

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ СТОЛИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ БОРИСА
ГРІНЧЕНКА

Факультет психології, соціальної роботи та спеціальної освіти
Кафедра практичної психології

Магістерська робота
ЗАСТОСУВАННЯ МЕТАФОРИЧНИХ АСОЦІАТИВНИХ КАРТ ПРИ
ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДАХ

Шифр групи: **ППм-1-24-1.4з**
Спеціальність: **053 Психологія**
Освітня програма **053.00.02 «Практична психологія»**

Виконала Бойко Олена Вікторівна
Науковий керівник:
Кандидат психологічних наук,
Доцент кафедри практичної психології
Клібайс Тетяна Володимирівна

Київ – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТАФОРИЧНИХ АСОЦІАТИВНИХ КАРТ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДАХ	7
1.1. Поняття та причини виникнення психосоматичних розладів	7
1.2. Метафоричні асоціативні карти як інструмент психологічної допомоги особам з психосоматичними розладами	29
Висновки до розділу I	38
РОЗДІЛ II. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ВИВЧЕННЯ СХИЛЬНОСТІ УЧАСНИКІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ДО ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ	39
2.1. Організація та методи дослідження	39
2.2. Результати констатуючого експерименту	42
Висновки до розділу II	53
РОЗДІЛ III. ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ МАК У ПСИХОЛОГІЧНІЙ ДОПОМОЗІ ОСОБАМ СХИЛЬНИМ ДО ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ	54
3.1. Обґрунтування програми психологічної допомоги особам з психосоматичними розладами з використанням метафоричних асоціативних карт	54
3.2. Аналіз ефективності результатів експериментальної програми психологічної допомоги особам з психосоматичними розладами	58
3.3. Психологічні рекомендації по роботі з клієнтами, схильними до психосоматичних розладів	69
Висновки до розділу III	71
ВИСНОВКИ	74
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	79
ДОДАТКИ	91

ВСТУП

Актуальність дослідження. Незважаючи на зростаючу увагу до цієї теми в міжнародній практиці, в Україні питання психосоматики не отримують достатнього висвітлення. Психосоматичні розлади, що проявляються у фізичних симптомах, часто залишаються непоміченими або неправильно трактуються в традиційній медицині. Це призводить до того, що багато людей не усвідомлюють зв'язок між своїм емоційним станом і фізичними недугами, що ускладнює їхнє лікування та покращення якості життя.

Одним з унікальних і в той же час новітніх та ефективних методів психологічної діагностики, корекції та терапії виступають метафоричні асоціативні карти (МАК). Вони є доступним, безпечним та універсальним психологічним інструментом, який базується на метафорах та асоціаціях, що дозволяє пацієнтам краще виявляти та усвідомлювати свої внутрішні стани, які можуть бути причиною психосоматичних проявів. МАК відносяться до класу арт-терапії та дозволяють значно прискорити процес психокорекції та отримання результатів. Використання МАК у психотерапії дає змогу уникнути захисних механізмів свідомості, завдяки чому клієнти можуть глибше досліджувати свої емоції, що впливають на фізичне здоров'я.

Дослідження ефективності МАК у терапії психосоматичних захворювань набуває особливої важливості в умовах сучасного суспільства, де рівень стресу та тривожності постійно зростає, внаслідок чого люди частіше стикаються з психосоматичними проблемами, які потребують комплексного лікування. Використання МАК дає змогу надавати цілісний підхід до лікування, поєднуючи психологічні та фізичні аспекти здоров'я. Таким чином, важливість використання метафоричних асоціативних карт у терапії психосоматичних захворювань полягає в тому, що цей метод сприяє не лише зниженню симптоматики захворювань, але й допомагає клієнтам

глибше розуміти себе та свої внутрішні переживання, що в кінцевому результаті покращує якість життя.

Психосоматичні розлади досліджувались вченими в різних аспектах: Л. Дідьковська вивчала психологічні аспекти хронічних захворювань, механізми захисту, копінг-стратегій та ставлення до хвороби; В. Бочелюк спільно з М. Пановим та Л. Спицькою аналізували сучасний стан психосоматичних розладів, особливості психологічної допомоги пацієнтам, а також досліджували взаємозв'язок психічних факторів і соматичних порушень; О. Коваленко досліджувала психосоматичні прояви у контексті стресу та травматичних переживань; Л. Перетятко та М. Тесленко вивчали теоретичні підходи та фактори виникнення психосоматичних розладів; Н. Рештакова підкреслювала роль депресії у розвитку психосоматичних розладів та важливість комплексного підходу до лікування; О. Червинська вивчала психологічні чинники, механізми та взаємозв'язок психічного стану й соматичного здоров'я; Д. М. Харченко досліджував теоретичні й емпіричні аспекти психосоматичних розладів, зокрема вплив темпераменту, тривожності та поведінкових реакцій.

Класичні основи психосоматичної медицини заклали такі зарубіжні вчені, як Зигмунд Фрейд, який звернув увагу на психологічні причини фізичних симптомів, Франц Александер, що розробив теорію "психосоматичної специфічності", Вільгельм Райх з концепцією "м'язового панцира", Георг Гроддек, що пов'язував хвороби з несвідомими процесами, а також Ганс Сельє, автор теорії стресу, Хелен Фландерс Данбар, яка досліджувала типові особистісні профілі пацієнтів з певними захворюваннями, і Олександр Мічерліх, який вивчав психосоматику в контексті суспільних змін. Сучасні дослідження розширили ці знання, зокрема роботи Дж. Хогевена та Дж. Графмана, які досліджували нейропсихологічні механізми алекситимії, та Марка Ламлі, що вивчає зв'язок алекситимії, емоційного пригнічення та хронічного болю. Важливий внесок

робить також сучасна психоаналітик Ненсі МакВільямс, яка аналізує психодинамічні аспекти психосоматичних розладів.

Психотерапевтичні можливості МАК досліджують О. Блінов, Н. Бондаренко, Т. Бородулькіна, О. Ворона, Л. Маловицька, М. Марценюк, Н. Мілорадова, Т. Опаріна, О. Стельмах, О. Пелешенко, А. Ткаченко, М. Фабрічева, В. Шебанова, С. Яланська та ін. Незважаючи на кількість та глибину наукових досліджень психосоматичних розладів вченими, вивчення ефективності застосування метафоричних асоціативних карт як інструменту психологічної допомоги особам з психосоматичними розладами залишається недостатньо дослідженим, що і зумовлює актуальність нашого дослідження.

Об'єкт дослідження: психосоматичні розлади.

Предмет дослідження: психотерапевтичні можливості МАК при психосоматичних розладах.

Мета дослідження: вивчити особливості та механізми застосування МАК як інструменту психологічної допомоги у роботі з клієнтами, які мають психосоматичні розлади.

Гіпотеза дослідження: психологічна допомога з використанням метафоричних асоціативних карт (МАК) сприятиме зниженню симптомів психосоматичних розладів.

Завдання дослідження:

1. провести теоретичний аналіз літератури щодо психосоматичних розладів, причин їх розвитку та методів їх корекції;
2. дослідити механізми впливу та методику роботи з метафоричними асоціативними картами у психологічній практиці;
3. підібрати діагностичний інструментарій та вивчити особливості психосоматичних розладів учасників дослідження;
4. створити програму психологічної допомоги (з використанням МАК) особам схильним до психосоматичних розладів;
5. проаналізувати результати психологічної роботи з використанням МАК для клієнтів схильних до психосоматичних розладів;

6. сформулювати рекомендації щодо застосування МАК у психологічній допомозі особам схильним до психосоматичних розладів.

Методи дослідження: *теоретичні:* аналіз, синтез, порівняння, узагальнення даних; *емпіричні:* діагностичні методики: «Гіссенський опитувальник соматичних скарг», «Методика самооцінки емоційного стану Уесманна-Рікса», «Торонтська шкала алекситимії (TAS-20)», «Методика діагностики ірраціональних настанов»; *методи кількісної обробки даних:* U-критерій Манна-Уітні.

Вибірка дослідження: 40 осіб (віком від 26 до 43 років), які були поділені на дві групи: експериментальну (клієнти, що проходили психологічну корекцію з використанням МАК) та контрольну (не проходили психокорекцію), по 20 осіб у кожній групі.

Структура і обсяг роботи: магістерська робота складається з вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що містить 104 найменування, та додатків.

РОЗДІЛ І

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТАФОРИЧНИХ АСОЦІАТИВНИХ КАРТ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДАХ

1.1. Поняття та причини виникнення психосоматичних розладів

У сучасному світі, який характеризується високим рівнем стресових навантажень, швидким темпом життя та значним інформаційним тиском, зростає актуальність вивчення психосоматичних розладів. Ці порушення відображають тісний взаємозв'язок між психологічними факторами та соматичним здоров'ям, демонструючи, наскільки глибоко емоційний стан особистості може впливати на функціонування її організму.

Психосоматичні розлади виявляються у формі фізичних симптомів, які не мають достатнього органічного підґрунтя, але водночас є результатом або проявом внутрішніх психологічних конфліктів, хронічного стресу чи неусвідомлюваних емоцій. Вони охоплюють широкий спектр порушень, зокрема серцево-судинні, шлунково-кишкові, дихальні захворювання, дерматологічні прояви тощо.

У науковій літературі існують різні підходи до визначення поняття «психосоматичні розлади». Так, О.О. Сегеда трактує їх як групу хворобливих станів, що проявляються загостренням соматичної патології, формуванням спільних симптомокомплексів, які виникають при взаємодії соматичних і психічних факторів – соматизованих психічних порушень, а також психічних розладів, що відображають реакцію на соматичні захворювання (Сегеда, 2012).

У свою чергу, Н.М. Жукотанська визначає психосоматичні хвороби як стани, що виникають унаслідок порушення адаптаційних можливостей

організму, коли втрачається рівновага між фізичним і психічним компонентами функціонування людини (Жукотанська, 2022).

Таким чином, психосоматичні розлади можна розглядати як наслідок складної взаємодії психічних, фізіологічних і соціальних чинників, що призводять до порушення адаптаційної рівноваги організму та проявляються у вигляді соматичних симптомів.

Проблематика психосоматичних розладів є однією з найскладніших як у сфері психології, так і в сучасній медицині. Це зумовлено тим, що взаємозв'язок між психічним станом людини та її фізичним здоров'ям виявлявся ще з давніх часів і привертав увагу філософів, лікарів та вчених упродовж століть. Сьогодні психосоматичні явища розглядаються не лише як суто медичне чи психологічне питання, але й як соціальне – таке, що стосується самого сенсу людського існування.

Щоб краще усвідомити глибину взаємодії між психікою та тілом, варто звернутися до історичних джерел та поглядів минулого. Зародження ідей про тісний зв'язок душі та тіла бере початок ще в давніх цивілізаціях, зокрема у Стародавньому Китаї та Індії. Місцеві лікарі вже тоді вважали, що емоційні потрясіння можуть бути першопричиною багатьох хвороб. У період античності формуються різні підходи до розуміння психосоматичних зв'язків. Різні філософські школи – натурфілософи-матеріалісти, учні Сократа, Платона, Арістотеля, а також стоїки й піфагорійці – розглядали людину як цілісну систему, де тіло та душа взаємодіють у тісному єднанні. Стоїки, зокрема, розвинули вчення про афекти, продовжуючи ідеї Демокріта, підкреслюючи роль емоцій у виникненні та перебігу хвороб. Знакові постаті античної медицини, такі як Гіппократ, Арістотель, Сократ і Цицерон, також приділяли значну увагу впливу душевного стану на фізичне здоров'я. У ті часи домінувала релігійно-філософська картина світу, що сприяла формуванню уявлень про «психосому» – єдність тілесного і душевного в людині (Лєсніченко, 2018).

Американський історик психіатрії Г. Зільбург вважав, що витoki дослідження психосоматичних явищ сягають ще античних часів, зокрема періоду діяльності Гіппократа та Арістотеля. Хоча Гіппократ прямо не вказував на взаємозв'язок психічного та фізичного, у його працях цей зв'язок простежується на рівні опису симптоматики. Наприклад, у характеристиці меланхолії він зазначав, що меланхоліки відчувають не лише пригнічений настрій, а й фізичні болі в животі, ніби їх пронизують численні голки. Таким чином, у цьому описі вже міститься уявлення про тілесні прояви психічного розладу, що стало одним із перших прикладів включення соматичного компонента до психічного стану.

У XVII столітті філософ Рене Декарт сформулював концепцію дуалізму, згідно з якою тіло і душа розглядалися як дві окремі, незалежні субстанції: тіло – матеріальне, а душа – нематеріальна сутність. Він заперечував ідею про їхню взаємодію, що в майбутньому спричинило дискусії про необхідність перегляду цього підходу.

Натомість голландський мислитель Бенедикт Спіноза висунув ідею цілісності людського організму, підкреслюючи, що емоції (афекти) – це одночасно тілесні й ментальні прояви. У трактаті «Про походження і природу афектів» він описав, як приємні емоції (веселість, задоволення) і негативні стани (біль, меланхолія) є проявами як психічної, так і тілесної сфери.

У добу Відродження погляди на взаємозв'язок між тілом і душею набули нових трактувань. Парацельс, один із найяскравіших представників тієї епохи, вважав, що три основні матеріальні елементи – ртуть (дух), сірка (душа) і сіль (тіло) – формують цілісність людської природи. Він намагався реалізувати принципи психосоматики в рамках алхімічної медицини, поєднуючи фізичне лікування з духовними аспектами.

Суттєвий прогрес у розумінні психосоматичних зв'язків відбувся в XIX столітті. Саме тоді німецький психіатр Йоган-Крістіан Гейнрот уперше запровадив термін «психосоматичний» у 1818 році. У своїх роботах «Підручник із душевних розладів» та «Підручник антропології» він вказував

на психогенні причини ряду захворювань, таких як туберкульоз, епілепсія, онкопатології тощо. Він наголошував, що безсоння часто має психосоматичну природу, хоча інші життєві фактори також можуть бути самостійною причиною порушень (Лесніченко, 2018).

У 1907 році К. Г. Юнг провів дослідження соматичних реакцій у відповідь на зміни емоційного стану та встановив взаємозв'язок між станом здоров'я, емоційним вектором, психічними особливостями та тілесними характеристиками. Незабаром інший німецький психіатр, Карл Віганд Якобі, запровадив поняття «соматопсихіка», яке, хоча й виступає протилежністю терміну «психосоматика», фактично доповнює його, демонструючи зворотній вплив тіла на психіку. Проте широке використання цього терміну розпочалося лише у XX столітті.

На початку XX століття, у 1913 році, психоаналітик П. Федерн опублікував доповідь про успішне лікування хворого на астму за допомогою методів психоаналізу. Його робота базувалася на уявленнях основоположника психоаналізу Зигмунда Фрейда (1856–1939), який стверджував, що істерія та конверсія, в основі яких лежить внутрішній конфлікт, можуть виражатися через соматичні симптоми. Ці симптоми є надзвичайно різноманітними – від головного болю та вегетативних проявів до розвитку серйозних тілесних захворювань, таких як паралічі. Важливо зазначити, що кожен соматичний симптом не є випадковим; він сигналізує про психогенні причини, що призвели до його виникнення. Наприклад, хвороби нижніх кінцівок можуть вказувати на підсвідоме небажання «рухатися вперед» або страх перед майбутнім, а хвороби органів зору можуть свідчити про небажання бачити травматичні ситуації. Теорія Фрейда про підсвідоме і витіснення лягла в основу його розуміння психосоматичних захворювань. Істерія та конверсія за Фрейдом можуть мати як психічну, так і соматичну природу, оскільки хвороба з одного боку дозволяє зняти напруження, викликане внутрішнім конфліктом, а з іншого – дає можливість

реалізувати накопичену енергію, хоча б через турботу про фізичне здоров'я (Грицик, 2022).

В 1922 році термін «психосоматика» вперше був використаний в медичній літературі. Цей рік можна вважати офіційною датою зародження психосоматичної науки. Термін був введений для позначення зв'язку між психічними та фізичними аспектами здоров'я, що стало важливим кроком у розвитку медичних та психологічних досліджень.

У 1927 році австрійський психоаналітик Фелікс Дойч сформулював концепцію психосоматичного статусу особистості, яка й досі залишається актуальною в науковому дискурсі.

У 1940–50-х роках вивченням психосоматики займався видатний американський психоаналітик і лікар Франц Александер (1891-1964). Результатом його досліджень стала книга «Психосоматична медицина», в якій він сформулював важливі положення щодо природи психосоматичних захворювань.

На думку Ф. Александера, хвороба не є результатом лише соматичних чи психогенних факторів. Він виділяв три основні групи факторів, що провокують психосоматичні захворювання:

1. Соматичні фактори – спадковість, схильність органів до хвороб, несприятливі зовнішні умови.
2. Особистісна диспозиція – навички психологічного захисту, сформовані людиною з дитинства.
3. Провокуюча психологічна ситуація – це може бути внутрішній конфлікт, психологічна травма або стрес.

Ф. Александер вважав, що психосоматичне захворювання виникає через взаємодію цих факторів, коли психологічна напруга або конфлікти, не усвідомлені особистістю, можуть призвести до фізичних симптомів і захворювань (Грицик, 2022).

Ф. Данбар зробила акцент на тому, що певні органи виявляються більш уразливими до конфліктних переживань і емоційних напруг. Вона

стверджувала, що, наприклад, ішемічна хвороба серця часто провокується тривожністю, а схильність до травм може бути результатом гіпертрофованого почуття незалежності. За її думкою, пацієнти з психосоматичними недугами мають схильність до відчуженості від реальності. Вони часто не можуть повністю включитися в актуальну життєву ситуацію, що може бути пов'язано з відсутністю здатності вербально висловлювати свої переживання. Ці психоемоційні труднощі, на думку Данбар, можуть бути важливими чинниками розвитку фізичних захворювань, оскільки вони порушують нормальну взаємодію між психічним і соматичним станом організму (Гричик, 2022).

Помітною віхою у розвитку уявлень про психосоматичний статус особистості стало започаткування у 1939 році наукового журналу «Психосоматична медицина» та заснування у 1942 році Американської психосоматичної спільноти, до діяльності яких активно долучалися такі дослідники, як У. Кеннон, Г. Сельє та інші. У цей період домінувала ідея про те, що природа психосоматичних розладів може бути зрозумілою лише за умови визнання беззаперечного впливу емоційного чинника на фізичне здоров'я.

Згідно з концепцією неповноцінності органу та її психічної компенсації, запропонованою А. Адлером, первинна, можливо вроджена, органічна неповноцінність тісно пов'язана на особистісному рівні з проявами «психологічної неповноцінності». Формування комплексу неповноцінності включає декілька чинників: фізична вада органу, а також стиль виховання з боку батьків – надмірна опіка або, навпаки, емоційна відстороненість. При цьому органічна неповноцінність може значною мірою компенсуватися за рахунок психологічних або фізіологічних резервів, а відповідні системи організму здатні специфічно відображати психічні процеси.

Другу половину XX століття можна вважати періодом активного розвитку психосоматичних концепцій, коли значну увагу почали приділяти взаємозв'язку між психологічними факторами та фізіологічними

порушеннями. Підхід до психосоматики став всеохоплюючим, інтегруючи різноманітні дисципліни, такі як психоаналітика, психологія, медицина та нейрофізіологія. У цей період з'явилися нові теорії, які продовжили розвивати основні ідеї психосоматики, включаючи типи особистості, роль стресу, а також роль пошуку сенсу в житті.

У 40-50-х роках ХХ століття голова Американської спілки психіатрів А. Майер сформулював необхідність синтетичного підходу до вивчення особистості хворого, що сприяло зростанню кількості досліджень в галузі психосоматики. У 60-х роках спостерігалось зростання зацікавленості у вивченні взаємозв'язку психологічних і соціальних чинників, з одного боку, та фізіологічних функцій – з іншого. Проте з 70-х років у розвитку психосоматики як науки настав період занепаду. Лише з 90-х років дослідники знову активно звертаються до вивчення психосоматичних взаємозв'язків як складних, багатовимірних і багатогранних явищ.

М. Фрідман і Р. Розенман, два американські кардіологи, стали відомими завдяки своїй роботі в 1950-х роках, коли вони започаткували концепцію типу А поведінки (Type A Personality). Вони провели численні дослідження, щоб довести зв'язок між конкретними особистісними рисами, такими як імпульсивність, агресивність, конкурентоспроможність і високий рівень стресу, і розвитком серцево-судинних захворювань, зокрема ішемічної хвороби серця (Касьянова, 2014).

Тип А, на думку М. Фрідмана і Р. Розенмана, характеризується наступними рисами: постійна потреба в досягненні успіху; підвищена тривожність, нервозність; прагнення до швидкості у всіх діях; легке проявлення агресії і напруженості (Розов, 2005).

Дослідження виявили, що особи з типом А мали підвищений ризик розвитку серцево-судинних захворювань, зокрема інфарктів, порівняно з людьми з типом В (більш спокійними і менш агресивними). Цей зв'язок став ключовим внеском у розвиток психосоматичних концепцій, оскільки показав важливість особистісних рис у розвитку хвороб (Москальова, 2015).

У 1960-х роках дослідники, такі як Г. Вольф, звернули увагу на стрес як важливий фактор, що призводить до соматичних захворювань. Вони розглядали стрес не лише як психоемоційний стан, а й як процес, що впливає на фізіологічні функції організму через нейровегетативні механізми зміни в роботі автономної нервової системи, зокрема, симпатичної і парасимпатичної систем. Неврологічні та гормональні зміни, викликані стресом, можуть негативно впливати на органи і системи організму, що призводить до розвитку різних захворювань, включаючи серцево-судинні, травні, імунні та ендокринні порушення. Г. Вольф підкреслював, що хронічний стрес може спричиняти порушення в роботі цих систем, ведучи до розвитку соматичних проблем.

Біопсихосоціальний підхід, запропонований вченими, став важливим для подальшого розвитку психосоматики, оскільки він враховував не лише біологічні й психологічні фактори, а й соціальні умови, які можуть впливати на здоров'я людини. Згідно з цим підходом, стрес є не лише психологічним явищем, а й соціальним фактором, який має вплив на фізіологію організму.

Віктор Франкл, австрійський психіатр і засновник логотерапії, розглядав психосоматичні розлади через призму екзистенційного підходу. Він вважав, що основною причиною психічних і фізичних захворювань є втрата сенсу життя. В. Франкл стверджував, що людина, яка не може знайти сенс у своєму існуванні, може стати вразливою до психічних порушень, депресії, стресу і навіть психосоматичних хвороб. Він вважав, що внутрішній конфлікт, що виникає внаслідок втрати сенсу або мети, може перетворюватися на фізичні симптоми, зокрема психосоматичні хвороби. В. Франкл підкреслював важливість екзистенційного вибору – здатності кожної людини знайти своє місце у світі й сенс у своєму житті. Цей підхід до психосоматики є важливим, оскільки він акцентує увагу на суб'єктивних переживаннях людини і її ставленні до власного існування, що може спричиняти або покращувати її фізичне здоров'я (Кархіна, 2019).

Психосоматика вивчає взаємозв'язок між психічними та фізичними процесами, досліджуючи, як психологічні фактори можуть впливати на розвиток та перебіг соматичних захворювань. Сучасні підходи до психосоматики є багатогранними та інтегрують різні наукові дисципліни. Розглянемо основні з них:

Біопсихосоціальна модель (Engel, Lipowski). Ця модель була запропонована американським психіатром Б. Енгелем та польським психіатром З. Ліповським. Вони підкреслювали, що здоров'я та хвороба є результатом взаємодії біологічних, психологічних та соціальних факторів. Згідно з цією моделлю, для повного розуміння стану пацієнта необхідно враховувати не лише фізіологічні аспекти, але й психологічні та соціальні контексти його життя.

Когнітивно-біхевіоральний підхід (Т. Brown, К. Kroenke, М. Lumley). Когнітивно-біхевіоральна терапія (КБТ) фокусується на взаємозв'язку між думками, емоціями та поведінкою. Дослідники, такі як Т. Brown, К. Kroenke та М. Lumley, вивчали, як дисфункціональні когніції та поведінкові патерни можуть сприяти розвитку соматичних симптомів. КБТ прагне змінити негативні мисленнєві та поведінкові патерни, щоб покращити фізичне та психічне здоров'я пацієнтів.

