a medical perspective. *Invited commentary for Biopsychosocial Medicine.* 2020. 14(1), P. 1-8.

133. Lin Y. C., Chen K. C., Wang H. Y. et al. Correlation analyses between childhood behavioural problems and alexithymia in adults with psychosomatic disorders. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2023. Vol. 19. P. 1665–1674.

134. Longarzo M., D'Olimpio F., Chiavazzo A., Santangelo G., Trojano L., Grossi D. The relationships between interoception and alexithymic trait: The Self-Awareness Questionnaire in healthy subjects. *Frontiers in Psychology.* 2015. Vol. 6. Article 1149.

135. Maunder R. G, Hunter J. J. Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic Medicine.* 2001. № 63. P. 556-567.

136. Messina A., Beadle J. N., Parad isoS. Towards a classification of alexithymia: primary, secondary and organic. *Journal of Psychopathology.* 2014. Vol. 20. P. 38-49.

137. Mulligan C. J. Early environments, stress, and the epigenetics of human health. *Annual Review of Anthropology*. 2016. № 45. P. 233-249.

138. Nakao M., Komaki G., Yoshiuchi K., Deter H.-Ch., Fukudo S. Biopsychosocial medicine research trends: connecting clinical medicine, psychology, and public health. *BioPsychoSocial Medicine.* 2020. Vol. 14. Art. 30.

139. Nelson J, Klumparendt A, Doebler P, Ehring T: Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2017. P. 96–104.

140. Nemiah J. C., Freyberger H., Sifneos P. E. Alexithymia: A view of the psychosomatic process. *Hill OW, editor. Modern Trends in Psychosomatic Medicine,* London: Butterworths; 1976. Volume 3. P. 430–439.

141. Nemiah J. C. Sifnoes P. E. Psychosomatic illness and problem o communication. *Psychother. Psychosom.* 1970. Vol. 18. P. 154–160.

142. Oleshko O. & oth. Neurobiological aspects of pathogenetic mechanisms in the development of post-traumatic stress disorder (literature review). *Eastern Ukrainian Medical Journal*. 2025. № 13(1). P. 39-54.

143. Preece D. A., Becerra R., Robinson K., Dandy J. Examining proposed changes to the conceptualization of the alexithymia construct: The way forward tilts to the past. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2022. Vol. 44. P. 654-673.

144. Rief W., Broadbent E. Explaining medically unexplained symptoms: models and mechanisms. *Clinical Psychology Review. 2007. Vol. 27, No. 7.* P. 821–841.

145. Šago D., Babić G. Roots of alexithymia. *Archives of Psychiatry Research*. 2019. Vol. 55. P. 71–84.

146. Segerstrom S. C, Miller G. E. Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*. 2004. 130(4). P. 601-630.

147. Selye H. The story of the adaptation syndrome. Montreal : Acta Med. Publ., 1952.

148. Schnabel K., Petzke T. M., Witthöft M. The emotion regulation process in somatic symptom disorders and related conditions: a systematic narrative review. *Clinical Psychology Review.* 2022. Vol. 97. Article 102196.

149. Sheleg L. S. History doctrine of psychosomatic disorders and psychosomatic diseases. *Юридична психологія та педагогіка.* 2013. № 2. С. 235-244.

150. Smeeth D, Beck S, Karam E. G, Pluess M. The role of epigenetics in psychological resilience. *The Lancet Psychiatry*. 2021. № 8(7). P. 620-629.

151. Sullivan H. S. The Interpersonal Theory of Psychiatry. New York : Routledge, 2011. 393 p.

152. Tatayeva R, Ossadchaya E, Sarculova S, Sembayeva Z, Koigeldinova S. Psychosomatic aspects of the development of comorbid pathology: a review. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran.* 2022. № 36. P. 152.

153. Tukaiev S. V, Vasheka T. V, Dolgova O. M, Fedorchuk S. V, Palamar B. I. Alexithymia formation as an adaptation to everyday stress is determined by the properties of the nervous system. *Wiadomości Lekarskie*. 2020. Vol. 73(11). P. 2461–2467.

