

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ЛЕСІ
УКРАЇНКИ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
Кафедра практичної психології та психодіагностики**

На правах рукопису

ГАЛАС АЛІНА ІГОРІВНА

**ОСОБЛИВОСТІ РЕГУЛЮВАННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ
ПСИХОСОМАТИЧНИХ ХВОРИХ**

Спеціальність: 053 «Психологія»
Освітньо-професійна програма «Практична психологія
(психологічне консультування та психотерапія)»
Робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр»

Науковий керівник:
КОЗАК ГАЛИНА АНАТОЛІЇВНА,
кандидат психологічних наук, доцент кафедри
практичної психології та психодіагностики

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ
Протокол №
засідання кафедри практичної психології
та психодіагностики
від 2024 р.
Завідувач кафедри
_____ Людмила Магдисюк

ЛУЦЬК – 2024

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ

Волинський національний університет імені Лесі Українки
Факультет психології
Кафедра практичної психології та психодіагностики
Освітній ступінь «Магістр»
Спеціальність 053 «Психологія»
Освітня програма «Практична психологія (психологічне консультування та психотерапія)»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

» ___ » _____ 2024 року

ЗАВДАННЯ НА ВИПУСКНУ КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ (ПРОЕКТ)
СТУДЕНТУ

Галас Аліна Ігорівна

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи (проекту): Особливості регулювання емоційної сфери психосоматичних хворих
2. Керівник роботи (проекту): Козак Галина Анатоліївна, кандидат психологічних наук, доцент.
3. Строк подання студентом роботи (проекту): 11.11.2024.
4. Мета та завдання випускної кваліфікаційної роботи (проекту) полягає у вивченні особливостей емоційної регуляції психосоматичних хворих, а також розробка тренінгової програми регуляції емоційної сфери психосоматичних хворих.
5. Завдання дослідження:
 1. Здійснити теоретичний аналіз поняття психосоматики, психосоматичного розладу; розглянути чинники формування та ролі емоцій у виникненні психосоматичних розладів.

2. Підібрати методологічний матеріал для дослідження емоційної сфери психосоматичних хворих та особливостей її регуляції.
 3. Провести емпіричне дослідження та здійснити аналіз отриманих результатів.
 4. Здійснити кореляційний аналіз взаємозв'язку труднощів емоційної регуляції з особливостями емоційної сфери психосоматичних хворих.
 5. Розробити корекційну програму регуляції емоційної сфери психосоматичних хворих.
6. Дата видачі завдання: 15.10.2023

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів випускної кваліфікаційної роботи (проекту)	Строк виконання етапів роботи (проекту)	Примітка
1.	На <i>першому етапі</i> дослідження на основі попереднього знайомства з проблемою та результатів попереднього її вивчення основна увага була зосереджена на виборі напряму дослідження, опрацюванні мети та завдань, визначенні об'єкту, предмету та методів дослідження, виборі можливих джерел інформації	13.11-30.11.2023	
2.	<i>Другий етап</i> дослідження був присвячений вивченню сучасних наукових підходів до вивчення поняття психосоматики, психосоматичного розладу, чинників, що впливають на виникнення психосоматичного розладу, а також розгляді ролі емоцій у виникненні психосоматичного захворювання.	01.02-20.02.2024	
3.	Протягом <i>третього етапу</i> дослідження було проведено емпірико-діагностичне дослідження. Цей етап включав підготовку до проведення діагностичного дослідження, розробку та уточнення інструкції для респондентів, попередню її перевірку на простоту й зрозумілість та діагностику респондентів. На основі розробленої процедури та методики дослідження вивчити труднощі в регуляції емоційної сфери психосоматичних хворих, а також стан їхньої емоційної системи. Отримані при цьому результати стали підставою	21.02-01.05.2024	

	провести відповідні організаційні заходи щодо подальшого планування магістерської роботи (визначення завдань, розробки програми дослідження і збору матеріалу, визначення етапів дослідження, вибір методів та завдань дослідження, кількісного та якісного аналізу отриманих даних тощо)		
4.	<i>На четвертому етапі здійснювався емпіричний аналіз особливостей емоційної регуляції психосоматичних хворих, що дозволило отримати уявлення про труднощі які виникають в них під час емоційної регуляції та власне стан їх емоційної сфери.</i>	01.05-01.06.2024	
5.	<i>П'ятий етап дослідження передбачав розробку тренінгової програми емоційної регуляції психосоматичних хворих.</i>	01.06-30.09.2024	
6.	На основі теоретичного опрацювання наукових джерел, проведеного емпіричного дослідження та аналізу результатів окреслення висновків та узагальнення	01.10-25.10.2024	
7.	Остаточне оформлення роботи	25.10-15.11.2024	