Психодинамічна інтерпретація (J. McDougall, сучасна психоаналітична традиція). Психодинамічний підхід базується на теоріях Зигмунда Фрейда та його послідовників. Він акцентує увагу на підсвідомих процесах, внутрішніх конфліктах та минулому досвіді як факторах, що впливають на фізичне здоров'я. Дослідники, такі як J. McDougall, досліджували, як психічні травми та невирішені емоційні проблеми можуть проявлятися через соматичні симптоми.

Нейропсихологічні аспекти (А. Damasio, R. Lane). Нейропсихологічні дослідження, зокрема роботи А. Дамасіо та Р. Лейна, вивчають, як мозкові структури та нейрохімічні процеси впливають на емоції та фізичне здоров'я. Вони показали, що порушення в обробці емоцій можуть призводити до

розвитку соматичних захворювань. Цей підхід підкреслює важливість інтеграції нейробіології та психології для розуміння психосоматичних розладів.

Системний та інтегративний підходи в психотерапії (F. Ruppert). Ф. Рупперт, німецький психотерапевт, розробив системний підхід, який акцентує увагу на взаємодії між індивідом та його сімейною системою. Він вважав, що розуміння сімейних динамік та міжособистісних відносин є ключовим для лікування психосоматичних розладів. Інтегративний підхід поєднує різні терапевтичні методи та техніки для досягнення найкращих результатів у лікуванні пацієнтів (Яцина, 2022).

Ці підходи відображають багатогранність сучасного розуміння психосоматики та підкреслюють важливість комплексного підходу до лікування та підтримки здоров'я.

Алекситимія є важливою темою для дослідження через її значний вплив на особистісний розвиток і соціокультурну адаптацію людини. До основних проявів алекситимії відносяться труднощі в розпізнаванні та вербалізації власних емоцій, а також емоцій інших людей, нездатність чітко розрізняти емоційні переживання та фізичні відчуття. Окрім того, для людей з цією характеристикою характерне зниження здатності до абстрактного мислення, зокрема до фантазування, а також схильність до зосередження уваги на зовнішніх подіях, ігноруючи внутрішні переживання. Їхнє вміння виражати емоції за допомогою мови часто обмежене через бідний словниковий запас. Оскільки алекситимія часто веде до проблем в міжособистісних стосунках, вона може стати причиною невдоволення, конфліктів з близькими людьми та складнощів в отриманні підтримки від оточуючих. Крім того, це може бути фактором розвитку різноманітних проблем зі здоров'ям, що супроводжуються соціальними та фінансовими труднощами. У людей з алекситимією часто виникають труднощі з менталізацією емоцій, що змушує їх компенсувати це імпульсивними або компульсивними діями (Завгородня, 2020).

Термін «алекситимія» був введений П. Сіфнеосом у 1973 році. Він описав цей феномен як нездатність людини усвідомлювати та описувати свої емоції. Це пов'язано з труднощами у вираженні емоцій на вербальному рівні, а також з порушенням здатності відчувати або розпізнавати свої внутрішні емоційні стани. Така відсутність емоційної свідомості може бути основою для розвитку різноманітних психосоматичних захворювань, оскільки пацієнти з алекситимією часто не можуть ідентифікувати свої емоційні переживання, що призводить до їхнього фізіологічного вираження (Messina, 2014).

Дефіцит емоційної свідомості значно впливає на здатність особи адекватно реагувати на стрес, що може спричиняти соматичні розлади. Оскільки люди з алекситимією не можуть зрозуміти зв'язок між фізичним болем та емоційним стресом, вони часто звертаються до медичних спеціалістів через фізичні симптоми, не підозрюючи, що проблема може мати психогенне походження. Така неусвідомлена реакція на емоції може викликати різноманітні фізичні захворювання, зокрема серцево-судинні, травні та шкірні проблеми.

Сучасні дослідження підтверджують тісний зв'язок між алекситимією та соматичними скаргами. Люди з алекситимією часто страждають від хронічного болю, стресових захворювань й депресії, оскільки їх емоційне пригнічення безпосередньо впливає на розвиток фізичних симптомів. Це явище стає важливим аспектом для розуміння психосоматичних розладів.

Нейропсихологічні дослідження, зокрема роботи Е. Ноогевен та J. Grafman, показали, що порушення в роботі префронтальної кори мозку можуть бути одним з основних механізмів, що сприяють розвитку алекситимії. Це порушення призводить до проблем з емоційною регуляцією, що, у свою чергу, збільшує ймовірність виникнення психосоматичних симптомів. Тому порушення функціонування цих ділянок мозку є важливим чинником у розумінні механізмів розвитку таких розладів.

Канадська школа алекситимії, зокрема дослідження G. Taylor, R. Bagby та J. Parker, розробила шкалу для вимірювання рівня алекситимії – Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), що дозволяє об'єктивно оцінювати ступінь дефіциту емоційної свідомості. Високі показники алекситимії виявляються у пацієнтів з хронічними соматичними захворюваннями, такими як фіброміалгія, гастрит і кардіологічні розлади (G. Taylor, 1984).

Дослідження M. Lumley показують, що емоційне пригнічення є однією з основних причин розвитку хронічного болю у людей з алекситимією. Це підтверджує необхідність корекції емоційного вираження та роботи з емоційними блоками для поліпшення фізичного стану клієнтів (Lumley, 2007).

R. Lane також досліджував нейробіологічні механізми, що стоять за алекситимією. Він довів, що порушення в активності мозкових ділянок, відповідальних за емоційне сприйняття, пояснюють дефіцит у здатності ідентифікувати та виражати емоції. Це розуміння допомагає глибше зрозуміти роль алекситимії у розвитку психосоматичних захворювань (Lane, 1998).

Отже, алекситимія є важливим чинником, що сприяє розвитку психосоматичних розладів. Недостатній рівень емоційної свідомості та проблеми з емоційною регуляцією порушують психофізіологічну рівновагу організму, що в кінцевому підсумку може призвести до різноманітних соматичних симптомів. Сучасні дослідження підтверджують зв'язок між алекситимією та хронічними захворюваннями, що робить це явище важливим для розуміння механізмів психосоматичних розладів.

Вітчизняні дослідження також активно сприяють розвитку розуміння психосоматичних розладів, зокрема через призму алекситимії та її впливу на психофізіологічну рівновагу організму. Українські психологи, такі як Л. Переяцько, М. Тесленко, Л. Дідковська та інші, розробили сучасні концепції психосоматичних розладів, які значно розширюють і поглиблюють

наявні знання про цей феномен, а також пропонують нові підходи для практичного застосування в клінічній психології.

Л. Перетятко, досліджуючи взаємозв'язок між емоціями та соматичними симптомами, наголошує на важливості інтеграції емоційної свідомості в процес психологічної корекції психосоматичних розладів. Вона підкреслює, що алекситимія є одним із основних чинників, які сприяють розвитку психосоматичних захворювань, і пропонує різні методи для роботи з пацієнтами, які страждають від дефіциту емоційної свідомості. Зокрема, Л. Перетятко звертається до когнітивно-біхевіоральних технік, які дозволяють пацієнтам навчитися розпізнавати та виражати свої емоції, що є важливим для запобігання розвитку психосоматичних розладів (Перетятко, 2016).

М. Тесленко у своїх роботах зосереджується на діагностиці та терапії психосоматичних розладів у контексті стресових ситуацій та алекситимії. Вона розробила модель інтеграції емоційної свідомості у процес психологічної терапії, в якій особлива увага приділяється розвитку емоційної гнучкості та здатності до емоційної регуляції. М. Тесленко акцентує на тому, що усвідомлення і вербалізація емоцій є важливими кроками до подолання психосоматичних симптомів і для покращення загального психічного стану пацієнтів (Перетятко, 2016).

Л. Дідковська вносить значний вклад у вивчення алекситимії як однієї з причин виникнення психосоматичних розладів у контексті української психотерапевтичної практики. Вона акцентує увагу на значенні інтерпретації і вираження емоцій у формуванні психічного та фізичного здоров'я. Л. Дідковська пропонує методи роботи, орієнтовані на відновлення емоційної свідомості, зокрема через використання арт-терапії, технік усвідомленого тілесного досвіду та психодинамічних підходів, які допомагають пацієнтам працювати з емоційними блоками та зменшувати прояви соматичних симптомів (Дідковська, 2013).

Усі ці підходи демонструють важливість роботи з емоційною свідомістю та емоційною регуляцією в контексті психосоматичних розладів.

Вітчизняні дослідження та концепції вносять важливий вклад у розуміння того, як алекситимія та дефіцит емоційної свідомості можуть спричиняти або посилювати психосоматичні захворювання, і пропонують різноманітні методи терапевтичної роботи, орієнтовані на подолання цих проблем.

Таким чином, сучасні українські підходи до психосоматичних розладів базуються на інтеграції когнітивно-біхевіоральних технік, арт-терапії та інших методів, спрямованих на розвиток емоційної свідомості та регуляції, що дозволяє значно полегшити стан пацієнтів і запобігти подальшому розвитку соматичних симптомів.

Зважаючи на важливість розуміння механізмів, що стоять за психосоматичними розладами, доцільно розглянути їх визначення та критерії відповідно до сучасних класифікаційних систем, таких як DSM-5 та МКХ-11. Ці класифікації надають чітке формулювання критеріїв для діагностики психосоматичних розладів, що дозволяє краще розуміти їх природу та допомагає у виборі відповідної терапевтичної стратегії.

У МКХ-11 (Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду) виділяють «Розлад тілесного дистресу» (6C20 - Disorders of bodily distress or bodily experience), який охоплює широкий спектр станів із вираженим фізичним дискомфортом, що не має повного медичного пояснення, включаючи симптоми, пов'язані з хронічним болем, тривогою та стресом. Цей підхід підкреслює важливість емоційного та психічного досвіду, що спричиняє дистрес і порушення життєдіяльності (World Health Organization, 2019).

У DSM-5 психосоматичні розлади представлені двома основними категоріями: Somatic Symptom Disorder (SSD) та Functional Neurological Symptom Disorder (FNSD, або конверсійний розлад). SSD у сучасній термінології відповідає класичному поняттю «соматизація» і включає значні фізичні симптоми без достатнього медичного пояснення, що супроводжуються надмірною тривогою та поведінковими змінами. FNSD описує функціональні неврологічні симптоми без органічної причини, які

часто є результатом психологічного стресу або внутрішнього конфлікту. Таке розмежування допомагає точно визначати стратегії лікування (American Psychiatric Association, 2022).

Продовжуючи розгляд психосоматичних розладів, важливо зупинитися на детальному аналізі різних типів таких розладів, які часто можуть мати схожі симптоми, але суттєво відрізняються за механізмами прояву та діагностики. До них належать: соматоформні розлади (SSD за DSM-5), конверсійні розлади (FNSD) та функціональні соматичні синдроми (FSS). Кожна категорія має свої механізми прояву та підходи до лікування.

Somatic Symptom Disorder (SSD), або соматизація – це категорія розладів, при яких людина відчуває фізичні симптоми без очевидних органічних причин, але з сильним психоемоційним компонентом. Симптоми можуть бути широкими, включаючи біль, розлади травлення, серцево-судинні симптоми та інші. Головною характеристикою є наявність симптомів, що мають фізичне вираження, проте їх не можна пов'язати з медичними або фізіологічними порушеннями (Бойчук, 2020).

Конверсійні розлади (FNSD у DSM-5) характеризуються неврологічними симптомами, такими як параліч, сліпота чи судоми, але без органічної причини. Інакше кажучи, ці симптоми мають психологічну природу, але проявляються через порушення нервової системи. Конверсія є механізмом психологічного захисту, при якому емоційний стрес або конфлікти перетворюються на фізичні симптоми. Це може бути важко діагностувати без глибокого психіатричного аналізу, оскільки фізичні симптоми виглядають справжніми, але не мають фізіологічного підґрунтя (Пилягіна, 2020).

Функціональні соматичні синдроми (FSS) – стійкі фізичні симптоми без органічної основи, що серйозно впливають на якість життя. До таких синдромів можуть відноситися стани, коли фізичний дискомфорт або болі супроводжуються психологічними розладами, наприклад, тривогою, депресією або стресом. Сюди належать синдром подразненого кишечника,

фіброміалгія, хронічна втома, функціональна дисфагія та диспепсія (Візнюк, 2019).

Перехід до сучасних уявлень про конверсійні та функціональні соматичні синдроми допомагає глибше зрозуміти, як класичні теорії про роль психічних конфліктів у виникненні тілесних симптомів розвивалися з часом. З початкових концепцій З. Фрейда та його послідовників до сучасних досліджень, цей підхід еволюціонував і набув нових аспектів, включаючи нейропсихологічні та когнітивно-біхевіоральні теорії. Тепер, коли ми розглядаємо конверсійні та функціональні соматичні синдроми, важливо враховувати як історичні погляди, так і новітні наукові досягнення, що дозволяють створювати більш комплексні підходи до розуміння та лікування цих складних станів.

За З. Фрейдом, внутрішній психічний конфлікт або емоційний стрес можуть трансформуватися в фізичні симптоми, що не мають органічного обґрунтування, а їх корінь криється в психологічних факторах. Цю концепцію він розвинув спільно з Й. Брейєром у класичному дослідженні «Дослідження про істерію» (1895), де було вивчено, як травматичні переживання можуть спричиняти розвиток фізичних симптомів, пов'язаних із психічними порушеннями (Кузнецов, 2016).

У свою чергу, розуміння функціональних соматичних симптомів (FSS) вимагає врахування когнітивно-біхевіоральних моделей, запропонованих такими вченими, як R. Brown, що підкреслюють, як когнітивні та поведінкові реакції посилюють фізичні симптоми при відсутності органічних змін. Дослідження J. Stone та R. Brown внесли значний вклад у нейробіологічні підходи та інтеграцію психотерапії.

Серед функціональних соматичних синдромів особливу увагу привертають синдроми, що не мають органічного субстрату, але серйозно впливають на якість життя пацієнтів. S. Wessely, C. Nimnuan, M. Sharpe акцентували увагу на синдромах, як-от: синдром подразненого кишківника (IBS), фіброміалгія, хронічна втома (CFS), а також функціональна дисфагія і

диспепсія, що характеризуються болем або дискомфортом у травному тракті без органічних порушень (Wessely, 1999).

Варто зазначити, що психічне та фізичне здоров'я людини тісно переплітаються, і це взаємодія має важливе значення для розуміння багатьох розладів. Одним із таких явищ є психосоматичні розлади, до яких належать і конверсійні розлади. Вони проявляються через фізичні симптоми, які не мають органічних причин, але виникають внаслідок психологічних чи емоційних факторів. Це явище, яке було вперше описано в кінці XIX століття, пройшло значну еволюцію в науковому розумінні, від старих уявлень про «істерії» до сучасних концепцій конверсійного розладу. Зміни в підходах до вивчення цих розладів відображають розвиток психіатрії, психології та нейропсихології, а також сприйняття зв'язку між психічним і фізичним здоров'ям.

Історія цього поняття починається з класичних уявлень про істерію, які були популярні ще в античності. Однак саме Зигмунд Фрейд та його співробітник Йозеф Брейєр у кінці XIX століття зробили значний крок вперед у розумінні цього розладу. Вони описали істерію як психічне захворювання, яке проявляється через фізичні симптоми, що не мали органічних причин. Фрейд розробив теорію, відповідно до якої психологічні конфлікти та непереборний емоційний стрес можуть бути «переконвертовані» в тілесні симптоми, такі як паралічі, сліпота чи судоми. Це відкриття стало основою для подальших досліджень у сфері психосоматики та нейропсихології.

У своєму класичному дослідженні «Дослідження про істерію» (1895) Фрейд і Брейєр звернули увагу на значення травматичних переживань і підкреслили, як емоційні стреси можуть викликати тілесні розлади, які не піддаються фізичному обґрунтуванню. Істерія стала визначатися як психогенний розлад, що потребує психоаналітичного підходу в лікуванні. Проте з розвитком психіатрії та психотерапії на початку XX століття, особливо в середині століття, поняття «істерії» зазнало значних змін.

Класична ідея істерії почала втрачати популярність через недостатню точність та науковість, оскільки вона не могла врахувати складність та різноманітність симптомів, що виникають у пацієнтів. Проблема ускладнювалася тим, що симптоми часто не відповідали чітким психічним або неврологічним захворюванням (Бамбурак, 2019).

В кінці XX століття у рамках сучасної психіатрії поняття істерії було переглянуте та значно оновлене. Американська психіатрична асоціація (APA) у своєму класифікаційному довіднику DSM-III (1980) ввела термін «конверсійний розлад» або «Functional Neurological Symptom Disorder». Це нове визначення підкреслює, що симптоми можуть бути фізичними (наприклад, параліч, судоми, сліпота), але при цьому не мають органічних причин і часто є результатом психологічних або емоційних розладів. Конверсійний розлад визнається як порушення, яке не пов'язане з фізіологічними ураженнями, але яке порушує нормальне функціонування організму. Одночасно з формулюванням цього терміну, сучасні нейропсихологічні дослідження почали враховувати нейробіологічні аспекти таких розладів. Це стало основою для розуміння, що конверсія – це не просто психологічний процес, а складна взаємодія між психікою та фізіологією, що потребує інтегрованого підходу до лікування (Левада, 2018).

Таким чином, еволюція поняття від «істерії» до «конверсійного розладу» відображає зміщення акценту з простого опису симптомів до більш комплексного розуміння їхнього походження та механізмів. Це також вказує на розвиток психіатрії і психотерапії, зокрема, в напрямку вивчення нейробіологічних, когнітивних і психосоціальних аспектів цих розладів.

Продовжуючи дослідження еволюції поняття конверсійних розладів, важливо звернути увагу на подальші кроки в класифікації та типології психосоматичних розладів. Від моменту, коли було введено поняття «конверсія» та розширено розуміння психосоматичних захворювань, наукове співтовариство зробило значні кроки у систематизації цих розладів. Сучасні класифікації та типології дозволяють більш точно визначити види

психосоматичних розладів, враховуючи не лише їх симптоматику, а й етіологічні чинники, а також роль психічних і емоційних процесів у розвитку фізичних порушень.

Один із перших підходів до класифікації психосоматичних розладів – це концепція, розроблена в Чикаго в середині ХХ століття, яка отримала назву «Чиказька сімка». Цей список було сформульовано у 1950 році лікарем і психоаналітиком Ф. Александером. До нього увійшли класичні психосоматичні захворювання – ті, у розвитку яких психологічні чинники вважалися основною причиною появи фізичних симптомів. До цієї групи належали виразкова хвороба шлунка, гіпертонічна хвороба, бронхіальна астма, коліт, мігрень та інші захворювання, що мали психогенну природу. Усі ці стани мали фізичні прояви, однак їх розвиток і перебіг були тісно пов'язані з емоційним станом пацієнта, стресовими ситуаціями та особистісними характеристиками.

З розвитком науки з'явилася необхідність подальшої деталізації класифікацій та типологій психосоматичних розладів, що призвело до розробки класифікацій за етіологічними чинниками. Серед них можна виділити кілька основних типів психосоматичних розладів, які мають різні шляхи виникнення та розвитку. Один з них – стрес-індуковані розлади, при яких стресові ситуації стають головним фактором виникнення фізичних симптомів. Вони можуть проявлятися у вигляді захворювань серцево-судинної системи, таких як гіпертонія, або розладів травної системи, як у випадку із синдромом подразненого кишківника (Бамбурак, 2019).

Інший важливий підхід – типологія, заснована на понятті алекситимії, яке позначає труднощі в усвідомленні та вираженні емоцій. Пацієнти, які страждають на цей розлад, часто не можуть чітко сформулювати свої емоційні переживання, що призводить до їхнього перетворення на фізичні симптоми. Це може бути виражено через хронічні болі, такі як головний біль або біль у грудях, що не мають органічної основи, але є результатом неусвідомлених емоційних реакцій.

Також важливою є типологія психосоматичних розладів, яка розглядає конфліктно-обумовлені захворювання. У цьому випадку психосоматичний розлад виникає як результат внутрішнього або міжособистісного конфлікту, який не може бути розв'язаний на емоційному або когнітивному рівні. Це може включати тривалі стреси на роботі, проблеми у відносинах або глибокі невирішені особисті проблеми, які проявляються через фізичні симптоми. Такі захворювання часто включають психосоматичні болі, безсоння, порушення апетиту та інші симптоми, що можуть суттєво вплинути на якість життя.

У контексті психосоматичних розладів важливо також розглянути поняття соматизації, яка визначається як процес, коли психічні стани або емоційні переживання набувають фізичної форми через тілесні симптоми. Цей механізм особливо виражений у випадках, коли людина не має змоги або бажання усвідомити або визнати свої емоційні переживання, що може привести до «перекладу» емоцій на фізичний рівень. Зі своєю чергою, поняття вторинної вигоди описує ситуацію, коли фізичні симптоми стають "вигідними" для пацієнта, надаючи йому можливість уникати соціальних обов'язків або отримувати увагу від оточуючих, що може посилювати існуючі симптоми (Зав'язкіна, 2020).

Додатково важливим аспектом є психодинамічні механізми, які пояснюють, як приховані психологічні конфлікти можуть "перетворюватися" на фізичні розлади. Згідно з психодинамічною теорією, людина часто не усвідомлює причини своїх емоційних переживань, і ці незрозумілі або неприязні емоції можуть з'являтися у вигляді тілесних симптомів. Тому для ефективного лікування таких розладів важливо враховувати як фізичні, так і психологічні аспекти, інтегруючи підходи психотерапії та медичного лікування.

Таким чином, класифікації та типології психосоматичних розладів розвивалися разом із розвитком наукових підходів до вивчення взаємозв'язку між психічним і фізичним здоров'ям. Вони дозволяють глибше зрозуміти

механізми виникнення таких розладів і сприяють розробці комплексних підходів до їх лікування, що включають не тільки медичну, а й психологічну допомогу.

Продовжуючи дослідження розвитку психосоматичних розладів та їх класифікацій, важливо звернути увагу на конкретні дослідження та наукові розробки, що фокусуються на сучасній українській школі психосоматичних порушень. Українські дослідники активно вивчають різноманітні аспекти психосоматичних розладів, особливо в контексті дітей та підлітків, що дозволяє краще зрозуміти, як емоційні та психічні процеси можуть впливати на фізичне здоров'я в молодшому віці.

Перш за все, заслуговують на увагу дослідження, проведені Л. Перетятко та М. Тесленко. Їхні роботи зосереджені на теоретичних та прикладних аспектах психосоматичних розладів, зокрема на вивченні причин і наслідків тілесних порушень, що виникають внаслідок емоційних переживань. Вони акцентують увагу на необхідності інтеграції психологічних і фізичних підходів у лікуванні таких порушень, що є ключовим аспектом управління психосоматичними розладами (Перетятко & Тесленко, 2017).

Окремо варто відзначити роботи Л. Дідьковської, які також розкривають сучасні підходи до вивчення психосоматичних розладів (Дідьковська, 2010).

Свою важливу роль у вивченні психосоматичних аспектів відіграє й клінічна психологія, зокрема, роботи В. Шебанової. Вона звертає увагу на тілесні прояви психічних порушень та їх взаємозв'язок з травмами. В. Шебанова досліджує, як травматичні події можуть змінювати не лише психічний стан особи, а й провокувати виникнення різних тілесних симптомів, що є важливою частиною в лікуванні психосоматичних розладів, особливо в дітей та підлітків (Шебанова, 2013).

Не менш важливою є роботи Н. Видолоб, яка досліджує діагностику та корекцію психосоматичних розладів, а також роль тілесності у психотерапії.

Наталія Видолоб розглядає різні підходи до лікування, акцентуючи на тому, що корекція таких порушень потребує інтегративного підходу, який поєднує психотерапевтичні методи з фізіотерапевтичними, адже тілесність є важливою складовою частиною психосоматичних розладів (Видолоб, 2017).