154. Uexküll T. von, Wesiak W. The sign theory of life: biosemiotics and the biosciences. Dordrecht; Boston; London : Springer, 1997. 483 p.

155. Vizniuk I., Ordatii N., Ordatii A. Ecological factors of psychosomatic disorders in the context of the transformation of the healthcare system. *Modern Science – Moderní věda.* 2021. № 4. C. 85–92.

156. Zdankiewicz-Ścigała E., Ścigała D. K. Attachment style, early childhood trauma, alexithymia, and dissociation among persons addicted to alcohol: Structural equation model of dependencies. *Frontiers in Psychology*. 2020. Vol. 10. Article 2957.

Додаток А

«Торонтська шкала алекситимії» (Toronto Alexithymia Scale – TAS-20)

Інструкція:

Послуговуючись наведеною нижче шкалою, зазначте, наскільки ви погоджуєтеся чи не погоджуєтеся з переліченими твердженнями. Оберіть відповідну цифру:

1 – якщо ви цілком не погоджуєтеся

2 – якщо ви певною мірою не погоджуєтеся

3 – якщо вам важко сказати

4 – якщо ви певною мірою погоджуєтеся

5 – якщо ви цілком погоджуєтеся

Твердження:

1. Я часто не розумію, яку емоцію відчуваю
2. Мені важко знайти правильні слова, щоб описати свої почуття
3. У мене є фізичні відчуття, які навіть лікарі не розуміють
4. Я можу легко описати свої почуття
5. Я волію аналізувати проблеми, а не просто їх описувати
6. Коли я засмучуюсь, я не знаю, що відчуваю: смуток, страх чи злість
7. Мене часто спантеличують відчуття в тілі
8. Я вважаю за краще просто дозволяти речам відбуватися, аніж розуміти, чому все сталося саме так
9. У мене є почуття, які я не можу точно визначити
10. Важливо дослухатися до почуттів
11. Мені важко описати, як я ставлюся до людей
12. Інші люди просять мене більше описувати свої почуття
13. Я не знаю, що відбувається в моєму внутрішньому світі

Продовження Додатку А

14. Я часто не знаю, чому серджуся

15. Мені краще говорити з людьми про їхні повсякденні справи, ніж про почуття

16. Я надаю перевагу «легким» розважальним шоу, а не психологічним драмам

17. Мені важко говорити про потаємні почуття навіть з близькими друзями

18. Я можу відчути близькість з іншою людиною, навіть коли ми мовчимо

19. Я вважаю, що аналіз власних почуттів є корисним у вирішенні особистих проблем

20. Пошук прихованого сенсу в фільмах чи виставах відволікає від насолоди ними

Обробка та інтерпретація результатів

Діапазон оцінювання: 20–100 (вищі бали вказують на більші порушення/проблеми).

Підраховується загальний бал і показники за трьома субшкалами:

- Шкала труднощів з ідентифікацією почуттів (DIF-F1) – включає пункти 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14;
- Шкала труднощів з описом почуттів (DDF-F2) – включає пункти 2, 4, 11, 12, 17;
- Шкала зовнішньоорієнтованого мислення (EOT-F3) – включає пункти 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20.

Загальний бал алекситимії – це сума відповідей на всі 20 пунктів, тоді як бал для кожного фактора підшкали – це сума відповідей на цю підшкалу.

Примітка: твердження 4, 5, 10, 18, 19 є інверсними (при обробці їх бали обертаються у протилежний напрям).

0–51 Алекситимії немає; 52–60 Можлива алекситимія; 61–100 Алекситимія присутня

Додаток Б

«Шкала труднощів емоційної регуляції» (DERS)

Інструкція

Будь ласка, вкажіть, як часто наступні твердження стосуються вас, обравши відповідний номер для кожного пункту:

1 – майже ніколи – 0-10%

2 – іноді – 11-35%

3 – близько половини часу – 36-65%

4 – більшу частину часу – 66-90%

5 – майже завжди – 91-100%

Твердження

1. Я чітко розумію свої почуття.
2. Я звертаю увагу на те, що я відчуваю.
3. Я переживаю свої емоції як неконтрольовані.
4. Я поняття не маю, як я почуваюся.
5. Мені важко зрозуміти свої почуття.
6. Я уважний до своїх почуттів.
7. Я точно знаю, як я почуваюся.
8. Мені все одно, що я відчуваю.
9. Мене бентежить те, що я відчуваю.
10. Коли я засмучений, я визнаю свої емоції.
11. Коли я засмучений, я злюсь на себе за те, що так почуваюся.
12. Коли я засмучений, мені стає соромно за те, що я так почуваюся.
13. Коли я засмучений, мені важко виконувати роботу.
14. Коли я засмучений, я виходжу з-під контролю.
15. Коли я засмучений, я вважаю що так буду почуватися протягом тривалого часу.

Продовження Додатку Б

16. Коли я засмучений, я вважаю себе дуже пригніченим.

17. Коли я засмучений, я вважаю, що мої почуття є справжніми та важливими.

18. Коли я засмучений, мені важко зосередитись на інших речах.

19. Коли я засмучений, я відчуваю себе неконтрольованим.

20. Коли я засмучений, я все ще можу щось зробити.

21. Коли я засмучений, мені стає соромно за те, що я так почуваюся.

22. Коли я засмучений, я знаю, що можу знайти спосіб врешті почуватись краще.

23. Коли я засмучений, я відчуваю, що я слабкий.

24. Коли я засмучений, я відчуваю, що можу зберігати контроль над своєю поведінкою.

25. Коли я засмучений, я відчуваю провину за те, що так почуваюся.

26. Коли я засмучений, мені важко зосередитися.

27. Коли я засмучений, мені важко контролювати свою поведінку.

28. Коли я засмучений, я вважаю, що я нічого не можу зробити, щоб почуватися краще.

29. Коли я засмучений, я злюся на себе, що так почуваюся.

30. Коли я засмучений, я починаю дуже погано почувати себе.

31. Коли я засмучений, я вважаю що занурюватися в смуток – це все, що я можу зробити.

32. Коли я засмучений, я втрачаю контроль над своєю поведінкою.

33. Коли я засмучений, мені важко думати про щось інше.

34. Коли я засмучений, я витрачаю час, щоб зрозуміти, що я насправді відчуваю.

35. Коли я засмучений, мені потрібно багато часу, щоб почувати себе краще.

36. Коли я засмучений, мої емоції здаються надзвичайними.

Продовження Додатку Б

Обробка та інтерпретація результатів

Пункти зі зворотньою оцінкою нумеруються: 1, 2, 6, 7, 8, 10, 17, 20, 22, 24 і 34.

Результат субшкали дає загальний бал, а також оцінку за шістьма підшкалами*:

1. Неприйняття емоційних реакцій (неприйняття): 11, 12, 21, 23, 25, 29

2. Труднощі із цілеспрямованої поведінкою (цілі): 13, 18, 20R, 26, 33

3. Труднощі з контролем імпульсів (імпульс): 3, 14, 19, 24R, 27, 32

4. Відсутність емоційного усвідомлення (усвідомлення): 2R, 6R, 8R, 10R, 17R, 34R

5. Обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій (стратегії): 15, 16, 22R, 28, 30, 31, 35, 36

6. Відсутність емоційної чіткості (чіткість): 1R, 4, 5, 7R, 9

* «R» вказує на пункт із зворотною оцінкою.

Загальний бал: сума всіх підшкал.

Більш високі бали свідчать про більші проблеми з емоційною регуляцією.

Додаток В

«Опитувальник позитивного та негативного афекту» (ОПАНА)

Інструкція:

Нижче наведено перелік слів, які описують різні почуття та емоції. Прочитайте кожен пункт, а потім поставте відповідну позначку поруч із цим словом. Вкажіть, як ви почували себе протягом останніх кількох тижнів.