Студент

_____ (підпис)

Галас А.І.
(прізвище та ініціали)

**Керівник роботи
(проекту)**

_____ (підпис)

Козак Г.А.
(прізвище та ініціали)

АНОТАЦІЯ

Галас Аліна Ігорівна. Особливості регулювання емоційної сфери психосоматичних хворих. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Випускна кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 053 «Психологія» – Волинський національний університет імені Лесі Українки, Луцьк, 2024.

У кваліфікаційній роботі досліджується особливості регулювання емоційної сфери у пацієнтів з психосоматичними розладами. У першому розділі здійснено теоретичний аналіз основних понять, пов'язаних з психосоматикою, зокрема розглянуто визначення психосоматичного розладу в науковій літературі та фактори, що сприяють його формуванню. Окремо акцентовано увагу на значенні емоцій у виникненні та розвитку психосоматичних захворювань, а також на механізмах їх взаємодії з фізичним станом пацієнта.

Другий розділ присвячено емпіричному дослідженню емоційної сфери психосоматичних хворих. Описано методiku дослідження та надано загальну характеристику вибірки, а також проведено аналіз результатів, що дозволяє виявити основні емоційні порушення у пацієнтів з психосоматичними розладами.

У третьому розділі розроблено тренінгову програму для психосоматичних пацієнтів, спрямовану на регулювання емоційної сфери. Програма включає рекомендації щодо покращення емоційного благополуччя пацієнтів, а також розкриває структуру тренінгу, який дозволяє розвинути здорові стратегії емоційної регуляції, зменшити рівень тривожності та стресу і сприяти загальному покращенню фізичного та психічного стану пацієнтів.

Ключові слова: емоційна регуляція, стрес, тривожність, депресія, емоційне вигорання, психічне здоров'я, тренінгова програма.

SUMMARY

Halas Alina Ihorivna. Peculiarities of Emotional Regulation in Psychosomatic Patients. – Qualification Scientific Work (Manuscript).

Master's Degree Thesis in the Specialty 053 "Psychology" – Volyn National University named after Lesya Ukrainka, Lutsk, 2024.

This qualification paper investigates the peculiarities of emotional regulation in patients with psychosomatic disorders. The first chapter provides a theoretical analysis of key concepts related to psychosomatics, particularly the definition of psychosomatic disorders in the scientific literature, as well as the factors contributing to their formation. Special attention is given to the role of emotions in the onset and development of psychosomatic diseases, and the mechanisms through which emotions interact with the patient's physical state.

The second chapter is dedicated to the empirical study of the emotional sphere of psychosomatic patients. The research methodology is described, and a general characterization of the sample is provided. The analysis of the results reveals the main emotional disturbances in patients with psychosomatic disorders.

The third chapter presents a training program for psychosomatic patients aimed at regulating the emotional sphere. The program includes recommendations for improving the emotional well-being of patients, as well as an outline of the training structure, which helps develop healthy emotional regulation strategies, reduce anxiety and stress levels, and promote the overall improvement of the patients' physical and psychological state.

Keywords: emotional regulation, stress, anxiety, depression, emotional burnout, mental health, training program.

ЗМІСТ

ВСТУП	9
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ РЕГУЛЮВАННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ХВОРИХ	13
1.1. Поняття психосоматики та психосоматичного розладу в науковій літературі.	13
1.2. Чинники формування психосоматичних розладів.....	17
1.3. Значення емоцій у формуванні психосоматичних розладів	21
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ПСИХОСОМАТИКА ТА ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ	26
2.1. Загальна характеристика емпіричного дослідження емоційної сфери психосоматичних хворих.....	26
2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження	30
РОЗДІЛ 3. ТРЕНІНГОВА ПРОГРАМА РЕГУЛЯЦІЇ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ХВОРИХ	41
3.1. Рекомендації щодо регуляції емоційної сфери психосоматичних хворих... ..	41
3.2. Структура програми регуляції емоційної сфери психосоматичних хворих	48
ВИСНОВКИ	56
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	59
ДОДАТКИ	65

ВСТУП

Актуальність дослідження. В сучасному світі спостерігається тенденція швидкого зростання психосоматичних розладів, що спричинено низкою соціально-економічних, екологічних та особистісних факторів, включаючи постійний стрес, високі темпи життя та зростання психологічних навантажень. Психосоматичні розлади - є складними патологіями, у розвитку яких важливу роль відіграють як біологічні, так і психологічні аспекти, зокрема негативні емоційні стани та стрес.