Завершуємо розгляд сучасної української школи вивчення психосоматичних порушень дослідженнями Наталії Бамбурак, яка аналізує тілесні розлади в посттравматичному контексті. Н. Бамбурак звертає увагу на те, як психічні травми, зокрема ті, що виникають внаслідок пережитих катастрофічних подій, можуть переростати в серйозні тілесні розлади, які потребують комплексного підходу до лікування та реабілітації (Бамбурак, 2017).

Таким чином, сучасна українська школа психосоматичних досліджень активно розвивається в контексті теоретичних і практичних аспектів лікування психосоматичних розладів, зокрема в контексті дітей та підлітків. Вчені акцентують на важливості ранньої діагностики, комплексного підходу до лікування та впливу соціальних, психологічних і фізичних чинників на здоров'я особистості.

У підсумку, психосоматичні розлади є складним і багатограним феноменом, який вимагає комплексного підходу до розуміння та лікування. Вони виникають внаслідок взаємодії психічних і фізичних факторів, коли емоційні чи психологічні проблеми знаходять своє вираження в тілесних симптомах. Сучасні наукові дослідження показують, що психосоматичні розлади можуть охоплювати широкий спектр симптомів, від функціональних неврологічних порушень до соматичних захворювань, таких як виразка, гіпертонія чи синдром хронічної втоми. Важливою рисою цих розладів є те, що фізичні симптоми не мають органічних причин, але серйозно впливають на якість життя пацієнта.

Еволюція поняття психосоматичних розладів, що охоплює від «істерії» до сучасного визначення «конверсійного розладу», свідчить про постійне удосконалення теоретичних моделей і підходів до їх лікування. Проте

проблема залишається актуальною, оскільки психосоматичні порушення можуть бути важкими для діагностики та лікування без належного інтегративного підходу, що включає як медичні, так і психологічні методи.

Сучасні дослідження, зокрема в українському контексті, розширюють наше розуміння механізмів розвитку психосоматичних розладів, наголошуючи на важливості раннього виявлення, психосоціальних чинників та психотерапевтичної підтримки для ефективного лікування. Вивчення цих розладів виявляє не лише важливість інтеграції медичних та психологічних підходів, а й вказує на необхідність врахування соціальних, культурних та індивідуальних аспектів, що сприяють виникненню та розвитку психосоматичних симптомів.

Отже, психосоматичні розлади є важливою сферою психічного і фізичного здоров'я, що потребує всебічного підходу, включаючи діагностику, корекцію та реабілітацію, враховуючи різноманітні чинники, що впливають на людину.

1.2. Метафоричні асоціативні карти як інструмент психологічної допомоги особам з психосоматичними розладами

Метафоричні асоціативні карти (МАК) є потужним інструментом у психологічній практиці, який активно застосовується для роботи з різноманітними психічними та емоційними проблемами. Вони дозволяють глибше зануритися в підсвідомість пацієнта, сприяючи виявленню прихованих емоційних станів, думок та переживань через метафори, що містяться в образах на картках. Особливо ефективними ці карти є у роботі з людьми, які страждають від психосоматичних розладів, де фізичні симптоми часто мають психологічне походження і виникають через неусвідомлені внутрішні конфлікти та стресові ситуації.

У цьому контексті метафоричні асоціативні карти служать не лише як інструмент для з'ясування глибинних психологічних причин фізичних

симптомів, але й як засіб для корекції та зняття емоційної напруги, що є основою психосоматичних розладів. Їх використання допомагає пацієнтам візуалізувати свої внутрішні переживання, знаходити шляхи вирішення проблем та відновлювати емоційну рівновагу, що сприяє зменшенню або навіть усуненню фізичних симптомів. Таким чином, МАК відкривають нові можливості для психотерапевтичної роботи, зокрема в контексті лікування психосоматичних порушень, що потребують комплексного підходу та уваги до психологічних факторів.

Метафоричні асоціативні карти (МАК), які іноді називають проєктивними або психотерапевтичними картами, з'явилися в 70-80 роках ХХ століття як важливий інструмент для психодіагностики та психокорекції в професійній психологічній практиці. Вони стали популярними серед психологів, зокрема у роботі з групами, для «розігріву» групи, встановлення довіри між учасниками, вивчення їхніх актуальних потреб та інших цілей (О. Блінов, М. Бриль, О. Дацун, Н. Діомідова, Т. Кузьменко, З. Мацюк, Н. Петрусенко, М. Тесленко, М. Фенко, М. Шопіна тощо).

Використання карт дає можливість клієнтам виявити свої актуальні емоційні стани, переживання та потреби через асоціації, які виникають під час опису карт. Це дозволяє виявити основні страхи, бажання, внутрішні конфлікти, а також визначити особистісні риси, стратегії і життєві цілі. МАК допомагають людині «побачити» сенс минулого досвіду та виявити внутрішні й зовнішні ресурси, що можуть стати основою для подолання труднощів. Через метафору та асоціації карти сприяють швидкому доступу до психотравмуючих ситуацій, що дозволяє виявити незавершені внутрішні процеси, при цьому знижуючи ризик повторної травматизації. Окрім того, метафоричні асоціативні карти створюють безпечний простір для пошуку рішень і сприяють активізації процесів самозцілення та пошуку індивідуальних шляхів виходу з кризових життєвих ситуацій (Шебанова, 2013).

Асоціативні карти, як інструмент психодіагностики та психокорекції, мають низку важливих переваг, які роблять їх ефективними для використання в психологічній практиці, зокрема: створення безпечного середовища, широкий спектр можливостей використання, зниження механізмів психологічного захисту, активізація творчих процесів та інш.

Асоціативні карти є потужним інструментом, який сприяє формуванню психологічно безпечного простору – як в індивідуальній, так і в груповій терапії. Завдяки їхній візуальній природі та метафоричному характеру, учасники не відчують прямого тиску чи загрози, що дозволяє їм м'яко та природно входити в процес саморефлексії. Образи на картах можуть викликати неочікувані, але щирі емоційні реакції, які легше озвучити, ніж абстрактні переживання словами. Це створює умови для саморозкриття, сприяє підвищенню емоційної включеності та розвитку довіри між учасниками процесу і фахівцем.

В безпечній атмосфері, що виникає завдяки роботі з асоціативними картами, клієнти можуть відкрито ділитися своїми емоціями, внутрішніми конфліктами, травматичними спогадами або невисловленими почуттями. В контексті сімейного консультування це особливо важливо, адже кожен член сім'ї має можливість висловити власне бачення ситуації через образ, що зменшує конфліктність і сприяє взаєморозумінню. Таким чином, асоціативні карти виступають як міст між внутрішнім світом особистості та зовнішнім середовищем, допомагаючи формувати атмосферу прийняття, емпатії та підтримки – ключові чинники ефективного психотерапевтичного впливу (Ворона, 2020).

Метафоричні асоціативні карти (МАК) відзначаються широким спектром можливостей використання, що робить їх надзвичайно універсальним інструментом у психологічній практиці. Вони ефективні у роботі з клієнтами різного віку – від дошкільнят віком 4-5 років, які ще не вміють чітко вербалізувати свої емоції, до осіб похилого віку, які мають потребу в рефлексії життєвого досвіду або в емоційній підтримці.

У роботі з дітьми МАК допомагають у розвитку емоційного інтелекту, подоланні страхів, формуванні позитивного образу «Я» та у налагодженні комунікації з батьками. Для підлітків карти стають ефективним засобом дослідження самоідентичності, переживання змін та вирішення внутрішніх конфліктів. Дорослі можуть використовувати їх для глибшого розуміння власних цінностей, мотивації, міжособистісних стосунків, а також у процесах подолання стресу, емоційного вигорання або втрати (Діомідова, 2022).

Крім того, МАК можуть застосовуватися в різних напрямках психологічної роботи: індивідуальне консультування, сімейна та парна терапія, коучинг, арт-терапія, психодрама, групова терапія, супервізія та освітні тренінги. Вони не прив'язані до конкретного методу, а гнучко інтегруються у різноманітні підходи – від психодинамічного до когнітивно-поведінкового. Така адаптивність, разом із простотою використання та високою дієвістю, забезпечує МАК важливе місце у професійному інструментарії психолога.

Однією з ключових переваг метафоричних асоціативних карт (МАК) є їх здатність м'яко оминати раціональні механізми контролю та захисні бар'єри психіки. Завдяки метафоричному характеру образів, які не мають єдиного правильного тлумачення, у клієнта не виникає відчуття загрози або необхідності давати «правильну відповідь». Це дозволяє уникнути свідомих фільтрів, критичного мислення чи соціально бажаних відповідей, які можуть заважати справжньому самовираженню, особливо при роботі з травматичним досвідом, сильними емоціями або внутрішніми конфліктами (Мітченко, 2024).

Робота з МАК активує процес вільних асоціацій, що дає змогу клієнту звернутися до підсвідомих або неусвідомлених шарів психіки. У безпечному терапевтичному просторі ці асоціації стають «ключем» до глибинних переживань, які раніше могли бути витіснені або заблоковані. Виведення таких емоцій на усвідомлений рівень сприяє їх опрацюванню, зменшенню

внутрішнього напруження та тривожності, що, у свою чергу, полегшує емоційну регуляцію.

Таким чином, МАК виступають як ефективний інструмент доступу до внутрішніх ресурсів особистості, відкриваючи нові шляхи для трансформації переживань, подолання емоційних бар'єрів та відновлення внутрішньої рівноваги. Це особливо цінно у випадках, коли вербальні методи виявляються недостатніми або викликають опір з боку клієнта.

Зручність та доступність. Метафоричні асоціативні карти (МАК) вирізняються своєю простотою та зручністю у використанні, що робить їх доступним інструментом навіть для фахівців-початківців. Вони не потребують складної підготовки чи спеціального обладнання – лише набір карт і базові знання про принципи їх застосування. Завдяки цьому МАК легко інтегрувати у будь-яку консультаційну сесію або психотерапевтичну техніку. Вони підходять як для короткотривалих інтервенцій, так і для глибшої, довготривалої роботи. До того ж, більшість наборів карт є компактними та мобільними, що дозволяє використовувати їх у виїзних сесіях, освітніх заходах або навіть в онлайн-форматі.

Економічність цього інструменту також є важливим чинником – у порівнянні з іншими засобами арт-терапії, МАК не потребують додаткових витрат на матеріали чи обладнання. Це дозволяє розширити доступ до психологічної допомоги у різних умовах, включаючи школи, реабілітаційні центри, соціальні служби чи громадські організації. Простота у використанні сприяє залученню клієнтів різного віку і з різним рівнем освітньої або культурної підготовки, що робить процес взаємодії інклюзивним і зрозумілим. Таким чином, МАК поєднують у собі професійну ефективність із практичною зручністю, що значно підвищує якість та результативність психологічної роботи.

Гнучкість і глибина отриманої інформації. Метафоричні асоціативні карти (МАК) дозволяють проводити гнучкий, адаптивний процес збору психологічної інформації, який орієнтується на унікальні особливості

кожного клієнта. У роботі з МАК немає фіксованих сценаріїв або жорстких рамок – психолог має змогу змінювати напрям діалогу, коригувати глибину занурення в тематику або обирати стиль взаємодії залежно від потреб клієнта. Така гнучкість є особливо цінною в ситуаціях, коли вербальні методи консультування виявляються малоефективними або клієнт не готовий до прямого обговорення складних тем.

Водночас образи, що викликають асоціативні реакції, проникають у глибинні рівні свідомості, дозволяючи отримати значно ширший спектр інформації про внутрішній світ клієнта. Завдяки роботі з метафорами вдається активізувати приховані емоції, несвідомі переконання, внутрішні конфлікти, ресурси й бар'єри. Це створює умови для глибшого розуміння клієнтських переживань, сприяє встановленню зв'язку між поточними емоційними станами і минулим досвідом, а також відкриває простір для особистісної трансформації. Таким чином, МАК є не лише інструментом діагностики чи інтервенції, а й ефективним засобом глибокого пізнання себе.

Метафоричні асоціативні карти (МАК) є потужним стимулятором творчості та уяви, оскільки активують праву півкулю мозку, яка відповідає за образне мислення, інтуїцію, креативність і спонтанну активність. Робота з образами, які не мають фіксованого змісту, дозволяє клієнту вільно інтерпретувати побачене, що відкриває шлях до індивідуальних смислів, нових асоціацій і несподіваних зв'язків між внутрішніми переживаннями та життєвими ситуаціями. Це створює сприятливі умови для самовираження і творчого пошуку рішень у психологічній роботі.

Завдяки такій активації відбувається розширення мислення клієнта, вихід за межі шаблонних способів сприйняття проблеми та власного «Я». Це, в свою чергу, сприяє появі інсайтів – раптових, глибоких усвідомлень, які можуть стати поворотним моментом у процесі змін. МАК не тільки дозволяють побачити ситуацію під новим кутом, а й відкривають можливість для внутрішньої трансформації через м'яке залучення до творчого процесу. Особливо ефективною така методика є в роботі з клієнтами, які раціонально

орієнтовані або мають труднощі з вербалізацією емоцій, адже вона дозволяє знайти мову для вираження навіть найделікатніших внутрішніх станів.

Метафоричні асоціативні карти (МАК) є ефективним засобом у процесі індивідуального консультування, оскільки дають змогу клієнту символічно відобразити внутрішні процеси, конфлікти чи значущі стосунки. У терапевтичній роботі вони можуть виступати в ролі «фігур-заступників», що імітують людей, частини особистості або елементи життєвих ситуацій. Такий підхід активно використовується, наприклад, у гештальт-терапії або системних розстановках, де образи на картах допомагають клієнту проєктувати свій досвід на зовнішні символи й тим самим зробити його більш усвідомленим і доступним для опрацювання.

Використання МАК у такому форматі дозволяє створити візуальну і просторову модель внутрішнього світу клієнта, яка сприяє кращому розумінню його почуттів, мотивацій і неусвідомлених процесів. Це особливо корисно в роботі з емоційно складними темами, які важко висловити словами. Карти стають своєрідною мовою символів, через яку клієнт може налагодити контакт із самим собою, знайти нові сенси й побачити шляхи до трансформації. Таким чином, МАК не лише збагачують індивідуальну терапію, а й значно підвищують її ефективність, роблячи процес глибшим і більш залученим (Петрусенко, 2019).

Таким чином, метафоричні асоціативні карти є потужним інструментом для психологічної роботи, сприяючи глибшому самопізнанню, терапевтичному процесу та ефективній психокорекції.

Метафоричні асоціативні карти (МАК) є потужним інструментом психологічної допомоги, особливо у випадку психосоматичних розладів, де емоційний стан безпосередньо впливає на фізичне здоров'я. Психосоматичні розлади виникають, коли психологічні конфлікти чи стресові ситуації трансформуються в фізичні симптоми, такі як болі, запалення, чи хронічні захворювання. Цей тип розладів є надзвичайно складним для діагностики та лікування, оскільки часто пацієнти не можуть чітко усвідомити зв'язок між

своїм емоційним станом і фізичними проблемами. Тут МАК стають ефективним засобом для дослідження підсвідомих переживань, які можуть бути причиною таких станів. Використання карт дозволяє пацієнту не лише усвідомити глибинні емоції, але й виявити причини їх фізичних проявів, що є важливим кроком до психотерапевтичного процесу (Мілорадова, 2012).

Ці карти працюють за принципом асоціацій і метафор, що дають змогу розкривати внутрішні конфлікти, бажання та переживання через обрані зображення. Коли пацієнт взаємодіє з картами, він проєктує власні емоції, спогади й уявлення на символічні образи, які набувають особистісного значення. Така непряма форма вираження дозволяє уникнути опору, характерного для вербалізації травматичних або пригнічених переживань. Замість того, щоб напряду говорити про проблему, людина починає осмислювати її через образ, що знижує рівень тривожності та активізує процес внутрішнього пізнання.

Наприклад, карта, яка символізує «перешкоду», «затиснене» або «темне» місце, може виявити психологічні бар'єри чи пригнічені емоції, що залишаються поза сферою усвідомлення, але проявляються через тіло. Через такі метафори клієнт починає краще розуміти, які саме емоційні стани – гнів, сором, страх, безпорадність – сприяють соматичним реакціям. Це відкриває шлях до нових стратегій подолання — замість уникання проблеми з'являється можливість її усвідомлення, трансформації та пошуку внутрішніх ресурсів для зцілення. У результаті терапевтична робота стає не лише ефективною, а й екологічною – відповідною до темпу і готовності самої людини.

Однією з основних переваг МАК є те, що вони дозволяють м'яко і безпечно торкатися болючих емоцій, що можуть бути важкими для усвідомлення або висловлення. Карты створюють можливість для пацієнта подивитися на свої проблеми з відстані, дозволяючи уникнути додаткових травмуючих переживань. Це дає йому шанс побачити свої емоції в більш чіткій формі, що, в свою чергу, допомагає знизити стрес і полегшити

емоційну регуляцію. Важливо, що цей процес дозволяє виявити ресурси для подолання проблем, які можуть залишатися непоміченими або недоступними на рівні свідомості. Водночас, МАК також сприяють знаходженню внутрішніх ресурсів, які можуть бути використані для самозцілення. Карти допомагають пацієнту побачити не лише свої страхи та переживання, але й ресурси, які є в його житті та внутрішньому світі, що може стати важливим чинником на шляху до відновлення фізичного та емоційного здоров'я. Це особливо важливо у випадку психосоматичних розладів, де лікування має бути комплексним і враховувати не тільки фізичні симптоми, але й емоційний контекст кожної ситуації (Шебанова, 2020).

Таким чином, МАК є цінним інструментом у лікуванні психосоматичних розладів, оскільки вони дозволяють клієнтам не лише усвідомити свої емоції, але й створити нові стратегії для їх регулювання. Завдяки своїй здатності працювати з підсвідомими аспектами психіки, МАК допомагають виявити і зменшити внутрішні конфлікти, що часто є джерелом психосоматичних симптомів. Вони дають змогу не тільки знизити стрес, але й побачити ресурси для подолання проблем, що в кінцевому результаті може призвести до значного полегшення фізичних симптомів і покращення загального стану клієнта.

Висновки до розділу 1

У першому розділі дипломного дослідження було проаналізовано теоретичні засади вивчення психотерапевтичного потенціалу метафоричних асоціативних карт у роботі з особами, які мають психосоматичні розлади.

У підпункті 1.1 детально розкрито поняття психосоматичних розладів, їхні основні характеристики та механізми виникнення. Було встановлено, що психосоматичні порушення є результатом складної взаємодії психічних і соматичних чинників, у тому числі пригнічених емоцій, алекситимії, тривалого стресу та внутрішніх конфліктів. Особливу увагу приділено емоційним і когнітивним складовим, що відіграють ключову роль у формуванні соматичних симптомів, а також труднощам у вербалізації емоцій, які характерні для осіб з психосоматичними проблемами. Це підкреслює важливість інтеграції психотерапевтичних підходів, спрямованих на усвідомлення, вираження та опрацювання внутрішніх переживань.

У підпункті 1.2 розглянуто метафоричні асоціативні карти (МАК) як інноваційний психодіагностичний і психокорекційний інструмент. Було визначено, що МАК мають низку переваг: вони сприяють самовираженню, знижують психологічні захисні механізми, активізують підсвідомі процеси, створюють безпечний простір для опрацювання емоційно насичених тем. Завдяки візуальній метафорі та асоціативному мисленню, цей інструмент відкриває доступ до внутрішніх ресурсів особистості, актуалізує несвідомий досвід та сприяє емоційному розвантаженню, що є особливо цінним у роботі з психосоматичними симптомами.

Таким чином, проаналізований теоретичний матеріал дозволяє зробити висновок про доцільність застосування МАК у психологічній допомозі особам із психосоматичними розладами. Їх використання забезпечує ефективний і м'який доступ до емоційної сфери клієнта, що відкриває нові можливості для психокорекційної роботи та подальших емпіричних досліджень у цьому напрямі.

РОЗДІЛ II

РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ВИВЧЕННЯ СХИЛЬНОСТІ УЧАСНИКІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ДО ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

2.1. Організація та методи дослідження

З метою дослідження схильності до психосоматичних розладів осіб було організовано та проведено емпіричне дослідження, в якому добровільно погодилися взяти участь 40 осіб, віком від 26 до 43 років. Дослідження ефективності МАК у терапії психосоматичних розладів передбачає проведення констатуючого, формувального та контрольного експериментів та використання методу математичної статистики, зокрема критерій Манна-Уїтні.

Учасників дослідження було розділено на дві групи: експериментальна та контрольна. В кожній групі по 20 осіб (10 жінок та 10 чоловіків). Результати їх діагностики будуть описан в п. 2.2.

На основі результатів теоретичного аналізу, нами була побудована програма емпіричного вивчення особливостей психосоматичних розладів учасників дослідження, яка складається з наступних етапів:

1. підбір діагностичного інструментарію;
2. діагностика схильності до психосоматичних розладів учасників дослідження;
3. аналіз та інтерпретація отриманих кількісних результатів;
4. візуальне представлення та якісний аналіз та результатів дослідження;
5. підготовка висновків та створення на їх основі програми психологічної допомоги (з використанням МАК) особам з психосоматичними розладами.

Опитування респондентів було організовано та проведено за допомогою Google-форм.

Вона має кілька важливих переваг:

1) Google-форми легко створюються та налаштовуються. Вони доступні з будь-якого пристрою, що має підключення до Інтернету, що дозволяє респондентам брати участь у опитуванні з будь-якого місця.

2) за допомогою Google-форм можна збирати різноманітну інформацію, зокрема текстові відповіді, варіанти вибору, мультимедійні елементи тощо. Це дозволяє отримувати більш детальні та різноманітні відгуки від респондентів.

3) Google-форми мають можливість автоматично обробляти та аналізувати зібрані дані, що значно полегшує процес обробки відповідей та знижує час, необхідний для їх аналізу.

4) Google-форми надають можливість налаштовувати різні рівні доступу до опитувань та зібраних даних, що забезпечує конфіденційність та захист персональних відомостей респондентів. Це дозволяє контролювати, хто має доступ до інформації, і гарантує безпеку зібраних даних.

5) Google-форми оснащені вбудованими інструментами для аналізу зібраних даних і створення звітів у зручному форматі. Це дає змогу швидко визначити ключові тенденції, виявити проблемні зони та приймати обґрунтовані рішення, спираючись на отриману інформацію.

6) Використання Google-форм дозволяє організувати опитування ефективно, усуваючи необхідність вручну обробляти анкети та відповіді, що значно економить час та ресурси.

Аналіз отриманих результатів експериментального дослідження в межах обраної тематики, а також детальне ознайомлення з діагностичними інструментами, що застосовуються у цьому дослідженні, дали змогу визначити комплекс діагностичних методик. До них належать такі методики:

1. «Гіссенський опитувальник соматичних скарг» (додаток А).

2. «Методика самооцінки емоційного стану Уесманна-Рікса» (додаток Б)
3. «Торонтська шкала алекситимії (TAS-20)» (додаток В).
4. «Методика діагностики ірраціональних настанов» (додаток Д).

Розглянемо детальніше кожен з них. Гіссенський опитувальник соматичних скарг дає можливість дослідити інтенсивність емоційно забарвлених скарг щодо стану фізичного здоров'я, яка високо корелює з маскованою депресією. Для того, щоб інтерпретація результатів була правдива, перед початком дослідження необхідно з'ясувати, чи немає в обстежуваних соматичних захворювань, підтверджених діагнозом. Опитувальник містить такі шкали, як: Е – виснаження, М – шлункові скарги, G – ревматичний чинник, Н – серцеві скарги.

Респонденти мають поставити після кожного пункту опитувальника цифру, яка відповідає їхньому звичайному стану. Крім самих скарг, з'ясовується також їхня обумовленість з погляду досліджуваного фізичними або скоріш душевними (психологічними) чинниками.

Методика самооцінки емоційного стану Уесманна-Рікса дозволяє продіагностувати самооцінку емоційних станів. Вимірювання за цією методикою здійснюється за 10-бальною системою. Досліджуваному потрібно обрати у кожному із запропонованих наборів тверджень те, яке найточніше відображає їхній стан на даний момент.