Для позначення своїх відповідей використовуйте шкалу:

1 – майже або зовсім ні

2 – трохи

3 – помірно

4 – значною мірою

5 – дуже сильно

Почуття та емоції:

1. зацікавлений
2. пригнічений
3. радісний
4. засмучений
5. сповнений сил
6. винуватий
7. наляканий
8. злий
9. енергійний
10. впевнений в собі
11. роздратований
12. зібраний, зосереджений
13. зніяковілий
14. натхненний

Продовження Додатку В

15. знервований
16. рішучий
17. уважний
18. неспокійний
19. активний
20. тривожний

Обробка та інтерпретація результатів

Позитивний афект (ПА) сума балів за пунктами 1, 3, 5, 9, 10, 12, 14, 16, 17, 19.

Негативний афект (НА): сума балів за пунктами 2, 4, 6, 7, 8, 11, 13, 15, 18, 20.

Додаток Г

«Гісенівський опитувальник соматичних скарг» (GBB-24)

Інструкція:

Уважно прочитайте представлені нижче 24 симптоми погіршення здоров'я і зробіть відповідну позначку (окресліть свою відповідь), залежно від ступеня прояву в себе кожного симптому останнім часом:

0 – симптом відсутній;

1 – симптом злегка відчувається;

2 – симптом дещо виражений;

3 – симптом відчутно виражений;

4 – симптом сильно виражений».

Симптоми:

1. Відчуття слабкості
2. Серцебиття, перебої в серці або завмирання серця
3. Відчуття тиску або переповнення в животі
4. Підвищена сонливість
5. Болі в суглобах і кінцівках
6. Запаморочення
7. Болі в попереку або спині
8. Болі в шиї (потилиці) або плечовихсуглобах
9. Блювота
10. Нудота
11. Відчуття «кому в горлі», звуження горла або спазму
12. Відрижка
13. Печія або кисла відрижка
14. Головні болі
15. Швидка виснаженість

Продовження Додатку Г

16. Втома
17. Відчуття загальмованості (затьмарення свідомості)
18. Відчуття тяжкості або втоми в ногах
19. Млявість
20. Колючі або тягнучі болі в грудях
21. Болі в шлунку
22. Напади задишки (задухи)
23. Відчуття тиску в голові
24. Серцеві напади

Обробка та інтерпретація результатів

Обчислюються показники за шкалами:

1. Виснаження: 1 + 4 + 15 + 16 + 17 + 19.

Показник характеризує неспецифічний чинник виснаження, який вказує на загальну втрату життєвої енергії.

2. Шлункові скарги: 3 + 9 + 10 + 12 + 13 + 21.

Відображає синдром нервових (психосоматичних) шлункових скарг.

3. Болі в різних частинах тіла: 5 + 7 + 8 + 14 + 18 + 23.

Відображає суб'єктивні страждання пацієнта, що мають алгічний або спастичний характер.

4. Серцеві скарги: 2 + 6 + 11 + 20 + 22 + 24.

Шкала вказує на локалізацію скарг переважно в серцево-судинній сфері.

5. Загальний тиск – загальна кількість соматичних скарг, включає всі 4 вищенаведені скарги і є інтегральним показником опитувальника.

Оцінка для перших чотирьох шкал знаходиться в діапазоні від 0 до 24 балів (оскільки кожна шкала складається з 6 пунктів). Для 5-ї шкали, як сумарного показника чотирьох попередніх, оцінка може варіюватися від 0 до 96 балів.

Додаток Д

Таблиця Д.1

Список респондентів

№	Ім’я	Вік	Стать
1	Ольга	18	ж
2	Вадим	29	ч
3	Олена	34	ж
4	Юрій	21	ч
5	Мирослав	20	ч
6	Артем	19	ч
7	Анастасія	31	ж
8	Світлана	41	ж
9	Костянтин	38	ч
10	Роман	25	ч
11	Ганна	49	ж
12	Олена	21	ж
13	Назар	24	ч
14	Марія	43	ж
15	Дмитро	37	ч
16	Юлія	19	ж
17	Анастасія	30	ж
18	Наталія	35	ж
19	Тетяна	40	ж
20	Наталя	39	ж
21	Олександр	18	ч
22	Юлія	33	ж
23	Микола	50	ч
24	Любов	52	ж
25	Надія	45	ж
26	Ксенія	35	ч
27	Іван	42	ч
28	Яна	29	ж
29	Вікторія	45	ж
30	Ганна	25	ж