Емоційна регуляція відіграє суттєву роль у формуванні та перебігу психосоматичних захворювань, оскільки порушення здатності до адекватного управління емоціями значною мірою корелює з виникненням і загостренням психосоматичних симптомів. Наукова література вказує на те, що дисфункція емоційної сфери може сприяти стійкому активуванню стресової реакції організму, що призводить до змін у функціонуванні різних систем органів, таких як серцево-судинна, ендокринна та імунна. Зважаючи на це, дослідження механізмів емоційної регуляції у психосоматичних хворих є важливим кроком для розробки ефективних психотерапевтичних і корекційних програм, які могли б сприяти зниженню інтенсивності симптомів та поліпшенню загального стану пацієнтів.

Наукова актуальність теми також зумовлена потребою у вдосконаленні та поглибленні розуміння психологічних механізмів, які лежать в основі формування психосоматичних розладів, а також у створенні інтегративних моделей психосоматичного здоров'я. Такі моделі могли б сприяти точнішій діагностиці та прогнозуванню ризику розвитку психосоматичних захворювань. Крім того, актуальність теми підкреслюється запитом на розробку інтервенцій, спрямованих на розвиток навичок адаптивної емоційної регуляції у психосоматичних хворих. Це дозволить оптимізувати лікувальний процес, підвищити його ефективність та зменшити ймовірність рецидивів захворювань.

Отже, дослідження емоційної регуляції у психосоматичних хворих є не лише актуальним, але й перспективним напрямом наукових пошуків у психології здоров'я, психотерапії та психосоматичній медицині, оскільки воно може суттєво покращити якість життя пацієнтів та знизити загальне навантаження на систему охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження: регуляція емоційної сфери.

Предмет дослідження: особливості регулювання емоційної сфери психосоматичних хворих

Метою дослідження є вивчення особливостей емоційної регуляції психосоматичних хворих, а також розробка тренінгової програми регуляції емоційної сфери психосоматичних хворих.

Виходячи з поставленої мети, можна виділити наступні **завдання**:

1. Здійснити теоретичний аналіз поняття психосоматики, психосоматичного розладу; розглянути чинники формування та ролі емоцій у виникненні психосоматичних розладів.
2. Підібрати методологічний матеріал для дослідження емоційної сфери психосоматичних хворих та особливостей її регуляції.
3. Провести емпіричне дослідження та здійснити аналіз отриманих результатів.
4. Здійснити кореляційний аналіз взаємозв'язку труднощів емоційної регуляції з особливостями емоційної сфери психосоматичних хворих.
5. Розробити корекційну програму регуляції емоційної сфери психосоматичних хворих.

Теоретико-методологічною базою дослідження є дослідження Johann Heinroth, Carl Jacobi, Wilhelm Griesinger, Д. Максименка, Н.Ф. Шевченка А. Гольдшейдера, А. Франца, З. Фрейда.

Методи дослідження:

- теоретичний аналіз, синтез, порівняння;

- емпіричні стандартизовані методики дослідження особистості: 1) Шкала труднощів емоційної регуляції (DERS), Шкала депресії А. Бека, Шкала реактивної і особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна — State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Дослідження стану людини за допомогою тесту диференціальної самооцінки функціонального стану - опитувальника САН; кореляційний, кількісний та якісний математичні аналізи.

База дослідження. Дослідження проводилось на базі Волинської обласної лікарні. Вибірка досліджуваних складала 58 пацієнтів з різними психосоматичними захворюваннями віком 25-55 років, гендерний аспект при цьому не враховувався.