Торонтська шкала алекситимії (TAS-20) дає можливість дослідити рівень алекситимії (знижену здатність до вербалізації емоційних станів). Досліджуваному має прочитати твердження опитувальника і зазначити, до якої міри він згоден або не згоден з кожним із них.

Методика діагностики ірраціональних настанов передбачає виявлення у досліджуваних ірраціональних настанов та усвідомлення їхнього негативного впливу. Встановлено, що негативні емоції проявляються у людей не внаслідок життєвих подій, а у зв'язку з їхньою негативною інтерпретацією. Дана методика містить 50 питань та наступні шкали:

катастрофізація – дозволяє оцінити сприйняття людьми різних несприятливих ситуацій; завищені вимоги щодо себе – вказує на завищені вимоги до себе; завищені вимоги до інших – вказує на завищені вимоги до інших; оціночна настанова – дозволяє визначити, як учасник дослідження оцінює себе та інших. Така настанова може свідчити про те, що людині властиво оцінювати не окремі риси чи вчинки людей, а особистість загалом.

Після проведеного дослідження було здійснено аналіз та інтерпретацію отриманих результатів.

2.2. Результати констатуючого експерименту

Перед початком формуючого експерименту нами було здійснено діагностику всієї вибірки за чотирма методиками: «Гіссенський опитувальник соматичних скарг», «методика самооцінки емоційного стану Уесманна-Рікса», «Торонтська шкала алекситимії (TAS-20)», «методика діагностики ірраціональних настанов». За результатами діагностики соматичних скарг нами було поділено респондентів на дві групи: контрольну та експериментальну. В кожній групі по 20 учасників (10 жінок та 10 чоловіків) віком від 26 до 43 років. За Гіссенським опитувальником групи мали приблизно рівні показники соматичних скарг, з різницею не більше ніж 1 особа за кожним показником (виснаження, шлункові скарги, ревматичний чинник, серцеві скарги). Абсолютно однакові групи за всіма діагностичними даними нам створити не вдалося, оскільки діагностика проводилася не за одним, а за кількома показниками та враховувалося бажання людей приймати участь в формувальній частині дослідження. Оскільки відмінності між групами невеликі вони не мають суттєво впливати на загальні результати дослідження.

Віковий розподіл учасників подано на рисунку 2.1:

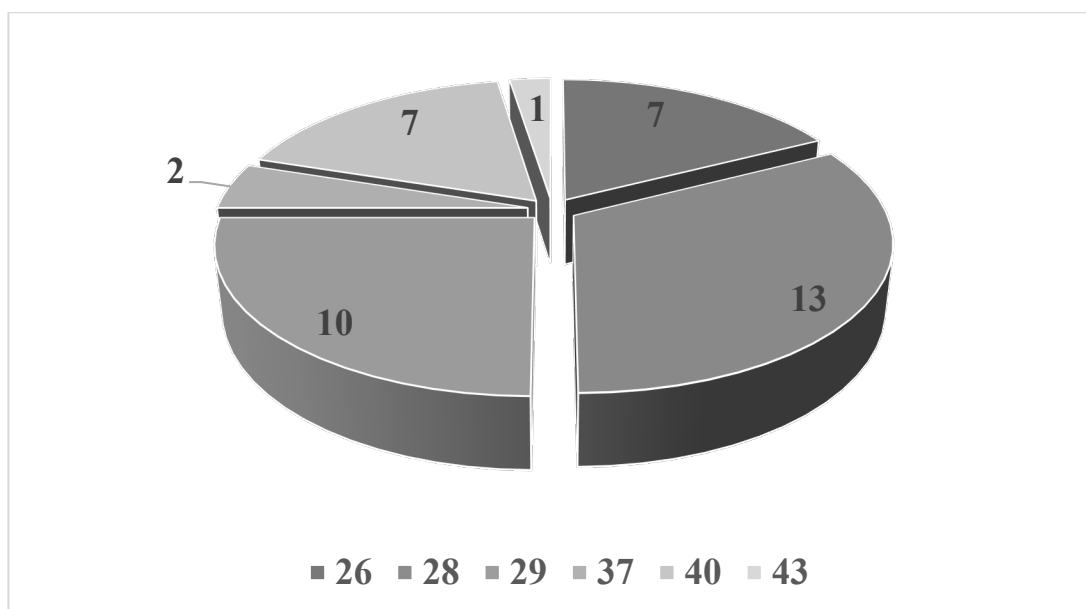


Рис. 2.1. Розподіл учасників дослідження за віком

Як ми бачимо, найбільш чисельна вікова група – 28 років (13 учасників), що становить 32,5% від загальної кількості. Другу позицію займає вік 29 років (10 учасників, 25%). По 7 учасників у вікових категоріях 26 і 40 років (по 17,5%). Менше представлені учасники 37 років – лише 2 особи (5%). Найменше – 1 учасник віком 43 роки (2,5%) (рис. 2.1).

Результати, отримані за методикою «Гіссенський опитувальник соматичних скарг», подано в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Результати експериментальної та контрольної груп досліджуваних за Гіссенським опитувальником соматичних скарг

Шкали	Експериментальна група		Контрольна група	
	Кількість осіб	Відсоток	Кількість осіб	Відсоток
Е – виснаження	4	20%	5	25%
М – шлункові скарги	8	40%	7	35%
Г – ревматичний чинник	5	25%	6	30%
Н – серцеві скарги	3	15%	2	10%

Для кращого розуміння та подальшої інтерпретації отриманих результатів їх було подано на рисунку 2.2:

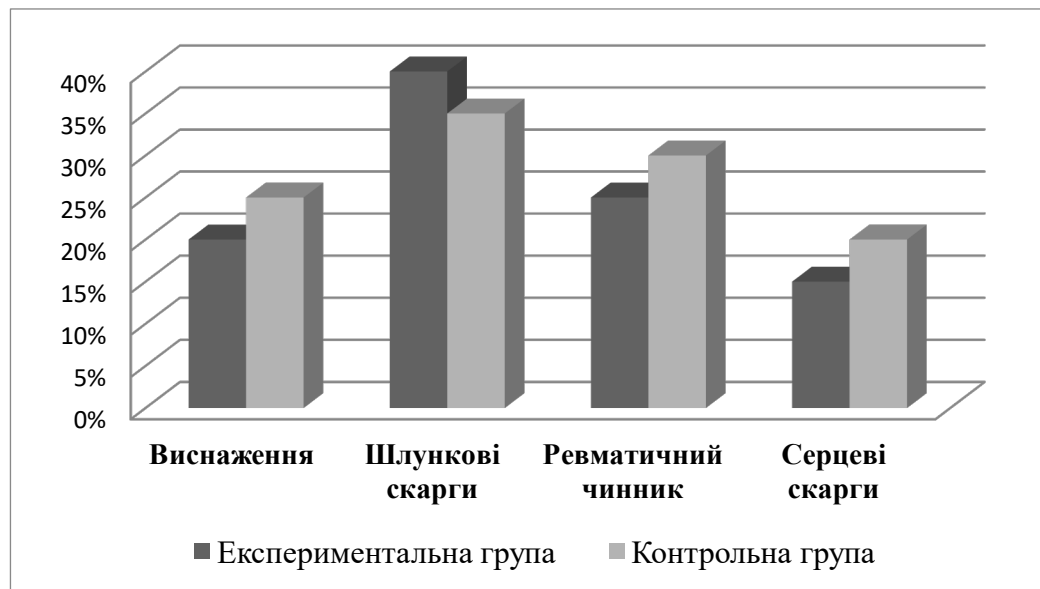


Рис. 2.2. Результати досліджуваних за Гіссенським опитувальником соматичних скарг

Отримані результати дають змогу оцінити рівень соматичних проявів у двох групах та порівняти їх між собою.

Виснаження (E): в експериментальній групі симптоми виснаження спостерігаються у 4 осіб (20%). У контрольній групі цей показник трохи вищий – 5 осіб (25%).

Шкала виснаження (E) відображає рівень загальної фізичної та психічної перевтоми, яка може бути наслідком хронічного стресу, надмірних навантажень або недостатнього відпочинку. Високі показники за цією шкалою свідчать про знижену працездатність, швидко втому, проблеми з концентрацією уваги та загальне виснаження організму.

Шлункові скарги (M): в експериментальній групі 8 осіб (40%) повідомили про проблеми зі шлунково-кишковим трактом. У контрольній групі цей показник – 7 осіб (35%).

Шкала оцінює частоту та інтенсивність гастроентерологічних проблем, які можуть мати психосоматичне походження. Високі показники за цією шкалою можуть свідчити про зв'язок між емоційним станом людини та

соматичними проявами, такими як біль у животі, диспепсія, нудота чи підвищена кислотність. Часто ці симптоми загострюються в умовах тривоги або стресу.

Ревматичний чинник (G): в експериментальній групі 5 осіб (25%) повідомили про скарги, пов'язані з ревматичним компонентом. У контрольній групі цей показник дещо вищий – 6 осіб (30%).

Дана шкала включає симптоми, пов'язані з болями у м'язах та суглобах, відчуттям скутості рухів, що можуть мати як фізіологічну, так і психосоматичну природу. Високі показники за цією шкалою можуть свідчити про хронічне напруження м'язів через стрес, недостатню фізичну активність або психоемоційне виснаження.

Серцеві скарги (H): в експериментальній групі серцеві симптоми спостерігаються у 3 осіб (15%); у контрольній групі – у 2 осіб (10%) (рис. 2.2).

Шкала оцінює симптоми, пов'язані з роботою серцево-судинної системи, такі як тахікардія, біль у грудях, відчуття перебоїв в серцевому ритмі. Високі показники за цією шкалою можуть бути проявом як серцево-судинних захворювань, так і психосоматичних реакцій на стрес, підвищену тривожність або вегетативні розлади.

Таким чином можна зазначити, що у контрольній групі загальний рівень виснаження вищий, що може вказувати на більшу кількість зовнішніх або внутрішніх стресових чинників. В експериментальній групі частіше зустрічаються шлункові скарги, що може свідчити про більш виражений психосоматичний компонент впливу стресу. Рівень ревматичних та серцевих скарг у двох групах приблизно однаковий, що може вказувати на загальну поширеність цих симптомів незалежно від групової приналежності.

Можна зазначити, що отримані дані підтверджують наявність психосоматичних проявів, пов'язаних зі стресом, і підкреслюють важливість психологічної профілактики, спрямованої на зниження соматичних реакцій на стрес.

Результати, отримані за методикою самооцінки емоційного стану Уесманна-Рікса, подано в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Результати експериментальної та контрольної груп досліджуваних за методикою самооцінки емоційного стану Уесманна-Рікса

Емоційний стан	Експериментальна група		Контрольна група	
	Кількість осіб	Відсоток	Кількість осіб	Відсоток
Дуже добрий	0	0%	0	0%
Добрий	1	5%	2	10%
Погіршений	14	70%	12	60%
Поганий	5	25%	6	30%

Результати контрольної та експериментальної груп відрізняються кількісно на 1 людину за більшістю показників, за показником погіршений емоційний стан – в контрольній групі на 2 людини більше (табл. 2.2). Тобто групи мають незначні відмінності за рівнем емоційного стану.

Для кращого розуміння та подальшої інтерпретації отриманих результатів їх було подано на рисунку 2.3.

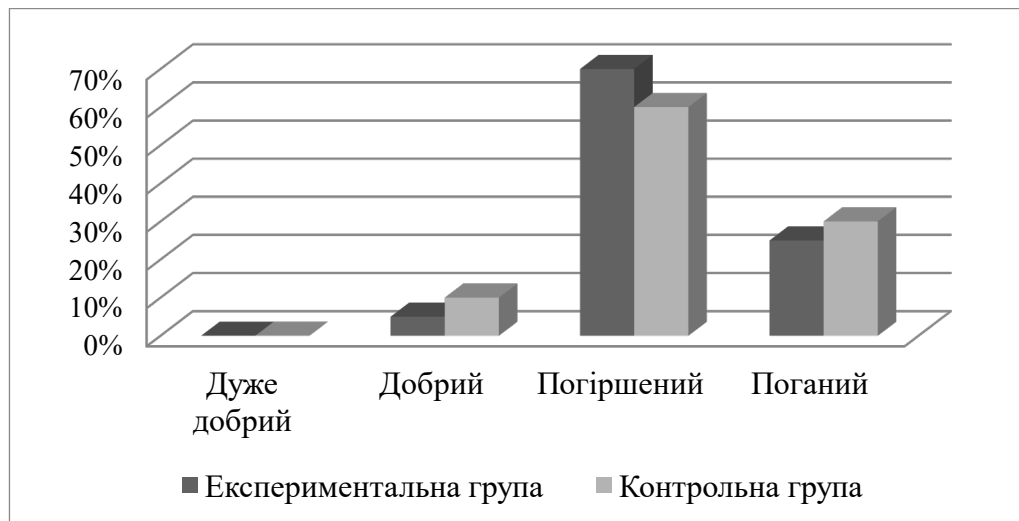


Рис. 2.3. Результати досліджуваних за методикою Уесманна-Рікса

Аналізуючи отримані результати, можна зробити наступні висновки:

Дуже добрий емоційний стан. Відсутність респондентів у цій категорії свідчить про те, що жоден із досліджуваних не відчуває себе повністю

емоційно комфортно. Це може бути наслідком впливу стресових факторів, психоемоційного напруження або загального виснаження.

В експериментальній групі 1 особа (5%) повідомила про добрий емоційний стан. У контрольній групі таких осіб 2 (10%). Ця шкала відображає позитивний емоційний фон, що характеризується внутрішньою рівновагою, відсутністю значного стресу та загальним задоволенням життям. Низький відсоток осіб у цій категорії може свідчити про наявність емоційної напруги або труднощів у регуляції емоційного стану.

Погіршений емоційний стан: в експериментальній групі 14 осіб (70%) відзначили, що їхній емоційний стан погіршений. У контрольній групі таких осіб 12 (60%). Погіршений емоційний стан може свідчити про наявність помірного рівня стресу, зниженого настрою або емоційної нестабільності. Високий відсоток досліджуваних у цій категорії вказує на загальне напруження, можливу втому або психологічне виснаження.

Поганий емоційний стан. В експериментальній групі 5 осіб (25%) відзначили, що почуваються погано. У контрольній групі таких осіб 6 (30%) (рис. 2.3). Поганий емоційний стан є показником високого рівня психологічного дискомфорту, що може бути пов'язано зі стресовими факторами, депресивними настроями або значним психоемоційним навантаженням. Високі показники в цій категорії можуть свідчити про необхідність психологічної підтримки або корекційної роботи для покращення емоційного стану досліджуваних.

Таким чином, результати методики самооцінки емоційного стану Уесманна-Рікса демонструють, що більшість досліджуваних мають погіршений або поганий емоційний стан, що може вказувати на високий рівень стресу, психологічне напруження або недостатню стресостійкість.

Результати, отримані за Торонтською шкалою алекситимії (TAS-20), подано в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Результати експериментальної та контрольної груп досліджуваних за
Торонтською шкалою алекситимії (TAS-20)

Рівні алекситимії	Експериментальна група		Контрольна група	
	Кількість осіб	Відсоток	Кількість осіб	Відсоток
Нормальний	4	20%	3	15%
Підвищений	9	45%	8	40%
Високий	7	35%	9	45%

Відмінність між групами за нормальним та підвищеним рівнем алекситимії в кількості 1 особа, за високим рівнем алекситимії відмінність між групами більша – 2 особи (табл. 2.3).

Для кращого розуміння та подальшої інтерпретації отриманих результатів їх було подано на рисунку 2.4.

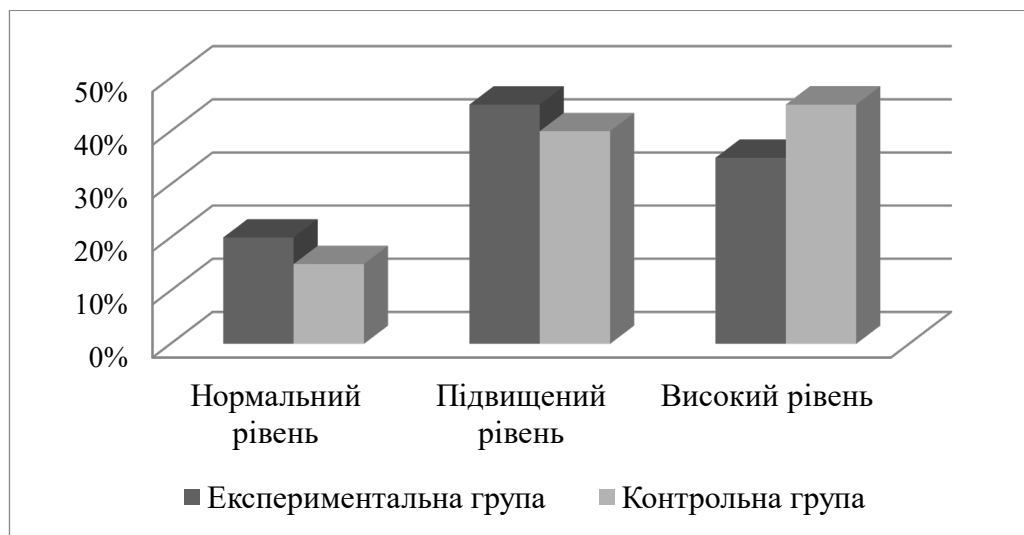


Рис. 2.4. Результати досліджуваних за Торонтською шкалою алекситимії

Аналіз отриманих результатів за Торонтською шкалою алекситимії (TAS-20) для експериментальної та контрольної груп дозволяє зробити кілька важливих висновків:

Нормальний рівень алекситимії. В експериментальній групі 20% осіб мають нормальний рівень алекситимії, що є дещо вищим порівняно з

контрольною групою (15%). Це може свідчити про більш виражену здатність до усвідомлення та вербалізації своїх емоцій в експериментальній групі.

Підвищений рівень алекситимії. 45% осіб в експериментальній групі мають підвищений рівень алекситимії, що є аналогічним до контрольної групи (40%). Це вказує на те, що в обох групах є певна кількість осіб, які стикаються з труднощами в ідентифікації та вираженні своїх емоцій, але різниця між групами в цьому показнику не є суттєвою.

Високий рівень алекситимії: 35% осіб в експериментальній групі мають високий рівень алекситимії, що є дещо нижчим за 45% у контрольній групі. Це може свідчити про наявність більших труднощів у розумінні та вираженні емоцій у контрольній групі, ніж в експериментальній (рис. 2.4).

Алекситимія – це психологічна характеристика, що включає труднощі у розпізнаванні, вираженні та вербалізації емоцій, знижену здатність до уяви та конкретне, операційне мислення. Високий рівень алекситимії може бути пов'язаний із труднощами у міжособистісній комунікації, підвищеною тривожністю та схильністю до психосоматичних розладів.

Загалом, в обох групах спостерігається досить схожий розподіл за рівнями алекситимії, з незначною перевагою високого рівня алекситимії в контрольній групі. Це може свідчити про те, що хоча обидві групи мають певні проблеми з емоційною регуляцією та усвідомленням, контрольна група має більш виражену алекситимію в порівнянні з експериментальною групою.

Результати, отримані за методикою діагностики ірраціональних настанов подано в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Результати експериментальної та контрольної груп досліджуваних за методикою діагностики ірраціональних настанов

Наявність ірраціональних настанов	Експериментальна група		Контрольна група	
	Кількість осіб	Відсоток	Кількість осіб	Відсоток
Яскраво виражена наявність	8	40%	6	30%

Середня ймовірність виникнення та розвитку стресу	9	45%	12	60%
Настанови відсутні	3	15%	2	10%

Відмінність між групами за вираженістю ірраціональних настанов по 2-3 особи за показниками: яскраво виражена та середня наявність ірраціональних настанов, за показником відсутність ірраціональних настанов різниця в 1 людину між експериментальною та контрольною групою (3 та 2 особи відповідно) за табл. 2.4.

Для кращого розуміння та подальшої інтерпретації отриманих результатів їх було подано на рисунку 2.5.

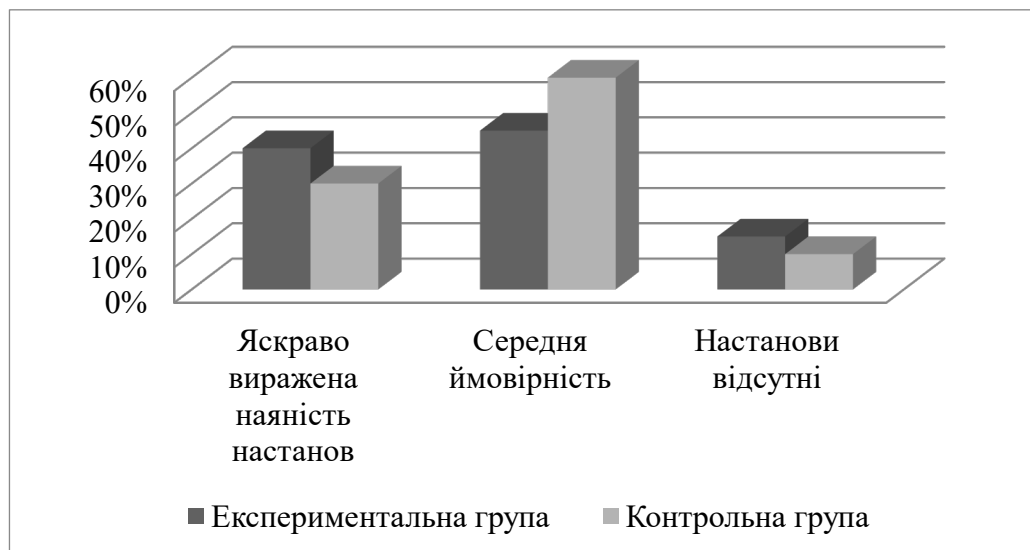


Рис. 2.5. Результати досліджуваних за методикою діагностики ірраціональних настанов

Отримані результати розподілилися наступним чином. Яскраво виражена наявність ірраціональних настанов. В експериментальній групі 8 осіб (40%) мають яскраво виражені ірраціональні настанови. У контрольній групі таких осіб 6 (30%). Яскраво виражені ірраціональні настанови свідчать про схильність особистості до неконструктивного мислення, негативного сприйняття ситуацій, самокритичності та підвищеного рівня тривожності. Особи з такими настановами частіше сприймають життєві труднощі як

катастрофічні, мають низьку стресостійкість і можуть бути схильні до емоційного виснаження.

Високий рівень ірраціональних переконань може сприяти формуванню дезадаптивної поведінки, труднощам у прийнятті рішень і сприйнятті власних можливостей, що в свою чергу підвищує ризик розвитку психосоматичних розладів.

Середня ймовірність виникнення та розвитку стресу. В експериментальній групі 9 осіб (45%) мають середню ймовірність виникнення та розвитку стресу. У контрольній групі таких осіб 12 (60%). Особи з середнім рівнем ірраціональних настанов можуть епізодично проявляти нераціональне мислення, особливо у стресових ситуаціях, проте зазвичай володіють певними навичками саморегуляції. У них є ризик розвитку тривожних та депресивних станів у разі сильного чи тривалого впливу стресових факторів, але цей ризик є помірним.

Такі люди можуть демонструвати як адаптивні, так і дезадаптивні реакції на труднощі, залежно від індивідуальних особливостей та соціального оточення.

Відсутність ірраціональних настанов. В експериментальній групі 3 особи (15%) не мають ірраціональних настанов. У контрольній групі таких осіб 2 (10%). Відсутність ірраціональних настанов свідчить про конструктивне мислення, високу стресостійкість та вміння адекватно оцінювати ситуації. Особи з такими показниками зазвичай мають добре розвинені навички саморегуляції, емоційного інтелекту та ефективного подолання труднощів.

Невелика кількість людей у цій категорії вказує на загальну тенденцію до наявності певного рівня ірраціональних переконань серед досліджуваних, що може бути фактором підвищеного ризику стресу та тривожних розладів.

Таким чином, результати дослідження демонструють, що більшість учасників мають певний рівень ірраціональних настанов, що може впливати на їхню здатність до адаптації в стресових умовах. Особливої уваги

потребують особи з яскраво вираженими ірраціональними настановами, оскільки вони можуть мати підвищену емоційну вразливість і схильність до психологічних труднощів.

Таким чином, результати констатуючого експерименту підтверджують, що більшість учасників обох груп демонструють високий рівень психологічного та соматичного неблагополуччя. Зафіксовано значну поширеність соматичних скарг за Гіссенським опитувальником (зокрема, фізичне виснаження, а також шлункові, серцеві та ревматичні скарги) на тлі погіршеного емоційного стану (за методикою Уесманна-Рікса). Крім того, виявлено високий рівень алекситимії та ірраціональних настанов, які вказують на знижену емоційну регуляцію та високу вразливість до стресу. Отримані дані загалом свідчать про значну схильність досліджуваних до психосоматичних розладів, що обґрунтовує необхідність подальшого дослідження та розробки психокорекційних заходів.

Висновки до розділу 2

З метою дослідження схильності до психосоматичних розладів осіб було організовано та проведено емпіричне дослідження. У ньому добровільно погодилися взяти участь 40 осіб, віком від 26 до 43 років. Учасників дослідження було розділено на дві групи: експериментальна та контрольна. В кожній групі по 20 осіб (10 жінок та 10 чоловіків). Нам вдалося розділити групи за приблизно однаковими показниками соматичних скарг: рівень виснаження, рівень ревматичних, серцевих, шлункових скарг в обох групах приблизно однаковий (відмінність за всіма показниками на одну людину).

Також варто зауважити, що отримані дані підтверджують наявність психосоматичних проявів, пов'язаних зі стресом, і підкреслюють важливість психологічної профілактики, спрямованої на зниження соматичних реакцій на стрес. Більшість досліджуваних мають погіршений або поганий емоційний стан, що може вказувати на високий рівень стресу, психологічне напруження або недостатню стресостійкість. Встановлено, що більшість досліджуваних мають високий рівень алекситимії, що може бути фактором ризику для розвитку емоційних та психосоматичних проблем.

Загалом, в обох групах спостерігається досить схожий розподіл за рівнями алекситимії, з незначною перевагою високого рівня алекситимії в контрольній групі. Це може свідчити про те, що хоча обидві групи мають певні проблеми з емоційною регуляцією та усвідомленням, контрольна група має більш виражену алекситимію в порівнянні з експериментальною групою.

Результати дослідження також демонструють, що більшість учасників мають певний рівень ірраціональних настанов, що може впливати на їхню здатність до адаптації в стресових умовах. Особливої уваги потребують особи з яскраво вираженими ірраціональними настановами, оскільки вони можуть мати підвищену емоційну вразливість і схильність до психологічних труднощів.

РОЗДІЛ III

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ МАК У ПСИХОЛОГІЧНІЙ ДОПОМОЗІ ОСОБАМ СХИЛЬНИМ ДО ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

3.1. Обґрунтування програми психологічної допомоги особам з психосоматичними розладами з використанням метафоричних асоціативних карт

На основі результатів констатуючого експерименту було розроблено та реалізовано програму психологічної допомоги особам з психосоматичними розладами з використанням метафоричних асоціативних карт (формуючий експеримент). Логіка впровадження програми ґрунтується на результатах теоретичного та емпіричного дослідження, які засвідчили наявність високого рівня психологічного дистресу, емоційної напруги та труднощів у саморегуляції у осіб із психосоматичними розладами. Також у ході аналізу наукових джерел було встановлено, що однією з основних психологічних передумов виникнення психосоматичних симптомів є пригнічення емоцій, тривожність, хронічний стрес та недостатня усвідомленість власного емоційного стану.

У зв'язку з цим була розроблена програма психологічної допомоги, спрямована на зниження емоційного напруження, відновлення внутрішніх ресурсів і підвищення емоційної обізнаності учасників. Основним методом, використаним у реалізації програми, стали метафоричні асоціативні карти (МАК), які сприяють вивільненню пригнічених емоцій, усвідомленню внутрішніх конфліктів і активізації особистісних ресурсів.

Мета програми: надання психологічної підтримки особам із психосоматичними порушеннями через цілісну психокорекційну роботу, спрямовану на зниження рівня хронічного стресу, зменшення емоційного

напруження, підвищення усвідомлення власного психоемоційного стану та формування ефективних навичок емоційної саморегуляції. Реалізація цієї мети здійснюється шляхом використання метафоричних асоціативних карт (МАК), які слугують безпечним інструментом для активізації глибинного особистісного ресурсу, опрацювання внутрішніх конфліктів, вербалізації пригнічених емоцій й посилення здатності до самодопомоги.

Завдання програми психологічної допомоги особам із психосоматичними розладами з використанням МАК:

1) Формування безпечного психологічного простору для вербалізації внутрішнього досвіду: створення довірливої атмосфери у групі, де кожен учасник може відкрито ділитися емоціями та образами без страху бути осудженим; запровадження чітких етичних правил групової взаємодії (принцип конфіденційності, емпатії, «тут і тепер»); використання МАК як інструменту, що дозволяє візуально та безпечно виводити на поверхню глибинні емоції та внутрішні конфлікти.

2) Виявлення емоційних причин психосоматичних симптомів: допомога учасникам у встановленні зв'язку між психоемоційним станом і тілесними проявами; усвідомлення пригнічених, витіснених або нерозпізнаних емоцій, що можуть спричиняти або підтримувати соматичні скарги; використання технік образної репрезентації, щоб активізувати процес інсайту.

3) Активізація особистісних ресурсів як засобу подолання стресу: виявлення внутрішніх і зовнішніх джерел підтримки та сили, які можуть бути задіяні у стресових ситуаціях; формування відчуття впевненості у власній здатності впоратися з труднощами; створення символічного ресурсу через МАК, що залишається з учасником після завершення програми.

4) Розвиток навичок емоційного усвідомлення та саморегуляції: навчання розпізнавати, називати, інтерпретувати власні емоції; формування здатності відстежувати зміни внутрішнього стану та управляти емоційними

реакціями у безпечний спосіб; використання МАК як посередника у формуванні зв'язку між думками, емоціями та поведінкою.

5) Зниження рівня психоемоційної напруги та тривожності: поступове зниження внутрішнього напруження через вираження емоцій у символічній формі; усвідомлення деструктивних установок і переконань, які підтримують хронічний стрес; спрямована робота з образами, що символізують вихід зі складної ситуації (вправи з картами «мости», «двері», «шляхи»).

Для реалізації поставленої мети та завдань програми було обрано груповий формат психологічної допомоги з використанням метафоричних асоціативних карт (МАК), що дозволяє учасникам не лише працювати з власними переживаннями, а й отримувати підтримку від інших членів групи, усвідомлювати спільність життєвого досвіду та нормалізувати власні реакції.

Форма роботи: групова (4 особи в кожній групі). Груповий формат дає змогу учасникам переживати емоційне включення в роботу, відчуття спільності та підтримки. У межах малої групи забезпечується достатній рівень безпеки та уваги до кожного учасника, а також створюються умови для розвитку емпатійного слухання та взаємної рефлексії.

Кількість зустрічей: 5 занять, що охоплюють базові етапи психологічної допомоги: встановлення контакту, діагностика, опрацювання проблеми, формування ресурсів та завершення з інтеграцією досвіду.

Тривалість кожної зустрічі: 90 хвилин. Такий часовий обсяг оптимальний для глибокої роботи з метафоричним матеріалом, забезпечуючи глибоке емоційне опрацювання, проведення кількох послідовних вправ, а також достатню рефлексію без перевантаження учасників.

Місце проведення: заняття проводяться у спокійному, психологічно безпечному просторі, який сприяє релаксації, внутрішній роботі та відкритості. Простір має бути затишним, добре провітрюваним, із мінімумом відволікаючих чинників. За можливості – наявність м'яких сидінь, ковдр, світла, музики для релаксації, ароматичних елементів (наприклад, олій), що сприятимуть створенню підтримувального середовища.

Кількість учасників програми: програма реалізується з експериментальною групою, яка проходить повний цикл психологічної допомоги. До участі залучаються особи з проявами психосоматичних симптомів, які надали згоду на участь у дослідженні. Учасники мають подібні запити, пов'язані зі стресом, емоційною напругою, психофізіологічним виснаженням, що забезпечує єдність групової динаміки та підвищує ефективність методичних інтервенцій.

Додаткові організаційні умови:

1. перед початком програми з кожним учасником проводиться клінічна бесіда для з'ясування особливостей запиту, оцінки психоемоційного стану та встановлення психологічного контакту;
2. після завершення програми передбачено підсумкове обговорення та оцінка динаміки стану учасників, що фіксується за допомогою повторного використання діагностичних методик, а також вільної письмової або усної рефлексії.

Детальний опис занять подано в додатку Е.

Впровадження програми психологічної допомоги, побудованої на використанні метафоричних асоціативних карт (МАК), передбачає досягнення низки позитивних змін у психоемоційному стані учасників. Зокрема, очікується:

1. Зниження рівня психологічного дистресу: завдяки опрацюванню внутрішнього емоційного досвіду, виведенню пригнічених переживань на рівень усвідомлення та їхньому безпечному вираженню через символічні образи; зменшення проявів тривожності, психічного напруження, внутрішнього конфлікту; покращення загального психоемоційного фону учасників програми.
2. Підвищення рівня емоційної саморегуляції: розвиток здатності до розпізнавання та адекватного вираження емоцій; формування навичок відстеження змін у внутрішньому стані та відповідного реагування на

стресові чинники; зниження імпульсивних реакцій і зростання толерантності до фрустрації.

3. Зменшення інтенсивності психосоматичних симптомів: опосередковане полегшення соматичних проявів (наприклад, головного болю, болю у шлунку, серцебиття, м'язової напруги) завдяки зменшенню емоційного навантаження; установлення зв'язку між тілесними симптомами та психологічними переживаннями сприяє більш усвідомленому ставленню до свого здоров'я та стану; формування навичок самопостереження та регуляції тілесних реакцій.

4. Посилення почуття контролю та внутрішньої стабільності: підвищення впевненості у власній здатності впоратися з життєвими труднощами; формування відчуття внутрішньої опори через роботу з ресурсними образами, зменшення відчуття безпорадності та хаотичності, що часто супроводжує стан психосоматичного дистресу.

5. Формування навичок звернення до внутрішніх ресурсів у кризових ситуаціях: розпізнавання особистісних ресурсів (підтримуючих людей, спогадів, цінностей, образів), які можуть бути активовані у складні періоди життя; створення особистісного «ресурсного банку» через образи, метафори та асоціації, які учасник зможе актуалізувати у майбутньому; закріплення досвіду використання візуальних образів для відновлення внутрішнього балансу в умовах стресу.

Після застосування розробленої програми була здійснена контрольна діагностика з метою перевірки ефективності програми.

3.2 Аналіз ефективності результатів експериментальної програми психологічної допомоги особам з психосоматичними розладами

Результати контрольного експерименту, отримані за методикою «Гіссенський опитувальник соматичних скарг», подано в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Контрольні результати експериментальної та контрольної груп досліджуваних за Гіссенським опитувальником соматичних скарг

Шкали	Експериментальна група		Контрольна група	
	Кількість осіб	Відсоток	Кількість осіб	Відсоток
Е – виснаження	3	15%	7	35%
М – шлункові скарги	9	45%	5	25%
Г – ревматичний чинник	6	30%	4	20%
Н – серцеві скарги	2	10%	4	20%

Для кращого розуміння та подальшої інтерпретації отриманих результатів їх було подано на рисунку 3.1:

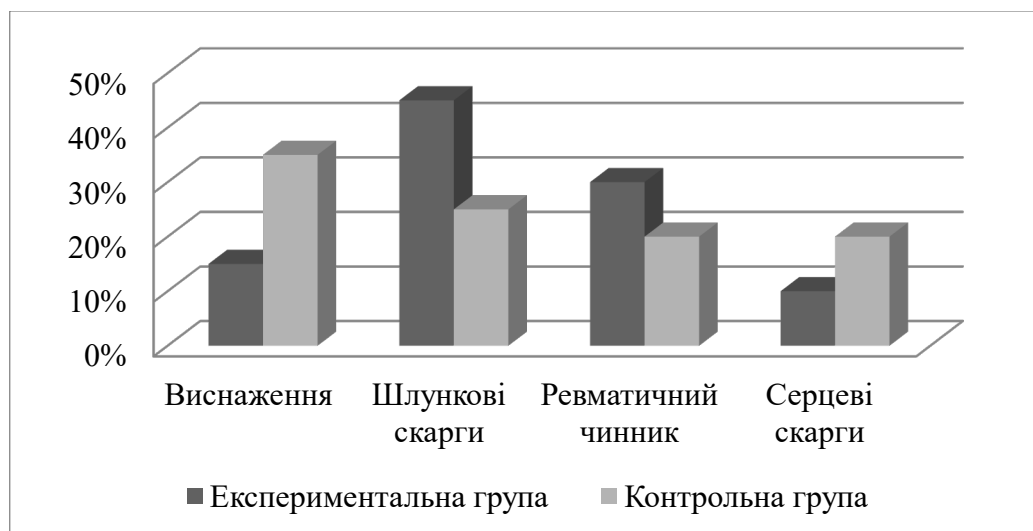


Рис. 3.1. Результати досліджуваних за Гіссенським опитувальником соматичних скарг

У експериментальній групі відзначаються лише незначні зміни. Наприклад, кількість скарг на виснаження зменшилася на 1 особу (з 20% до 15%), тоді як шлункові та ревматичні скарги зросли на 1 особу (з 40% до 45% і з 25% до 30% відповідно). Серцеві скарги знизилися на 1 особу (з 15% до

10%). Загалом, значення лишаються стабільними і не свідчать про виражений ефект впровадження втручання.

У контрольній групі також зафіксовано незначні зміни: зросли скарги на виснаження та серцеві симптоми (по +10%), тоді як шлункові та ревматичні скарги знизилися на 2 особи кожна. Ці зміни мають випадковий характер і не є системними. Відсутність позитивної динаміки в контрольній групі підтверджує, що загальна картина залишається стабільною.

Аналіз результатів первинної та повторної діагностики за Гіссенським опитувальником соматичних скарг не виявив суттєвих змін у жодній з груп. Незначні коливання (від 1 до 2 осіб або 5–10%) є статистично несуттєвими та можуть бути зумовлені індивідуальними чи ситуативними факторами, а не результатом цілеспрямованого впливу. Отже, за даною методикою не зафіксовано значущого впливу втручання, а рівень соматичних скарг залишається відносно стабільним упродовж дослідження.

Результати контрольного експерименту, отримані за методикою самооцінки емоційного стану Уесманна-Рікса, подано в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Контрольні результати експериментальної та контрольної груп досліджуваних за методикою самооцінки емоційного стану Уесманна-Рікса

Емоційний стан	Експериментальна група		Контрольна група	
	Кількість осіб	Відсоток	Кількість осіб	Відсоток
Дуже добрий	6	30%	0	0%
Добрий	5	25%	4	20%
Погіршений	7	35%	10	50%
Поганий	2	10%	6	30%

Для кращого розуміння та подальшої інтерпретації отриманих результатів їх було подано на рисунку 3.2.

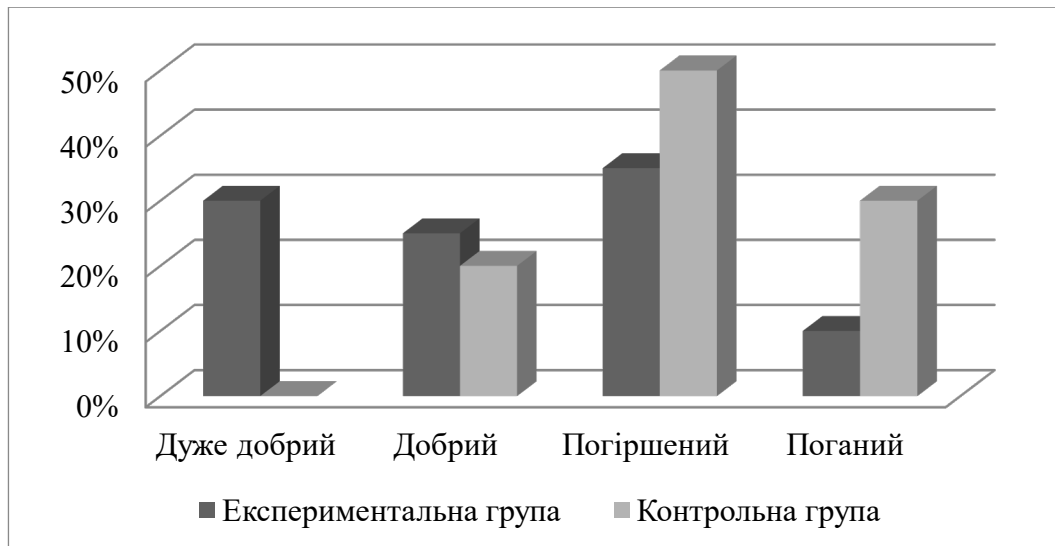


Рис. 3.2. Результати досліджуваних за методикою Уесманна-Рікса

Аналізуючи отримані результати, можна зробити наступні висновки:

У експериментальній групі зафіксовано виражені позитивні зрушення емоційного стану учасників після проходження корекційної програми з використанням МАК. Кількість осіб із негативними емоційними станами («погіршений», «поганий») значно зменшилася (з 95% до 45%), натомість суттєво зросла кількість тих, хто оцінив свій стан як «дуже добрий» або «добрий» (з 5% до 55%). Це свідчить про ефективність застосованої психокорекційної програми.

У контрольній групі зміни є незначними і, ймовірно, випадковими: частка осіб із «добрим» станом зросла на 10%, а з «погіршеним» зменшилася на 10%. Проте кількість осіб з «поганим» емоційним станом залишилася незмінною (30%), а «дуже добрий» стан не зафіксовано взагалі. Це підтверджує відсутність значущих змін без впровадження корекційної програми (рис. 3.2).

Можна підсумувати, що порівняння первинної та повторної діагностики засвідчує, що в експериментальній групі після психокорекційної роботи з МАК відбулося значне покращення емоційного стану, що свідчить про позитивний ефект застосованої методики. У контрольній групі зміни емоційного стану були незначними та не мали системного характеру. Отже,

застосування метафоричних асоціативних карток у межах корекційної програми дало позитивний результат у покращенні емоційного самопочуття учасників дослідження.

Контрольні результати, отримані за Торонтською шкалою алекситимії (TAS-20), подано в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Контрольні результати експериментальної та контрольної груп досліджуваних за Торонтською шкалою алекситимії (TAS-20)

Рівні алекситимії	Експериментальна група		Контрольна група	
	Кількість осіб	Відсоток	Кількість осіб	Відсоток
Нормальний	11	55%	2	10%
Підвищений	8	40%	9	45%
Високий	1	5%	9	45%

Для кращого розуміння та подальшої інтерпретації отриманих результатів їх було подано на рисунку 3.3.

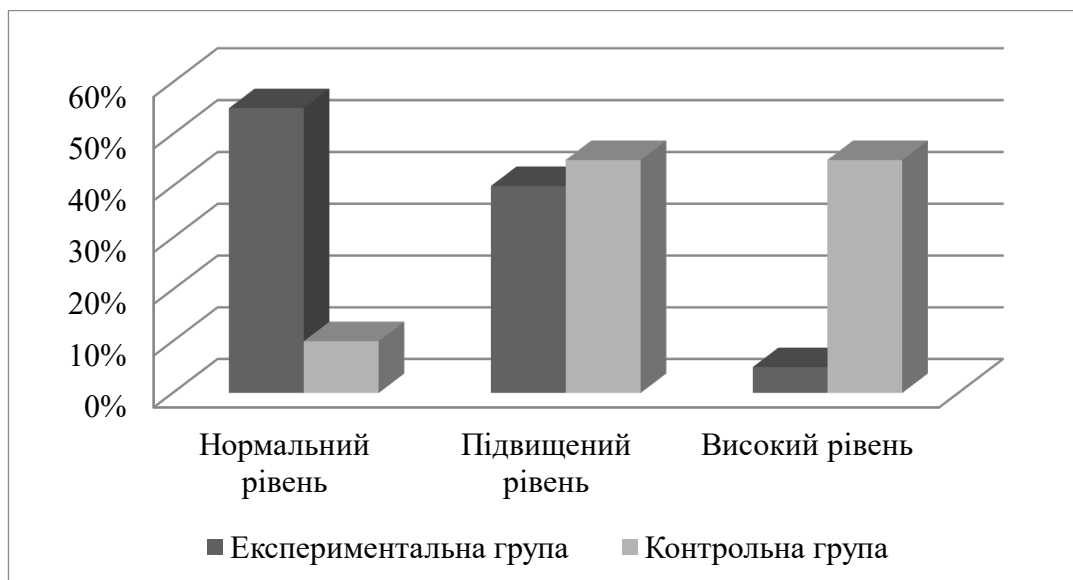


Рис. 3.3. Результати дослідження за Торонтською шкалою алекситимії

Після впровадження корекційної програми з МАК в експериментальній групі спостерігається чітко виражене зниження рівня алекситимії. Частка учасників із високим рівнем алекситимії зменшилася з 35% до 5% (на 6 осіб),

а кількість респондентів із нормальним рівнем зросла з 20% до 55% (на 7 осіб). Це свідчить про суттєве покращення здатності ідентифікувати, розпізнавати та виражати емоції. Можна зробити висновок, що застосована програма виявилася ефективною для зниження проявів алекситимії.

У контрольній групі не відбулося позитивних змін. Кількість осіб із високим рівнем алекситимії залишилася сталою (45%), а частка респондентів із нормальним рівнем навіть зменшилася на 1 особу (з 15% до 10%) (рис. 3.3). Це вказує на відсутність самостійної позитивної динаміки без психокорекційного втручання.

Таким чином, можна підсумувати, що в експериментальній групі після проходження корекційної програми з МАК спостерігається значне зниження рівня алекситимії, зокрема суттєве зменшення кількості осіб з високим рівнем і збільшення осіб з нормальним. У контрольній групі позитивних змін не зафіксовано, що свідчить про ефективність цілеспрямованої корекційної програми. Отже, методика роботи з метафоричними асоціативними картами показала позитивний вплив на емоційне усвідомлення та здатність до самовираження у досліджуваних з підвищеною алекситимією.

Контрольні результати, отримані за методикою діагностики ірраціональних настанов подано в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Контрольні результати експериментальної та контрольної груп досліджуваних за методикою діагностики ірраціональних настанов

Наявність ірраціональних настанов	Експериментальна група		Контрольна група	
	Кількість осіб	Відсоток	Кількість осіб	Відсоток
Яскраво виражена наявність	7	35%	8	40%
Середня ймовірність виникнення та розвитку стресу	4	20%	10	50%
Настанови відсутні	9	45%	2	10%

Для кращого розуміння та подальшої інтерпретації отриманих результатів їх було подано на рисунку 3.4.

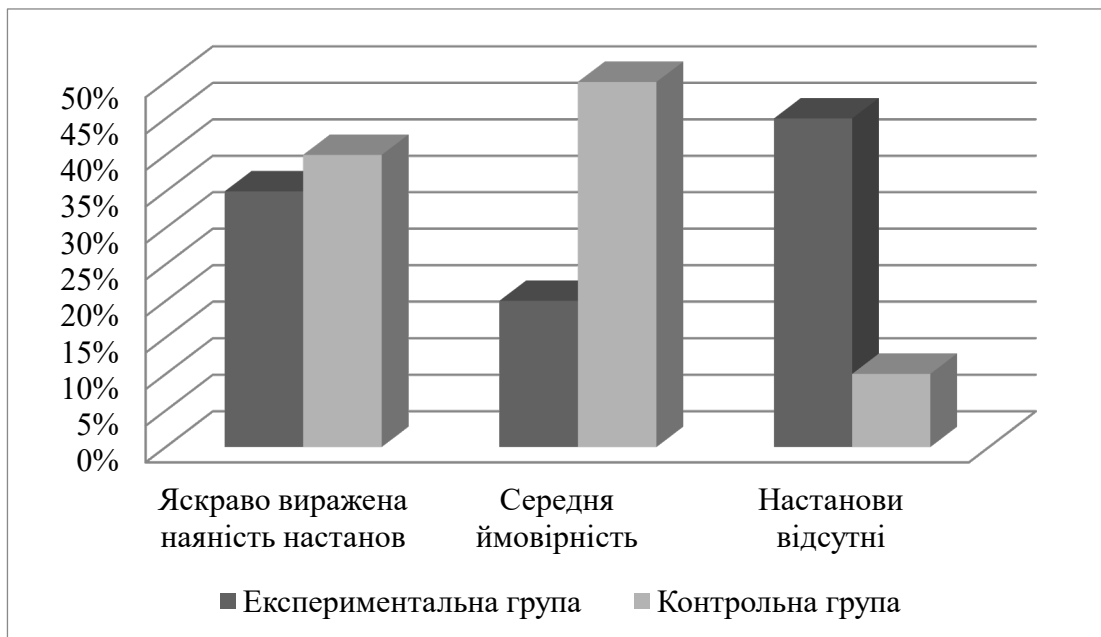


Рис. 3.4. Результати дослідження за методикою діагностики ірраціональних настанов

Після проходження корекційної програми з МАК в експериментальній групі спостерігається помітне зниження рівня ірраціональних настанов. Найбільш вражаючим є зменшення кількості осіб із середнім ризиком розвитку стресу (на 25%) і збільшення кількості осіб, у яких ірраціональні настанови відсутні – з 15% до 45%. Також спостерігається незначне зменшення осіб з яскраво вираженими ірраціональними настановами. Це свідчить про ефективність психокорекційного втручання, спрямованого на подолання ірраціональних переконань та зниження потенціалу стресу.

У контрольній групі не спостерігається позитивної динаміки. Навпаки, частка осіб із яскраво вираженими ірраціональними настановами зросла на 10%, тоді як кількість осіб без ірраціональних настанов не змінилася зовсім (залишилася на рівні 10%). Невелике зниження середнього рівня на 10% не є суттєвим і може бути випадковим.

Підсумовуючи, можна зазначити, що в експериментальній групі після участі в корекційній програмі з МАК відбулося істотне покращення:

зменшилася кількість ірраціональних настанов, а 45% учасників продемонстрували відсутність таких настанов, що втричі більше порівняно з початковим показником. У контрольній групі не відбулося значущих змін, а в окремих аспектах навіть спостерігається негативна динаміка (зростання яскраво виражених ірраціональних настанов). Отже, результати підтверджують позитивний вплив корекційної програми з МАК на зниження ірраціональних переконань та потенціалу до стресових реакцій, чого не спостерігалось в контрольній групі.

Отримані результати експериментального дослідження підтверджують ефективність психологічної програми допомоги для осіб з психосоматичними розладами, що базується на використанні метафоричних асоціативних карт (МАК). У експериментальній групі спостерігається значне покращення емоційного стану учасників, зниження рівня алекситимії та ірраціональних настанов, що свідчить про позитивний ефект застосованої методики. Зокрема, було зафіксовано зменшення кількості осіб з високим рівнем алекситимії та вираженими ірраціональними переконаннями, а також збільшення кількості людей з нормальним рівнем емоційного самопочуття.

Водночас, у контрольній групі, яка не проходила корекційної програми, значущих змін не спостерігалось, що підкреслює відсутність самотійної позитивної динаміки. В окремих випадках навіть було зафіксовано незначне погіршення стану, зокрема зростання кількості осіб з яскраво вираженими ірраціональними настановами.

Таким чином, результати дослідження свідчать про високу ефективність психокорекційної програми, що використовує МАК, у зниженні соматичних скарг, покращенні емоційного самопочуття та усвідомленні емоцій, а також в подоланні ірраціональних переконань і зниженні стресової напруги серед учасників експериментальної групи.

Для того, щоб провести перевірку статистичної значущості змін за допомогою критерію Манна-Уїтні, потрібно порівняти розподіли двох незалежних груп. У нашому випадку, це будуть експериментальна група та

контрольна група. Критерій Манна-Уїтні дозволяє порівняти медіани двох незалежних груп, щоб визначити, чи є статистично значущі відмінності між ними. Отримані результати подано в таблиці 3.5:

Таблиця 3.5

Результати застосування критерію Манна-Уїтні для порівняння експериментальної та контрольної груп за результатами методик

	R1	R2	U _{емп}	Рівень значущості
Гіссенський опитувальник соматичних скарг	53,5	89,0	46,0	$p > 0,05$
Методика самооцінки емоційного стану Уесманна-Рікса	370,0	450,0	120,0	$p < 0.05$
Торонтська шкала алекситимії (TAS)	430,0	420,0	110,0	$p < 0.05$
Методика діагностики ірраціональних настанов	360,0	420,0	125,0	$p < 0.05$

Розглянемо результати за кожною методикою:

1. Гіссенський опитувальник соматичних скарг. Сума рангів експериментальної групи (R1) = 53,5, контрольної (R2) = 89,0. Значення критерію U = 46,0, при розмірі вибірок це значення не є статистично значущим ($p > 0,05$) (табл. 3.5).

Таким чином, можна зазначити, що між експериментальною та контрольною групами немає статистично значущих відмінностей за рівнем соматичних скарг. Це свідчить, що корекційна програма не вплинула на соматичний стан учасників, або ефект поки що не виявився.

2. Методика самооцінки емоційного стану Уесманна-Рікса.

Сума рангів експериментальної групи (R_1) = 370,0, контрольної (R_2) = 450,0. Значення критерію $U = 120,0$ рівень значущості: $p < 0,05$ – різниця між групами статистично значуща.

Підсумовуємо, що після застосування корекційної програми у експериментальній групі спостерігаються значущі покращення в емоційному стані порівняно з контрольною. Це вказує на позитивний вплив програми на самооцінку емоційного стану.

3. Торонтська шкала алекситимії (TAS-20):

Сума рангів експериментальної групи (R_1) = 430,0, контрольної (R_2) = 420,0. Значення критерію $U = 110,0$, рівень значущості: $p < 0,05$, тобто різниця статистично значуща.

Можна зробити висновок, що в експериментальній групі, що проходила корекційну програму, відбулося значне покращення здатності розпізнавати й виражати емоції (зниження рівня алекситимії) порівняно з контрольною групою. Це підтверджує ефективність програми у подоланні емоційних бар'єрів.

4. Методика діагностики ірраціональних настанов:

Сума рангів експериментальної групи (R_1) = 360,0, контрольної (R_2) = 420,0. Значення критерію $U = 125,0$, рівень значущості: $p < 0,05$.

Можна зазначити, що експериментальна група показала статистично значущі зміни у зменшенні ірраціональних настанов порівняно з контрольною. Це свідчить про ефективність корекційної програми в роботі з когнітивними особливостями учасників.

Отже, результати дослідження свідчать про те, що корекційна програма із застосуванням методів активної корекції (МАК) дала помітні та позитивні ефекти у кількох важливих психоемоційних сферах. Зокрема, спостерігається суттєве покращення у самооцінці емоційного стану учасників експериментальної групи, що вказує на підвищення рівня усвідомленості власних емоцій, кращу здатність їх розпізнавати і регулювати. Цей аспект є

ключовим для формування емоційної стабільності та психологічної стійкості, що значно підвищує якість життя і сприяє адаптації до стресових ситуацій.

Крім того, результати за Торонтською шкалою алекситимії демонструють значне зниження рівня алекситимії в експериментальній групі. Це свідчить про покращення здатності учасників виражати і вербалізувати свої емоції, подолання внутрішніх емоційних бар'єрів та підвищення ефективності міжособистісної комунікації. Зниження алекситимії має важливе значення для психоемоційного благополуччя, оскільки алекситимія пов'язана з ризиком розвитку психосоматичних захворювань та емоційних розладів.

Також статистично значущим є зменшення ірраціональних настанов у експериментальній групі, що свідчить про успішну когнітивну корекцію негативних та неадекватних переконань, які можуть спричиняти внутрішній дискомфорт та порушення психоемоційного балансу. Цей факт підтверджує, що програма МАК ефективно впливає на зміну мислення та сприяє формуванню більш адаптивних психологічних стратегій.

Водночас, результати за Гіссенським опитувальником соматичних скарг не показали статистично значущих змін між експериментальною та контрольною групами. Це може свідчити про те, що корекційна програма не має безпосереднього або швидкого впливу на соматичний стан учасників, або ж що для виявлення таких змін необхідний більш тривалий період спостереження. Можливо, соматичні прояви є менш пластичними і потребують комплекснішого підходу, включно з медичним супроводом, фізичною активністю чи іншими методами.

Загалом, отримані дані підтверджують високу ефективність психологічного втручання, спрямованого на корекцію психоемоційних процесів у досліджуваній вибірці. Поліпшення в емоційній самооцінці, зниження рівня алекситимії та зменшення ірраціональних настанов створюють міцну основу для подальшого зміцнення психічного здоров'я та підвищення адаптивних можливостей особистості. Ці результати мають

важливе практичне значення і можуть бути використані для розробки та впровадження ефективних програм психологічної підтримки в різних контекстах, особливо у роботі з особами, які потребують корекції емоційної сфери.

3.3. Психологічні рекомендації по роботі з клієнтами, схильними до психосоматичних розладів

Беручи до уваги результати дослідження, нами було розроблено рекомендації та практичні поради для психологів щодо роботи з психосоматичними клієнтами за допомогою МАК:

1. Забезпечити атмосферу прийняття, безоціночності та підтримки.
2. Встановити довірливий контакт, що дає змогу клієнту відкрито говорити про тілесні скарги без стигматизації.
3. Важливо визнати суб'єктивну значущість симптомів, навіть за відсутності органічного порушення.
4. Надати інформацію про зв'язок психіки й тіла (психосоматика як форма реакції організму на тривалий стрес, емоційне напруження, конфлікти).
5. Пояснити клієнту, що симптом не є «вигадкою», а формою вираження психологічної проблеми через тіло.
6. Ознайомити з поняттями: алекситимія, психоемоційне вигорання, вторинна вигода симптоматики.
7. Дослідити тілесний симптом як метафору внутрішнього стану: запропонувати клієнту вибрати карту, яка найточніше символізує біль/напругу/дискомфорт.
8. Провести техніку «Діалог із тілом» – клієнт від імені «болючої частини» формулює послання до себе.
9. Використати ресурсні карти – виявлення внутрішніх сил, які можуть допомогти у зціленні.

10. Проводити техніки візуалізації, казкотерапії або сторітелінгу за обраними картами.
11. Навчити клієнта розпізнавати, називати й виражати емоції.
12. Використовувати техніки щоденників емоцій, відображення почуттів, малюнкові методики.
13. Робота над алекситимією (труднощі у вираженні почуттів) як частою супутньою проблемою психосоматики.
14. Впровадження технік релаксації: дихальні вправи, прогресивна м'язова релаксація, майндфулнес.
15. Навчання методам саморегуляції: тілесне сканування, усвідомлення тілесних сигналів.
16. Робота з внутрішніми конфліктами, пережитими травмами, які зумовлюють тілесні прояви.
17. Допомога у виявленні вторинних вигод від симптомів (наприклад, увага оточення, уникнення відповідальності).
18. Спрямовання роботи на пошук альтернативних способів задоволення цих потреб без тілесного страждання.
19. Підтримка нових моделей мислення, зниження ірраціональних переконань («я маю бути сильним», «я не можу просити про допомогу»).
20. Підтримка тілесної усвідомленості (body awareness) – вміння чути й розуміти сигнали тіла.
21. Рекомендації на користь помірної фізичної активності, контактної тілесної терапії, творчих практик (танець, малювання, робота з глиною тощо).
22. Можна залучати методи арттерапії, кінезіотерапії, йога-терапії, каністерапії тощо.

Висновки до розділу 3

Проведене обґрунтування програми психологічної допомоги особам із психосоматичними розладами засвідчило її теоретичну доцільність та практичну значущість. Програма базується на сучасному розумінні психосоматичних порушень як результату хронічного емоційного напруження, пригнічення почуттів, низького рівня усвідомлення власного емоційного стану та відсутності ефективних навичок саморегуляції. У цьому контексті використання метафоричних асоціативних карт (МАК) постає як потужний інструмент психологічної допомоги, який дозволяє візуально та безпечно працювати з глибинними емоційними переживаннями, активізувати внутрішні ресурси особистості та сприяти розвитку емоційної компетентності.

Програма побудована на принципах безпечної групової взаємодії, конфіденційності, емпатії та підтримки, що створює сприятливе середовище для особистісного розкриття учасників. Її структура охоплює ключові етапи психологічної допомоги – від встановлення терапевтичного контакту до формування нових ресурсних моделей поведінки – і логічно узгоджується з поставленою метою: зниження рівня психологічного дистресу, покращення емоційної саморегуляції та зменшення психосоматичних проявів.

Особливістю програми є її гнучкість та адаптивність до індивідуальних запитів учасників, що дозволяє цілеспрямовано впливати на психологічні механізми, які лежать в основі соматичних симптомів. Залучення МАК у поєднанні з рефлексією, символічним моделюванням і груповою динамікою сприяє глибокій внутрішній роботі, формуванню нових патернів реагування та здатності до самопомоги.

Таким чином, впровадження програми є науково обґрунтованим і методично вивіреном психокорекційним заходом, що має потенціал для практичного використання у сфері психологічного супроводу осіб із психосоматичними розладами. Очікувані позитивні результати, окреслені в

описі, дозволяють сподіватися на її ефективність, що буде підтверджено результатами формувального експерименту.

Аналіз результатів контрольного експерименту дозволяє зробити чіткі висновки щодо ефективності впровадженої програми психологічної допомоги з використанням метафоричних асоціативних карт (МАК) для осіб із психосоматичними розладами. Проведене повторне обстеження експериментальної та контрольної груп виявило, що саме в експериментальній групі відбулися позитивні зрушення у низці ключових психоемоційних показників, тоді як у контрольній групі змін або не зафіксовано, або спостерігається незначна, випадкова динаміка.

По-перше, за методикою самооцінки емоційного стану Уесманна-Рікса у експериментальній групі відзначається суттєве покращення емоційного фону: зменшення частки осіб із поганим або погіршеним станом та збільшення тих, хто оцінює свій стан як добрий або дуже добрий. Статистично значущі відмінності ($p < 0,05$) підтверджують, що ці зміни не є випадковими, а зумовлені цілеспрямованим впливом корекційної програми.

По-друге, застосування Торонтської шкали алекситимії (TAS-20) дозволило зафіксувати значне зниження рівня алекситимії в експериментальній групі. Частка учасників із високим рівнем цього показника зменшилася більш ніж утричі, тоді як кількість осіб із нормальним рівнем зросла. Це свідчить про те, що програма з МАК допомогла учасникам краще усвідомлювати та виражати власні емоції, що є ключовим фактором у профілактиці психосоматичних розладів.

По-третє, результати за методикою діагностики ірраціональних настанов вказують на суттєве зниження деструктивних переконань серед учасників експериментальної групи. Зросла кількість осіб без ірраціональних настанов, а частка тих, хто мав високий ризик розвитку стресових реакцій, навпаки, зменшилась. Таким чином, програма сприяє формуванню більш адаптивного мислення, що, у свою чергу, підвищує стресостійкість.

Водночас, результати за Гіссенським опитувальником соматичних скарг не виявили статистично значущих змін. Це дозволяє припустити, що психосоматичні симптоми потребують довшого періоду для прояву позитивної динаміки, або ж потребують паралельного медичного супроводу. Проте навіть за цією методикою у контрольній групі спостерігалось зростання окремих скарг, що опосередковано свідчить на користь втручання.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що розроблена психологічна програма показала високу ефективність у зниженні емоційного дистресу, покращенні емоційного самопочуття, зменшенні алекситимії та ірраціональних переконань. Застосування метафоричних асоціативних карт стало дієвим методом у підвищенні емоційної усвідомленості та психологічної стійкості. Отримані результати мають як наукову, так і практичну цінність та можуть бути інтегровані у практику роботи психологів із особами, які мають психосоматичні розлади.

ВИСНОВКИ

Теоретичне та емпіричне вивчення теми дослідження дають можливість зробити наступні висновки:

1. Проведений теоретичний аналіз психологічної літератури дозволив дійти висновку, що психосоматичні розлади є складними багатофакторними станами, які виникають у результаті взаємодії психологічних, соціальних та біологічних чинників. Центральним компонентом у розвитку психосоматичних порушень є хронічний психологічний стрес, емоційне напруження, неусвідомлені або витіснені переживання, тривожність, депресивні реакції, а також алекситимія – труднощі у розпізнаванні та вербалізації власних емоцій. Значну роль у виникненні таких розладів відіграють ірраціональні переконання, порушення емоційної регуляції, тривожна особистісна структура, а також несприятливе соціальне оточення.

Найпоширеніші психосоматичні симптоми включають скарги на серцево-судинну, шлунково-кишкову, дихальну, ендокринну та імунну системи, які не завжди мають чітку соматичну основу. Ці симптоми, хоча й проявляються на фізіологічному рівні, мають психологічне походження, і тому потребують комплексного підходу до діагностики та корекції.

Методи допомоги особам з психосоматичними розладами мають бути цілісними і включати як медичне, так і психотерапевтичне втручання. У психологічному аспекті ефективними є когнітивно-поведінкова терапія, гештальт-терапія, тілесно-орієнтовані практики, арттерапія, а також сучасні методи активної корекції, зокрема робота з метафоричними асоціативними картками (МАК). Вони сприяють усвідомленню внутрішніх конфліктів, вербалізації емоцій, зниженню психоемоційної напруги та формуванню більш адаптивних моделей реагування на стрес.

2. Проведене теоретичне та практичне дослідження механізмів впливу метафоричних асоціативних карт (МАК) дозволяє зробити висновок, що цей інструмент є ефективним методом глибинної психокорекції, самопізнання та

роботи з особистісними труднощами. Зокрема, при роботі з особами, схильними до психосоматичних розладів, МАК допомагають усвідомити взаємозв'язок між емоційними переживаннями та тілесними симптомами, сприяючи їхньому пом'якшенню та зниженню психоемоційного напруження.

МАК активізують внутрішні ресурси людини через проєктивні механізми, сприяючи виведенню на свідомий рівень неусвідомлених переживань, емоцій, конфліктів і патернів поведінки. Робота з образами, символами та метафорами дозволяє обійти психологічні захисти та обмеження раціонального мислення, дає можливість у безпечній формі осмислити свій внутрішній досвід, інтерпретувати його крізь призму особистісних асоціацій, а також сформувати нове бачення ситуації, власної ролі та можливостей впливу. Це сприяє емоційному розвантаженню, зміцненню самоідентичності, переосмисленню цінностей та формуванню нових моделей поведінки.

Методика роботи з МАК має високий ступінь гнучкості та може застосовуватися в індивідуальному, груповому, сімейному та консультативному форматах. Вона ефективна при роботі з такими запитами, як: емоційне вигорання, внутрішні конфлікти, труднощі у міжособистісних стосунках, занижена самооцінка, тривожність, психосоматичні скарги, посттравматичні переживання тощо.

3. У процесі дослідження було здійснено ретельний відбір діагностичного інструментарію, який дозволив комплексно оцінити психоемоційний стан учасників та виявити специфіку психосоматичних проявів. До складу діагностичних методик увійшли: «Гісенський опитувальник соматичних скарг», «Методика самооцінки емоційного стану Уесманна-Рікса», «Торонтська шкала алекситимії (TAS-20)» та «Методика діагностики ірраціональних настанов». Кожна з цих методик спрямована на вивчення окремих аспектів психосоматичних проявів – від тілесних симптомів до когнітивно-емоційних механізмів.

Проведене обстеження продемонструвало наявність виснаження, а також шлункових, серцевих і ревматичних скарг, не підтверджених медичними діагнозами, що свідчить про психосоматичне походження.

Результати також виявили високий рівень алекситимії, що свідчить про труднощі з усвідомленням і вербалізацією власних емоцій. Водночас відзначається значна поширеність ірраціональних настанов, які негативно впливають на адаптацію до стресових ситуацій і посилюють внутрішній конфлікт.

Вищезазначені результати підтверджують доцільність використання обраного діагностичного комплексу для вивчення психосоматичних розладів, оскільки він дає змогу виявити не лише симптоми, а й їхнє психологічне підґрунтя — емоційні порушення, когнітивні викривлення та труднощі з емоційною регуляцією. Проведене дослідження підкреслює необхідність своєчасної психологічної допомоги, орієнтованої як на роботу з емоційною сферою, так і з когнітивними установками, з метою профілактики та корекції психосоматичних проявів.

4. На основі результатів теоретичного аналізу та емпіричного дослідження було розроблено та впроваджено програму психологічної допомоги для осіб, схильних до психосоматичних розладів, ключовим інструментом якої стали метафоричні асоціативні карти (МАК). Програма побудована з урахуванням основних психологічних механізмів психосоматичних симптомів — емоційного пригнічення, алекситимії, ірраціональних настанов та хронічного стресу.

Заняття спрямовані на зниження психоемоційного напруження, розвиток емоційної усвідомленості та формування навичок саморегуляції, а групова форма забезпечує підтримку та можливість спільної рефлексії.

Програма сприяла емоційному розвантаженню, усвідомленню внутрішніх конфліктів, трансформації деструктивних установок та активізації внутрішніх ресурсів. Це підтверджує ефективність та доцільність подальшого використання МАК у корекції психосоматичних розладів.

5. Проведений аналіз результатів психологічної роботи з використанням метафоричних асоціативних карт у межах експериментальної програми засвідчив статистично підтверджену позитивну динаміку у сфері емоційного самопочуття, здатності до емоційної рефлексії, а також у зміні когнітивних установок, що мають вирішальне значення у розвитку та підтриманні психосоматичних симптомів.

Зокрема, суттєве покращення результатів за методикою самооцінки емоційного стану Уесманна-Рікса вказує на зниження психологічного дистресу та стабілізацію емоційного фону у представників експериментальної групи. Торонтська шкала алекситимії показала значне зменшення рівня алекситимії, що свідчить про зростання здатності учасників усвідомлювати й опрацьовувати власні емоції – критично важливий чинник у подоланні психосоматичних проявів.

Методика діагностики ірраціональних настанов виявила зменшення кількості деструктивних переконань та підвищення психологічної стійкості до стресових ситуацій, що свідчить про позитивні зміни у когнітивній сфері – зокрема, у сприйнятті труднощів та внутрішніх переживань.

Попри відсутність статистично значущого зменшення соматичних скарг за Гіссенським опитувальником, стабільність показників в експериментальній групі на тлі їх зростання у контрольній дозволяє припустити опосередкований захисний вплив психологічного втручання. Це підкреслює потребу в довготривалішому спостереженні за динамікою тілесних симптомів та важливість комплексного підходу до лікування психосоматичних розладів.

Отримані дані підтверджують, що застосування МАК сприяє зниженню емоційного дистресу, розвитку емоційної компетентності та формуванню здоровіших способів реагування на стрес.

6. На основі проведеного теоретичного та емпіричного дослідження, а також аналізу практичного досвіду застосування метафоричних асоціативних карт (МАК) у роботі з особами, схильними до психосоматичних розладів,

можна сформулювати низку рекомендацій для ефективного використання цього інструменту в психологічній допомозі.

По-перше, МАК слід застосовувати як частину комплексної психокорекційної програми, орієнтованої на розвиток емоційної усвідомленості, вербалізацію пригнічених емоцій та активізацію внутрішніх ресурсів клієнта. Опрацювання символічних образів сприяє безпечному виведенню глибинних переживань на рівень усвідомлення, що сприяє зниженню психологічного дистресу та зменшенню тілесних симптомів.

По-друге, ефективним є груповий формат, який забезпечує підтримку, емпатію та можливість спільного опрацювання проблем. Це підвищує мотивацію до змін і формує відчуття спільності, позитивно впливаючи на реабілітаційний процес.

По-третє, важливо поєднувати використання МАК із психоедукацією, спрямованою на усвідомлення зв'язку між емоціями та тілесними симптомами, а також розвиток навичок емоційної саморегуляції, що сприятиме формуванню адаптивних стратегій подолання стресу.

По-четверте, під час роботи з МАК слід дотримуватися етичних принципів конфіденційності, емпатії та створення безпечного психологічного простору, що забезпечує відкритість клієнта.

По-п'яте, для досягнення стійких позитивних результатів рекомендовано систематичне застосування МАК протягом кількох сесій під супроводом кваліфікованого психолога, здатного адаптувати методики до індивідуальних особливостей клієнтів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова, Л. М. (2018). Психологічні особливості саморегуляції харчової поведінки жінок. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*, 4, 9–16.
2. Айві, А. (1998). *Цілеспрямоване інтерв'ювання і консультування: сприяння розвитку клієнта*. Київ: Сфера.
3. Американська психіатрична асоціація. (2024). *Довідник діагностичних критеріїв DSM-5-TR*. Львів: Компанія «Манускрипт».
4. Бамбурак, Н. (2019). Концептуальні орієнтири дослідження проблеми психосоматичних розладів. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Психологічні науки*, 14.3, 5–17.
5. Бамбурак, Н. (2019). Психологічний аналіз проблеми систематики психосоматичних розладів. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Психологічні науки*, 14.3, 18–31.
6. Бамбурак, Н. М., & Гуцман, М. С. (2017). Динаміка суб'єктивного проживання стресу особистістю. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна*, 1, 143–151.
7. Блінов, О. А. (2016). Метафоричні асоціативні карти як сучасний метод психологічної хірургії. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*, 4 (29), 6–11.
8. Бойчук, Н., & Іванюта, О. В. (2020). *Соматоформні розлади: презентація*. Рівне.
9. Бородін, О. В., & Кушмирук, Є. С. (н.д). Історичний аспект психосоматичних розладів. *Освітній вимір*, 2, 1–7. <https://e-journals.udu.edu.ua/index.php/on/article/download/610/523/1960>

10. Бриль, М. М. (2019). Метафоричні асоціативні карти як інструмент у психології професійного визначення. *Актуальні проблеми психології*, 52, 69–76.
11. Видолоб, Н. О. (2017). До питання норми у психосоматиці. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*, 6 (1), 9–13.
12. Візнюк, І. М. (2019). Психодіагностичні критерії іпохондричних розладів особистості в аспекті диференційного підходу. *Psychological Journal*, 5 (12), 194–206.
13. Вітенко, І. С. (1994). *Загальна та медична психологія: Підручник для медичних вузів*. Київ: Здоров'я.
14. Вітенко, І. С., & Чабан. (2003). *Основи загальної і медичної психології*. Тернопіль: Укрмедкнига.
15. Ворона, О. В., & Діхтяренко, С. Ю. (2020). Діагностичні можливості МАК при вивченні особистості. У: *Наукові психологічні дослідження і розробки молодих вчених: Збірник матеріалів IX-тої Всеукраїнської наукової інтернет-конференції* (с. 33–35). Умань.
16. Гавенко, В. Л., Бітенський, В. С., Абрамов, В. А., та ін. (2015). *Психіатрія і наркологія: підручник* (2-ге вид., переробл. і допов.). ВСВ «Медицина».
17. Галецька, І., & Сосновський, Т. (2006). *Психологія здоров'я: теорія та практика*. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка.
18. Гіссенський опитувальник психосоматичних скарг. URL: <https://www.scribd.com/document/731176672/Гіссенський-опитувальник-соматичних-скарг>
19. Грищик, О. Ю. (2020). Історія становлення психосоматики як напрямку науки. *Архіваріус*, 7 (52). URL: https://archivarius.org.ua/Archive/new/Arkivarius_20_09_2020.pdf
20. Дементьєва, І. Г. (2022). Психосоматичні розлади у вимушено переміщених осіб під час війни. У: *Матеріали наукової конференції*

Вінницької академії безперервної освіти (с. 60–67).

URL: [https://docs.academia.vn.ua/bitstream/handle/123456789/1164/збірник_2022_1673449627%20\(1\)-60-67.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://docs.academia.vn.ua/bitstream/handle/123456789/1164/збірник_2022_1673449627%20(1)-60-67.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

21. Дідковська, Л. І. (2020). Когнітивні уявлення про хворобу як чинник психологічного благополуччя у ситуації хронічного захворювання. У: *Тези звітної наукової конференції філософського факультету Львівського національного університету імені Івана Франка* (с. 138–140). Львів.

22. Дідковська, Л. І. (2013). Особливості психологічного захисту в структурі ВКХ при різних соматичних захворюваннях. *Вісник Львівського університету. Серія: філософські науки*, 16, 249–260.

23. Дідковська, Л. І. (2021). Психологічні ресурси та копінг-стратегії осіб із хронічним соматичним захворюванням. У: *Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Психологічна наука та практика XXI століття», 26–27 березня 2021 р.* (с. 71–75). Львів: Видавничий дім «Гельветика».

24. Дідковська, Л. І. (2010). *Психосоматика: основи психодіагностики та психотерапії: навчальний посібник для вузів*. Львів: Видавничий центр Львівського національного університету ім. І. Франка.

25. Дідковська, Л. І. (2020). Ставлення до хвороби та психологічне благополуччя осіб у ситуації хронічного соматичного захворювання. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*, 1, 182–189. http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp_2020_1_27

26. Діомідова, Н. (2022). Ефективність МАК «Подолання» у розвитку стресостійкості особистості. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія*, 65, 251–261.

27. Друзь, О. В., Аймедов, К. В., Луньов, В. Є., & Черненко, І. О. (2016). *Психосоматичні та соматопсихічні розлади в практиці медичного психолога* (Монографія). Одеса: Прес-кур'єр.

28. Жукотанська, В. П. (2022). Специфіка психосоматичних розладів, їх прояви та характеристика. *Вісник студентського наукового товариства ДонНУ імені Василя Стуса*, 2.14, 118–122.
29. Завацький, Ю. А., & Завацький, В. Ю. (2016). Соціально-психологічні умови психопрофілактики та корекції посттравматичних стресових розладів у молоді. URL: https://library.sspu.edu.ua/wp-content/uploads/2018/04/Osobistist_u_krizovich_2016.pdf#page=252
30. Завгородня, О. В., Степура, Є. В., & Депутат, В. В. Алекситимія як гетерогенний феномен. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/727983/1/стаття%20%20Завгородня%20Степура%20Депутат%202.pdf>
31. Завязкіна, Н., & Ведмеденко, А. (2020). Алекситимія як чинник соматизації психологічних проблем. *Проблеми сучасної психології*, 50, 11–30.
32. Камінський, В. В. (2018). Вегетативні та психосоматичні розлади у жінок під час вагітності. *Семейная медицина*, 3, 129–137.
33. Кархіна, Н. (2019). Теоретичні аспекти психологічного благополуччя в екзистенційному розумінні. *Psychological Prospects Journal*, 33, 127–138.
34. Касьянова, М. (2014). Сучасна психокардіологія: стан та перспективи розвитку у сфері дитячої кардіохірургії. *Медична психологія*, 4, 3–7.
35. Клібайс, Т. В., & Дець, О. П. (2019). Психологічні особливості настановлень осіб із психосоматичними захворюваннями. *Педагогічна освіта: теорія і практика. Психологія. Педагогіка*, 32, 64–67.
36. Козинець, О. Д. (2019). Методологічне підґрунтя дослідження проблеми управління розвитком шкіл передового досвіду в системі медичної освіти України (друга половина ХХ століття). У: *Інновації в початковій освіті: проблеми, перспективи, відповіді на виклики сьогодення: матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф.* (с. 32–34). Полтава: ПНПУ імені В. Г. Короленка.

37. Коростій, В. І. (2013). Прогнозування та психотерапевтична корекція емоційних розладів при психосоматичних захворюваннях. *Медична психологія*, 3, 56–62.
38. Коцан, І. Я., Ложкін, Г. В., & Мушкевич, М. І. (2011). *Психологія здоров'я людини*. Луцьк: РВВ «Вежа» Волинського національного університету імені Лесі Українки.
39. Кузнецов, Ю. (2016). Зигмунд Фройд: народження нової філософії. *Психологія і суспільство*, 4, 6–16.
40. Кукуруза, Г. В., Беляєва, О. Е., Циліорик, С. М., & Кирилова, О. О. (2007). Внутрішня картина здоров'я дітей і підлітків як психологічний феномен. *Наукові записки Інституту психології імені Г. С. Костюка АПН України*, 32, 148–157.
41. Левада, О. А., & Троян, О. С. (2018). Психічні розлади із соматичними симптомами: місце в сучасних класифікаціях, дефініції, діагностика та лікування. *Архів психіатрії*, 24, 6–14.
42. Лєсніченко, Н. П. (2018). Психосоматика у фокусі історії. У: *Харківський осінній марафон психотехнологій: Матеріали наук.-практ. конф.* (Ч. 2, с. 200–204). Харків: Діса плюс.
43. Лісова, О. С. (2008). *Психологічні особливості внутрішньої картини здоров'я в осіб з виразковою хворобою* (Автореферат дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук). Харківська медична академія післядипломної освіти.
44. Маловицька, Л. Ф. (2017). Метафоричні асоціативні зображення (карти) як арттерапевтичний метод психологічної трансформації особистості. *Андрагогічний вісник*, 1, 163–173.
45. Малярська, Н. В. (2015). Вегетативні симптоми – психосоматичні розлади. *Science and Education a New Dimension. Natural and Technical Sciences*, 58 (7), 21–23
46. Марценюк, М. О. (2020). Метафоричні асоціативні карти як універсальний інструмент в роботі психолога. In *Science and Education in the*

Modern World: Challenges of the XXI Century. Матеріали VII Міжнародної наук.-практ. конференції (с. 55–59).

47. Методика самооцінки емоційного стану Уессмана-Рікса. (н.д). URL: <https://de.scribd.com/document/790839099/Методика-самооцінки-емоційного-стану-Уессмана-Рікса>

48. Мілорадова, Н. Е. Базові прийоми використання метафоричних асоціативних карт (МАК) «Монстрики почуттів» у роботі фахівців допомагаючих професій. <https://dspace.univd.edu.ua/bitstreams/f7a2e806-daff-4505-9b4a-29af667f1070/download>

49. Мілорадова, Н. Е. (2012). Метафоричні асоціативні карти як інструмент психокорекції та психопрофілактики посттравматичних стресових розладів. *Вісник Національного університету оборони України*, 4 (28), 207–211.

50. Мітченко, К. В. *Фундаментальні основи роботи з МАК: особливості роботи та практичні вправи для використання в роботі психологами.* <https://er.dduvs.edu.ua/bitstream/123456789/15731/1>

51. Мітюков, В. О., Закревський, О. П., Самсонов, О. В., та ін. (2011). Нервова анорексія та булімія у дівчат-підлітків та молодих жінок репродуктивного віку: клініка, проблеми лікування, фізична та психологічна реабілітація. *Вісник Одеського національного університету. Психологія*, 16 (11, ч. 1), 281–289.

52. Москальова, А. С. (2015). Психологічні особливості проявів поведінкового типу А серед керівників освітніх організацій. *Проблеми сучасної психології*, 27, 318–330.

53. Опаріна, Т. М., & Ткаченко, А. В. Сутнісний аналіз використання метафоричних асоціативних карт в практичній психології. URL: <https://rep.nuos.edu.ua/server/api/core/bitstreams/630bcb14-13fa-4c68-a302-b0f571c33754/content>

54. Осадько, О. (2005). Психосоматичні проблеми педагогічних працівників. *Психолог*, 34, 19–22.

55. Пелешенко, О. В., & Гордієнко, К. В. (н.д.). Метафоричні асоціативні карти як інструмент для виявлення проблеми внутрішнього стану людини. <https://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi60/0044466.pdf#page=173>
56. Пелешенко, О. В., & Гордієнко, К. В. (2019). Метафоричні асоціативні карти як сучасний метод консультаційної роботи психолога. URL: https://sci-conf.com.ua/wp-content/uploads/2019/10/scientific-achievements-of-modern-society_9-11.10.19.pdf#page=87
57. Пелешенко, О. В., & Гордієнко, К. В. (2019). Метафоричні асоціативні карти як інструмент для виявлення проблеми внутрішнього стану людини. У: *Психолого-педагогічні, правові та соціально-культурні проблеми сучасного суспільства: Матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Кременчук, 16–17 жовтня 2019 р.). Кременчук.
58. Перетятко, Л. Г. (2016). Психосоматична складова розвитку серцево-судинних захворювань. *Психологія і особистість*, 2, 117–125.
59. Перетятко, Л., & Тесленко, М. (2017). Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми. *Психологія і особистість*, 2, 137–147.
60. Петрусенко, Н. О. (н.д.) Актуальні проблеми застосування асоціативно метафоричних карток. URL: <https://el-conf.com.ua/wp-content/uploads/2019/01/частина-10.pdf#page=58>
61. Пилягіна, Г. Я., Хаустова, О. О., Чабан, О. С., та ін. (2020). *Медична психологія: В 2-х т. Т. 1. Загальна медична психологія*. Вінниця: Нова Книга.
62. Пилягіна, Г. Я., Хаустова, О. О., Чабан, О. С., та ін. (2020). *Медична психологія: В 2-х т. Т. 2. Спеціальна медична психологія*. Вінниця: Нова Книга.
63. Полшкова, С. Г. (2011). Психосоматичні розлади в осіб небезпечних видів професій. *Вісник наукових досліджень*, 4, 104–106.
64. Прокопов, В. М. (2023). Психологічні особливості психосоматичного розвитку у дітей раннього віку. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія*, 34 (73), 160–165.

65. Распутін, В. В., & Распутіна, Л. В. (2014). Психосоматичні розлади при ішемічній хворобі серця: сучасні погляди, особливості патогенезу та лікування. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 2, 557–561.
66. Рештакова, Н. О. (н.д.) Депресія як один з чинників, що сприяють розвитку психосоматичних розладів. <https://core.ac.uk/download/pdf/287307938.pdf>
67. Розов, В. І. (2005). Адаптивні антистресові психотехнології. Київ: Кондор.
68. Сабашенко, Л. М., & Чистовська, Ю. Ю. (н.д.). *Корекція психосоматичних розладів*. <https://salo.li/E599327>
69. Сегеда, О. О. (2012). Психосоматичні захворювання як предмет психологічної експертизи. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія*, 43 (1), 156–163.
70. Середа, І. В. (2022). *Основи психосоматики: Навчально-методичний посібник для самостійної роботи студентів з курсу за змішаною формою навчання*. Видавець Румянцева Г. В.
71. Татьянчиков, А. О. (2020). *Основи психосоматики та психогенетики: навчально-методичні рекомендації (в допомогу до самостійної роботи для здобувачів вищої освіти ступеня магістра факультету психології, політології та соціології)*. Одеса: Фенікс. URL: <https://hdl.handle.net/11300/13461>
72. Терешкова, С. В. (2021). Використання метафоричних асоціативних карт як універсальний психологічний інструмент роботи з клієнтами. URL: https://uu.edu.ua/upload/Nauka/Electronni_naukovi_vidannya/2021/090621.pdf#page=391
73. Ткаченко, А. В. Використання метафоричних асоціативних карт (МАК) в практичній психології. URL: <https://rep.nuos.edu.ua/server/api/core/bitstreams/29fb933e-a0b9-4164-86ff-0726e7076ff1/content>

74. Василюк, В. В., Шаповал, І. І., Шалковський, Є. І., Клебанська, А. О., & Станіславчук, М. А. (2023). Крос-культурна адаптація україномовної версії Торонтської шкали алекситимії TAS-20: апробація у хворих на анкілозивний спондиліт. *Український ревматологічний журнал*, 91 (1), 24–30. URL: <https://www.rheumatology.kiev.ua/article/17556/kros-kulturna-adaptacziya-ukra%D1%97nomovno%D1%97-versi%D1%97-torontsko%D1%97-shkali-aleksitimi%D1%97-tas-20-aprobacziya-u-hvorih-na-ankilozivnij-spondilit>
75. Ушакова, І. А. (2024). Використання метафоричних асоціативних карт в корекції психотравмуючих емоційних станів. URL: https://duan.edu.ua/wp-content/uploads/2024/04/3birnyk-2024-psykholohy_.pdf#page=306
76. Харченко, Д. М. Психосоматичні розлади у людей з різним ступенем тривожності. URL: <http://appsychology.org.ua/data/jrn/v7/i6/58.pdf>
77. Харченко, Д. М. (2013). Чинники впливу на психосоматичні розлади. *Науковий вісник Миколаївського державного університету імені В. О. Сухомлинського. Серія: Психологічні науки*, 11, 302–306.
78. Цільмак, О. М. (2021). Основні умови застосування у процесі психологічного консультування метафоричних асоціативних карт. URL: https://sci.ldubgd.edu.ua/bitstream/123456789/9289/1/%D0%A2%D0%B5%D0%B7%D0%B8_22-10-2021.pdf#page=317
79. Чабан, О. С., & Хаустова, О. О. (2004). Психосоматичні розлади: нові аспекти розуміння, діагностики та лікування. *Нова медицина*, 5, 26–30.
80. Червинська, О. М. (2013). Психосоматика. Психосоматичні розлади. Психосоматичний підхід. *Український науково-медичний молодіжний журнал*, 2, 70–72.
81. Чернявська, С. М. Навчально-методичний комплекс «Метафоричні асоціативні карти у роботі психолога». URL: <https://er.nau.edu.ua/items/6e6534a9-a6ca-44c2-90e2-f9b7fe2facb9>
82. Шебанова, В. І. (2012). Корекція порушень харчової поведінки по екстернальному типу. *Вісник Одеського національного університету*.

Психологія, 17 (8), 729–734. http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Vonu_psi_2012_17_8_89.pdf

83. Шебанова, В. (2020). Метафоричні асоціативні карти в роботі психолога. *Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології»*, 50, 289–307.

84. Шебанова, В. І. Метафоричні асоціативні карти як інструмент психологічної допомоги особистості у кризових та критичних ситуаціях життя. <https://salo.li/d3Ce719>

85. Шебанова, В. І. (2013). Психокорекція екстернальної харчової поведінки методом аутогенного тренування. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*, 3, 290–298.

86. Шевченко, А., Губенко, І., & Карнацька, О. (2021). *Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування*. Київ: Медицина.

87. Шевченко, В. Є. Метафоричні асоціативні картки як інструмент у роботі практичного психолога. https://sspu.edu.ua/images/2022/docs/naukovi-konf/zbirnik_suchasniy_osvitniy_prostir_konferenciya_3792a.pdf#page=39

88. Шелег, Л. С. (2015). Досвід медико-психологічної реабілітації осіб, які страждають на психосоматичні розлади. *Вісник Національного університету оборони України*, 1, 259–264.

89. Шелег, Л. С. (2015). Змістові компоненти психологічного супроводження осіб, які страждають на психосоматичні розлади. URL: https://library.sspu.edu.ua/wp-content/uploads/2018/04/Aktualny_pitannya_suc.psihologii_2_2015.pdf#page=346

90. Шелег, Л. С. (2015). Класифікація концепцій та основні ознаки психосоматичних розладів. *Актуальні проблеми психології*, 21, 313–321.

91. Шелег, Л. С. Сутність медико-психологічної реабілітації осіб, які страждають на психосоматичні розлади. <https://elar.navs.edu.ua/server/api/core/bitstreams/7e3a95c7-6610-42a5-8a71-90d17243586e/content>

92. Шмаргун, В. М. (2016). Проблема психосоматичного в сучасній психології. *Педагогічний процес: теорія і практика*, 1, 35–41.
93. Штифурак, В. С., & Шпортун, О. М. (н.д.). Феноменологія, практика та корекція психологічного здоров'я особистості. URL: <https://r.donnu.edu.ua/bitstream/123456789/110/1/%d1%88%d1%82%d0%b8%d1%84%20%d0%a8%d0%bf%d0%be%d1%80%d1%82.pdf>
94. Яцина, О. Ф. (2022). Емоції і хвороби: до питання про психосоматику. У: Матеріали четвертого міжнародного симпозіуму «Освіта й здоров'я підростаючого покоління»: Зб. наук. праць / За ред. Страшка С. В. – Вип. 4. – К.: Алатон, с. 137–139. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/items/caa4c2fd-5f25-47f4-9f8c-d5671f6ff798>
95. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.)*. American Psychiatric Publishing.
96. Koopmans, P. C., Sanderman, R., Timmerman, I., & Emmelkamp, P. M. G. (1994). The Irrational Beliefs Inventory (IBI): Development and psychometric evaluation. *European Journal of Psychological Assessment*, 10 (1), 15–27.
97. Lane, R. D., Lee Sechrest, R., & Riedel, R. (1998). Sociodemographic correlates of alexithymia. *Comprehensive Psychiatry*, 39 (6), 377–385.
98. Lumley, M. A., Lynn, C. N., & Burger, A. J. (2007). The assessment of alexithymia in medical settings: Implications for understanding and treating health problems. *Journal of Personality Assessment*, 89 (3), 230–246.
99. Messina, A., Beadle, J. N., & Paradiso, S. (2014). Towards a classification of alexithymia: Primary, secondary and organic. *Journal of Psychopathology*, 20, 38–49.
100. Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of «alexithymic» characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255–262.
101. Taylor, G. J. (1984). Alexithymia: The concept, measurement, and implications for treatment. *The American Journal of Psychiatry*, 141, 725–732.

102. Wessely, S., Nimnuan, C., & Sharpe, M. (1999). Functional somatic syndromes: One or many? *The Lancet*, 354 (9182), 936–939.
103. Wessman, A. E., & Ricks, D. F. (1966). *Mood and Adjustment*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
104. World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). URL: <https://icd.who.int/>

ДОДАТКИ

Додаток А

«Гіссенський опитувальник соматичних скарг»

Гіссенський опитувальник соматичних скарг виявляє інтенсивність емоційно забарвлених скарг з приводу фізичного стану здоров'я, яка високо корелює з маскованою депресією. Для правильної інтерпретації необхідно з'ясувати, чи немає у обстежуваного встановлених соматичних захворювань з підтвердженими діагнозами.

Опитувальник має 5 шкал:

Е: Виснаження.

М: Шлункові скарги.

Г: Ревматичний фактор.

Н: Серцеві скарги.

Загальний бал.

Інструкція: Поставте після кожного пункту опитувальника цифру, яка відповідає вашому звичайному стану:

0 - не турбує ніколи;

1 - турбує дуже рідко;

2 - часом турбує;

3 - часто турбує;

4 - турбує майже постійно.

Е:

- Відчуття слабкості,
- Підвищена сонливість,
- Швидка виснажуваність,
- Втома,
- Відчуття оглушеності,
- Млявість.

G:

- Біль в суглобах і кінцівках,
- Біль в попереку або спині,
- Біль в шії, потилиці, плечових суглобах,
- Головний біль,
- Відчуття тяжкості чи втоми в ногах,
- Відчуття тиску в голові.

M:

- Почуття переповнення шлунку,
- Нудота,
- Блювота,
- Відрижка,
- Печія,
- Біль в шлунку.

H:

- Серцебиття, перебої в серці,
- Запаморочення,
- Відчуття кома в горлі,
- Важкість в грудях,
- Напади задухи,
- Серцеві напади.

Оцінка результатів

E: Виснаження. Характеризує суб'єктивне уявлення людини про наявність/втрати життєвої енергії і потреба в допомозі. Корелює з депресивним станом, алекситимією.

M: Шлункові скарги. Шкала відображає вираженість психосоматичних шлункових недуг (епігастральний синдром).

G: Ревматичний фактор. Шкала виражає суб'єктивні страждання людини, що носять алгічний або спастичний характер.

Н: Серцеві скарги. Дана шкала вказує, що респондент локалізує свої нездужання зазвичай у серцево-судинній сфері. Зазвичай, у здорових осіб серцеві скарги найбільш необґрунтовані. Високий бал за шкалою свідчить про приписування собі неіснуючих симптомів з метою привернути увагу або звернутися за допомогою.

Загальний бал: Загальний бал показує інтенсивність соматичних скарг. Добре корелює з депресією, алекситимією, особистісною тривожністю.

Нормативів для окремих шкал не передбачено. Оцінюється загальний бал виходячи з того, що при максимально можливій сумі в 100 балів серед здорових людей 50 % має менше 14 балів, 75 % - менше 20, 100 % - менше 40 балів.

ДОДАТКИ

Додаток Б

«Методика самооцінки емоційного стану Уесманна-Рікса»

Методика самооцінки емоційного стану була розроблена американськими психологами А. Уесманом і Д. Ріксом. Вона є досить простим опитувальником для самооцінки емоційних станів (наводиться її скорочений варіант). Вимірювання в цій методиці проводиться за десятибальною системою.

Інструкція: «Виберіть у кожному із запропонованих наборів тверджень те, яке найточніше відображає Ваш стан зараз. Номер твердження, вибраного з кожного набору, обведіть кружечком у відповідному рядку реєстраційного бланку».

Список тверджень за всіма шкалами

А. «Спокійність – тривожність»

10. Цілковита спокійність. Непохитно впевнений у собі.
9. Виключно холоднокровний, на рідкість впевнений і не хвилююся.
8. Відчуття повного благополуччя. Впевнений і почуваю себе невимушено.
7. В цілому впевнений і вільний від стурбованості.
6. Ніщо особливо мене не турбує. Почуваю себе більш-менш невимушено.
5. Дещо занепокоєний, почуваю себе скуто, трохи стривожений.
4. Переживаю деяку занепокоєність, страх, неспокій або невизначеність. Знервований, хвилююся, роздратований.
3. Значна невпевненість. Вельми травмований невизначеністю. Відчуваю страхи.
2. Величезна тривожність, занепокоєність. Знищений страхом.
1. Повністю збожеволів від страху. Втратив розум. Наляканий труднощами, які не розв'язати.

Б. «Енергійність – втомленість»

10. Поривання, що не знає перешкод. Життєва сила виплескується через край.
9. Життєздатність, величезна енергія, що б'є через край, сильне прагнення до діяльності.
8. Багато енергії, сильна потреба у дії.
7. Почуваю себе свіжим, у запасі значна енергія.
6. Почуваю себе досить свіжим, у міру бадьорий.
5. Злегка втомився. Лінощі. Енергії не вистачає.
4. Доволі стомлений. У запасі не дуже багато енергії.
3. Велика стомленість. Млявий. Мізерні ресурси енергії.
2. Жахливо стомлений. Майже виснажений і практично не здатний до дії. Майже не залишилося запасів енергії.
1. Абсолютно видихався. Нездатний навіть до самого незначного зусилля.

В. «Піднесення – пригніченість»

10. Сильний підйом, запальні веселощі.
9. Збуджений, у піднесеному стані. Сприймає все із захватом.
8. Збуджений, у доброму настрої.
7. Почуваю себе дуже добре. Життєрадісний.
6. Почуваю себе доволі добре, “в порядку”.
5. Почуваю себе трохи пригніченим, “так собі”.
4. Настрій пригнічений і дещо сумний.
3. Пригноблений і почуваю себе дуже пригніченим. Настрій безумовно сумний.
2. Дуже пригнічений. Почуваю себе просто жахливо.
1. Крайня депресія і зневір'я. Пригнічений. Усе чорно й сіро.

Г. «Впевненість у собі – безпорадність»

10. Для мене немає нічого неможливого. Зможу зробити все, що захочу.
9. Відчуваю велику впевненість у собі. Впевнений у своїх звершеннях.
8. Дуже впевнений у своїх здібностях.
7. Відчуваю, що моїх здібностей достатньо й мої перспективи хороші.

6. Почуваю себе доволі компетентним.
5. Відчуваю, що мої вміння й здібності дещо обмежені.
4. Почуваю себе доволі нездібним.
3. Пригнічений своєю слабкістю й нестатком здібностей.
2. Почуваю себе жалюгідним і нещасним. Втомився від своєї некомпетентності.
1. Давить почуття слабкості й марності зусиль. У мене нічого не виходить.

Обробка результатів

Спочатку визначаються показники за кожною зі шкал «Спокійність-тривожність», «Енергійність-втомленість», «Піднесення-пригніченість», «Впевненість у собі-безпорадність», які відповідають обраному респондентом номеру твердження.

Далі обчислюють інтегральний показник емоційного стану респондента за формулою: $EC = (I1 + I2 + I3 + I4) / 4$,

де EC – інтегральний показник емоційного стану;

I1, I2, I3 та I4 – індивідуальні показники за відповідними шкалами.

Інтерпретація результатів EC може змінюватися від 1 до 10. Якщо він знаходиться в межах 8-10 балів, то його можна інтерпретувати як дуже добрий; у межах 6-7 балів – як добрий; 4-5 балів – як погіршений; 1-3 бали – як поганий і дуже поганий.

«Торонтська шкала алекситимії (TAS-20)»

Методика TAS-20 складається з 20 питань, і має три факторні субшкали, які складають загальний бал:

Труднощі з ідентифікацією почуттів (DIF): (1, 3, 6, 7, 9, 13, 14).

Труднощі з описом почуттів (DDF): (2, 4, 11, 12, 17).

Зовнішньо орієнтоване мислення (EOT): (5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20).

Особа, що проходить тестування, має оцінити твердження за 5-бальною шкалою Лайкерта:

- «Цілком не погоджуюсь (1 б),
- «Певною мірою не згоден» (2 б),
- «Важко сказати» (3 б),
- «Певною мірою погоджуюся» (4 б),
- «Цілком згоден» (5 б).

Опитувальник:

1. Мені часто буває важко розібратися, що я відчуваю.
2. Мені важко підбирати вірні слова для своїх почуттів.
3. У мене бувають такі відчуття в тілі, в яких не можуть розібратися навіть лікарі.
4. Я легко можу описати свої почуття.
5. Я волію аналізувати проблеми, а не просто про них розповідати.
6. Коли я засмучений, я не знаю – чи то мені сумно, чи я зляканий, чи злюсь.
7. Відчуття у моєму тілі часто викликають у мене подив.
8. Швидше, я вважаю за краще, щоб все йшло своєю чергою, ніж розбиратимуся, чому вийшло саме так.
9. У мене бувають почуття, які я не можу точно назвати.
10. Дуже важливо усвідомлювати свої емоції.
11. Мені важко описувати, які почуття я відчуваю до інших людей.

12. Люди радять мені більше говорити про свої почуття.
13. Я не знаю, що діється всередині мене.
14. Часто я не знаю, чому я злюсь.
15. Я волію розмовляти з людьми про їхні повсякденні справи, а не про їхні почуття.
16. Я волію дивитися легкі, розважальні програми, а не психологічні драми.
17. Мені важко розкривати свої найпотаємніші почуття, навіть близьким друзям.
18. Я можу відчувати близькість до іншої людини, навіть коли ми мовчимо.
19. При вирішенні особистих проблем я вважаю корисним розібратися у своїх почуттях.
20. Пошук прихованого сенсу у фільмах чи п'єсах заважає отримувати задоволення від них.

Обробка результатів:

Для отримання загального балу бали за зворотними пунктами (реверсивними) перераховуються: 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1.

Зворотний підрахунок застосовується до пунктів: 4, 5, 10, 18, 19.

Загальний бал TAS-20 є сумою балів за всіма 20 пунктами та інтерпретується наступним чином:

≤ 51 бал: Низький рівень алекситимії (відсутність АЛ).

> 51 , але < 61 бал: Межові значення.

≥ 61 бал: Високий рівень алекситимії (клінічно значуща АЛ).

«Методика діагностики ірраціональних переконань»

Опитувальник ірраціональних переконань (ІВІ) був розроблений П. К. Купмансом та колегами (Koortmans et al., 1994) і складається з 50 тверджень. Методика ґрунтується на теоретичній системі Рационально-емоційно-поведінкової терапії Альберта Елліса та вимірює п'ять емпірично виявлених факторів:

- «занепокоєння»,
- «ригідність»,
- «уникнення проблем»,
- «потреба у схваленні»,
- «емоційна безвідповідальність».

Досліджувані мають обрати один варіант відповіді до кожного твердження:

- «повністю не згоден» (1),
- «не згоден» (2),
- «нейтрально» (3),
- «згоден» (4),
- «повністю згоден» (5).

Опитувальник:

1. Якщо я не можу запобігти чомусь, я не турбуюся про це.
2. Я багато турбуюся про певні речі у майбутньому.
3. Деякі люди є поганими чи лихими і мають бути суворо покарані за свої гріхи.
4. Люди мають суворіше дотримуватися моральних законів, ніж вони це роблять.
5. Я хочу, щоб я всім подобався (подобалася).
6. Я часто не можу відволіктися від певного занепокоєння.

7. Я схильний(-а) жахливо засмучуватися, коли справи йдуть не так, як я хотів(-ла) би.
8. Я досить спокійно ставлюся до життя.
9. Покарання себе за всі помилки запобігатиме майбутнім помилкам.
10. Мене не надто турбує, коли я стикаюся з невизначеністю.
11. Я уникаю зустрічі зі своїми проблемами.
12. Людина не буде довго залишатися розгніваною чи сумною, якщо тільки вона сама цього не підтримує.
13. Я зазвичай намагаюся уникати неприємних справ, які мені не подобаються.
14. Ті, хто чинить неправильно, заслуговують на осуд.
15. Якщо людина захоче, вона може бути щасливою майже за будь-яких обставин.
16. Я схильний(-а) турбуватися про можливі нещасні випадки та катастрофи.
17. Ніщо не засмучує саме по собі — тільки те, як ви це інтерпретуєте.
18. Велика кількість людей винні в поганій сексуальній поведінці.
19. Я часто збуджуюся або засмучуюся, коли щось іде не так.
20. Сумніватися в Біблії — гріх.
21. Я часто турбуюся про те, наскільки мене схвалюють і приймають люди.
22. Іноді я не можу викинути страх із голови.
23. Я ненавиджу зазнавати невдачі в чомусь.
24. Страх покарання допомагає людям бути хорошими.
25. Я ухиляюся від зустрічі з кризою чи труднощами.
26. Я відчуваю невелике занепокоєння через несподівану небезпеку чи майбутні події.
27. Якщо щось необхідно, я роблю це, навіть якщо це неприємно.
28. Фрустрації мене засмучують.
29. Слід суворо звинувачувати себе за всі помилки та провини.

30. Людей засмучують не ситуації, а їхній погляд на них.
31. Я зазвичай відкладаю важливі рішення.
32. Я жахливо засмучуюсь і почуваюся нещасним, коли справи йдуть не так, як мені подобається.
33. Більше людей мають зустрітися з неприємностями життя.
34. Допомога іншим є самою основою життя.
35. Є правильний спосіб робити все.
36. Мені важко виконувати неприємні справи.
37. Для мене важливо, щоб інші схвалювали мене.
38. Занадто багато злих людей уникають покарання, на яке вони заслуговують.
39. Реалістично очікувати, що у шлюбі не повинно бути несумісності.
40. Я часто проводжу більше часу, намагаючись придумати способи, як уникнути справ, ніж знадобилося б, щоб їх виконати.
41. Аморальність слід суворо карати.
42. Ніколи немає підстав залишатися засмученим на дуже довгий час.
43. Що інші думають про вас, є найважливішим.
44. Слід бунтувати проти неприємних речей, якими б необхідними вони не були, якщо їх виконання неприємне.
45. Я не можу ризикувати.
46. Людина створює своє власне пекло всередині себе.
47. Я не люблю відповідальності.
48. Хоча мені подобається схвалення, це не є справжньою потребою для мене.
49. Люди, які нещасні, зазвичай самі себе такими зробили.
50. Я дуже стурбований(-а) тим, що люди відчують щодо мене.

Ключ обробки балів (IBI-50): Пункти, які сформульовані раціонально, мають бути трансформовані у протилежному напрямку:

- «повністю не згоден» (1) стає (5),
- «не згоден» (2) стає (4),

- «нейтрально» (3) стає (3),
- «згоден» (4) стає (2),
- «повністю згоден» (5) стає (1).

Пункти, які потребують реверсування: 1, 8, 10, 12, 15, 17, 26, 27, 30, 42, 46, 48, 49.

Суми балів за субшкалами отримуються шляхом підсумовування відповідних пунктів (після реверсування):

1. «Занепокоєння»: 1(R), 2, 6, 7, 8(R), 10(R), 16, 19, 22, 26(R), 28, 32.
2. «Ригідність»: 3, 4, 9, 14, 18, 20, 24, 29, 33, 34, 35, 38, 39, 41.
3. «Уникнення Проблем»: 11, 13, 25, 27(R), 31, 36, 40, 44, 45, 47.
4. «Потреба у Схваленні»: 5, 21, 23, 37, 43, 48(R), 50.
5. «Емоційна Безвідповідальність»: 12(R), 15(R), 17(R), 30(R), 42(R), 46(R), 49(R).

Загальний бал за методикою є сумою балів усіх 50 пунктів. Діапазон балів 50–250. Високий бал свідчить про ірраціональність.

Низький рівень: 50 – 125 балів – Висока раціональність мислення. Низька схильність до емоційних розладів через переконання.

Середній рівень: 126 – 174 балів – Помірна схильність. Переконання можуть періодично викликати стрес, але не є домінантними.

Високий рівень: 175 – 250 балів – Виражена ірраціональність. Висока ймовірність емоційних розладів (тривога, гнів, провина), спричинених жорсткими вимогами.

Конспекти занять

ЗАНЯТТЯ 1. ЗНАЙОМСТВО ТА ФОРМУВАННЯ БЕЗПЕЧНОГО ПРОСТОРУ

Мета заняття:

- Створити атмосферу довіри та психологічної безпеки;
- Ознайомити учасників із методом МАК;
- Дати можливість кожному презентувати себе через образ.

Структура заняття:

1. Привітання. Вступ.

- Пояснення мети програми, структури занять, правила групової роботи («тут і тепер», конфіденційність, добровільність, повага).

2. Вправа «Тілесне сканування та заземлення».

Мета: зниження початкової тривоги; перехід із зовнішнього до внутрішнього стану; усвідомлення тілесної напруги, пов'язаної зі стресом.

Матеріали: колода МАК *Habitat* або нейтральна.

Хід виконання:

Коротка керована медитація або техніка дихання (5–7 хв), яка фокусується на відчуттях у тілі (голова, плечі, груди).

3. Вправа «Моя метафора-знайомство».

Мета: створення емоційного контакту, самопрезентація через образ, перше невербальне самовираження.

Матеріали: колода МАК *Habitat* або нейтральна.

Хід виконання:

Запропонуйте учасникам вибрати одну карту, яка, на їхню думку, найкраще символізує їх зараз.

Після вибору кожен по черзі розповідає:

- «Ця карта – це я, тому що...»
- «Як мене бачать інші? Як я себе відчуваю?»

Запитання для рефлексії:

- Що ви дізнались про себе через цей образ?
- Чи легко було вибрати карту?
- Що спільного або різного між образом і реальністю?

4. Вправа «Моя внутрішня погода».

Мета: оцінити поточний емоційний стан, допомогти в самоусвідомленні.

Матеріали: колода *Резиліо* або *Core*.

Хід виконання:

Поставте запитання:

- «Як би виглядала ваша внутрішня погода сьогодні?»

Учасники обирають карту, яка символізує цей стан.

Кожен описує свій образ:

- «Це моя «погода» зараз, бо...»

Запитання для рефлексії:

- Чи збігається «погода» з тим, як ви почувалися впродовж тижня?
- Що змінилося після того, як ви назвали свій стан?

5. Рефлексія.

Учасники діляться відчуттями після вправи: Що було неочікувано? Що сподобалось? Що було складно?

ЗАНЯТТЯ 2. МОЇ РЕСУРСИ. РОБОТА З ТІЛОМ

Мета заняття:

- Допомогти учасникам усвідомити джерела ресурсу в житті;
- Зміцнити зв'язок із тілом;
- Зменшити рівень тривожності через тілесну рефлексію.

Структура заняття:

1. Вправа «Ресурсна карта».

Мета: актуалізувати внутрішні й зовнішні ресурси, посилити почуття внутрішньої опори.

Матеріали: колоди *Соре, Джерело*.

Хід виконання:

Запропонуйте обрати карту, яка символізує джерело ресурсу:

– «Що мені дає силу / натхнення / спокій?»

Учасники презентують свої вибори.

Запитання для рефлексії:

- Які образи асоціюються з моєю силою?

- Чи використовую я цей ресурс у житті?

2. Вправа «Що каже моє тіло?»

Мета: встановити зв'язок між емоційним і тілесним, осмислити симптоматику.

Матеріали: *Резиліо* або *Habitat*.

Хід виконання:

Попросіть подумати про своє тіло: яке воно зараз?

Запропонуйте обрати карту, яка символізує одну ділянку або стан тіла.

Обговорення:

– «Що я відчуваю в тілі?»

– «Як це пов'язане з емоціями?»

Запитання для рефлексії:

- Чи був мій симптом озвучений емоційно?

- Яку пораду дало б моє тіло мені зараз?

3. Вправа «Послання тіла»

Мета: Вербалізація неусвідомленої потреби, що стоїть за соматичним симптомом; встановлення прямого діалогу з тілом.

Матеріали: карта, обрана в попередній вправі (символ симптому).

Хід виконання:

Учасники, використовуючи карту, обрану в попередній вправі говорять від імені обраної карти/ділянки тіла (наприклад, від імені "болію у животі").

Обговорення:

– «Про що ти (біль) намагаєшся сказати своєму господареві?»

– «Що потрібно змінити, щоб ти пішов?»

Учасник формулює пряме послання собі.

Запитання для рефлексії:

– Чи допоміг діалог з тілом усвідомити приховану потребу?

– Яку конкретну дію ви можете зробити для свого тіла сьогодні??

4. Вправа «Моя емоція зараз»

Мета: ідентифікувати домінуючу емоцію, вивести її на рівень усвідомлення.

Матеріали: емоційна колода (наприклад, з основними емоціями Плутчика), *Core*.

Хід виконання:

Учасники обирають карту, яка символізує їхню поточну емоцію. Кожен презентує вибір за схемою:

– «Це емоція, яка живе в мені зараз, бо...»

– «Якою була б її назва?»

Запитання для рефлексії:

- Чи часто я відчуваю цю емоцію?

- Який вплив вона має на моє тіло?

Рефлексія:

– Що стало відкриттям?

– Як реагує тіло під час стресу?

– Що з побаченого можна використати у житті?

ЗАНЯТТЯ 3. РОБОТА З ЕМОЦІЯМИ. МОЯ СТРЕСОВА РЕАКЦІЯ

Мета заняття:

– Виявити пригнічені емоції, пов'язані з психосоматикою;

– Надати емоціям образну форму;

– Ознайомити учасників із моделлю «Коло емоцій» Плутчика.

Структура заняття:

1. Міні-лекція:

- «Що таке психосоматика з точки зору емоцій?»
- «Коло емоцій Плутчика»: як відрізнити страх від провини, гнів від відрази?

2. Вправа «Емоційний компас»

Мета: сприяти когнітивному розрізненню емоцій за моделлю Плутчика; навчитися точно називати базові емоції (пряма робота з алекситимією).

Матеріали: емоційна колода (наприклад, з основними емоціями Плутчика), Core.

Хід виконання:

Учасникам пропонується згадати останню складну ситуацію цього тижня. Вибрати 2-3 карти, які відображають різні, але пов'язані емоції в цій ситуації. Використовуючи Коло Плутчика, кожен називає свої емоції максимально точно (наприклад, "Це не просто злість, це гнів або лють").

Запитання для рефлексії:

- «Чи допомагає точна назва краще відчувати контроль над емоцією?»
- «Як це пов'язано з вашим тілом?»

3. Вправа «Образ мого стресу»

Мета: дати образну форму стресовому переживанню, зробити його «зовнішнім».

Матеріали: Резилію, Core.

Хід виконання:

Поставте запитання:

- «Як виглядає ваш стрес, якщо його зобразити як картинку?»

Після вибору учасники розповідають:

- «Це мій стрес, тому що...»
- «Що в ньому загрозливого / знайомого?»

Запитання для рефлексії:

- Чи можу я на нього впливати?
- Що допоможе його зменшити?

4. Письмова вправа (опційно): «Я і мій стрес: лист без адресата».

Рефлексія:

- Чи легко було ідентифікувати емоцію?
- Як змінюється стан після обговорення?
- Що я виношу з собою?

ЗАНЯТТЯ 4. ПЕРЕХІД ІЗ СТАНУ СТРЕСУ. МОЇ ВИХОДИ

Мета заняття:

- Допомогти учасникам знайти власні стратегії виходу зі стресу або кризи;
- Осмислити шляхи змін та внутрішнього переходу.

Структура заняття:

1. Вправа «Двері, вікна, мости»

Мета: знайти можливі виходи із проблемної ситуації, символічно подолати бар'єри.

Матеріали: карти з символами переходів: *Habitat, Cope*.

Хід виконання:

Запропонуйте обрати карту:

- «Що я зараз бачу як «двері»?»
- «Який «міст» я готовий перейти?»

Кожен розповідає, що для нього символізує цей образ.

Запитання для рефлексії:

- Чи готовий я увійти у «нове»?
- Що залишаю «за дверима»?

2. Вправа «Шлях змін»

Мета: окреслити етапи особистісного розвитку, зафіксувати власний прогрес.

Матеріали: будь-які колоди. Можна створити карту-шлях (на аркуші А4).

Хід виконання:

Обрати 3 карти:

- «Де я зараз»
- «Що мені заважає»
- «Що мені допоможе».

Побудувати «шлях змін» у візуальному чи символічному форматі.

Запитання для рефлексії:

- Що змінилось у моїй внутрішній картині?
- Який крок я можу зробити вже сьогодні?

3. Коротка візуалізація: «Я виходжу».

Ведена візуалізація (може бути запис/під музику) з темою переходу крізь двері до світла, простору, спокою.

Рефлексія:

- Що я побачив/побачила про свій «перехід»?
- Чи з'явилося відчуття нового ресурсу?

ЗАНЯТТЯ 5. ІНТЕГРАЦІЯ ТА ЗАВЕРШЕННЯ

Мета заняття:

- Закріпити позитивний досвід, отриманий у процесі групової роботи;
- Акцентувати увагу на особистих змінах та ресурсах.

Структура заняття:

1. Вправа «Моя метафора змін»

Мета: інтегрувати результати програми, зафіксувати зміни у самосприйнятті.

Матеріали: *Соре, Джерело, Резилію.*

Хід виконання:

Оберіть карту, яка найточніше символізує ваш стан на завершення програми.

Запитання:

- «Це мій новий образ, бо...»
- «Що залишилося зі мною?»

Запитання для рефлексії:

- Чи почуваюся я по-іншому?
- Які відкриття зробив/зробила за цей час?

2. Вправа «Раціональний фільтр»

Мета: усвідомлення найбільш поширеної ірраціональної настанови та її заміна на раціональне переконання (робота за Еллісом).

Матеріали: Соре, Джерело, Резиліо. Будь-які карти, що символізують думки чи правила.

Хід виконання:

Учасники згадують найбільш проблемну ірраціональну настанову, яку вони опрацьовували (наприклад, "Я повинен бути ідеальним"). Обирають карту, що символізує нове, раціональне переконання (наприклад: «Я можу робити помилки»). Кожен проговорює вголос: «Я залишаю...(ірраціональна настанова) і беру з собою...(раціональне переконання)».

Запитання для рефлексії:

- «Як це нове переконання змінить вашу поведінку?...»
- «Що ви зробите наступного разу, коли стара (ірраціональна) думка повернеться?...»
- «Якою буде ваша відповідь?»

3. Вправа «Подарунок собі»

Мета: залишити після себе ресурсну установку, емоційний якір.

Матеріали: ресурсна колода Джерело, Соре.

Хід виконання:

Оберіть карту – символ підтримки, що залишиться з вами після завершення.

Завдання: скласти собі фразу-підсилення або написати лист вдячності.

Запитання для рефлексії:

- Який подарунок я приймаю?
- Що я беру із собою у подальше життя?

4. Коло завершення

Вільна рефлексія:

- Що було найціннішим?

- Що я беру з собою?

Рефлексія:

– Які ресурси я знайшов/знайшла?

– Чи став мій стан іншим, ніж на початку?