Новизна дослідження. Здійснена спроба оцінити емоційну сферу психосоматичних хворих в її різних аспектах (депресія, тривога, регуляція емоцій), дає можливість отримати всебічну характеристику психоемоційного стану пацієнтів. Результати дослідження сприяють глибшому розумінню суб'єктивних відчуттів пацієнтів, що є важливим для ідентифікації психосоматичних реакцій та їх емоційних тригерів. Аналіз емоційної регуляції в контексті психосоматичних захворювань надає нові перспективи для психотерапії, адже дозволяє виявити специфічні порушення, що можуть ускладнювати перебіг психосоматичних захворювань.

Практичне значення. Результати емпіричного дослідження можуть допомогти у розробці індивідуалізованих методів психокорекції, спрямованих на поліпшення емоційної регуляції психосоматичних пацієнтів, що сприятиме їхньому загальному покращенню здоров'я.

Апробація результатів дослідження. здійснювалася шляхом участі у наукових конференціях, зокрема в XVIII науково-практичному семінарі «Актуальні проблеми практичної психології у Волинському регіоні» (м. Луцьк, 24-25 жовтня 2024 р.).

Структура та обсяг роботи. Робота складається з вступу, трьох розділів та 4 додатків. Містить 3 рисунки та 5 таблиць.. Список рекомендованих джерел налічує 50 найменувань.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ РЕГУЛЮВАННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ХВОРИХ

1.1. Поняття психосоматики та психосоматичного розладу в науковій літературі.

Психосоматика — це міждисциплінарна галузь медицини та психології, що досліджує взаємозв'язок між психічними процесами і соматичними (емоційними) захворюваннями [45]. На сьогоднішній день не існує єдиного визначення терміну «психосоматика» (др.-грец. Ψυχή - душа і σῶμα - тіло) [33]. Термін був запроваджений у рамках наукового обговорення причин психічних захворювань, як екзогенних так і ендогенних, представниками психічної та соматичної шкіл Німеччини. Вперше термін «психосоматичний у науці використав Johann Heinroth, який представляв німецьку психічну школу психіатрії. Намагаючись відрізнити симптоматичну патологію («меланхолію» та «манію») від органічних захворювань («ідіопатичне церебральне безумство»), він описує маніакальне безсоння як результат збудження душі [39].

Згодом Carl Jacobi, представник соматичної школи, впроваджує поняття «соматопсихічний», наголошуючи на тому, що у формуванні психічних захворювань головну роль на себе бере фізіологія, а причиною психозу є захворювання організму. Проте, на думку науковця, роль мозку у формуванні психічного захворювання не була визначальною [2].

В подальших дослідженнях виникнення психічних захворювань Wilhelm Griesinger, будучи представником соматичної школи, включає в цей процес головний мозок, при цьому відзначаючи, що у душевно хворих потрібно вивчати стан мозку [50].

С.Д. Максименко та Н.Ф. Шевченко зазначають, що соматичні захворювання є одними з факторів, які можуть змінювати психічний стан

людини, її ставлення до навколишнього середовища та структуру самооцінки. Вони часто призводять до передчасної фізичної та психічної інвалідизації. Під час хвороби людина формує своє ставлення до нових умов життя та до самої себе в цих умовах, що називають внутрішньою картиною хвороби [49].

Наукове дослідження реакцій пацієнта на захворювання було розпочате з робіт німецького лікаря А. Гольдшейдера. Він першим описав відчуття, переживання та уявлення хворого про свою хворобу, назвавши їх аутопластичною картиною захворювання [22]. А. Гольдшейдер виділив два рівні в цій картині: «сенситивний», який базується на відчуттях, та «інтелектуальний», що є результатом міркувань пацієнта про свій фізичний стан.

3. Фрейд, будучи прихильником соматичного спрямування, включив у свою першу теорію драйвів концепцію збудження, що відштовхується від ідей Хайнрота. Зрештою, З. Фрейд розробив психоаналітичний підхід у психотерапії психічних розладів [7]. Фрейд стверджував, що незадоволені бажання і внутрішні конфлікти можуть проявлятися через фізичні симптоми, таким чином заклавши основи для розуміння психосоматичних розладів [28]. Його теорія несвідомого показала, як емоційні переживання можуть бути неусвідомленими, але водночас чинити значний вплив на фізичний стан.

Фрейд і його послідовники вивчали, як травматичний досвід, конфлікти і невроз можуть призводити до соматичних симптомів [1]. Це стало поштовхом для подальших досліджень у галузі психосоматики, які акцентували увагу на важливості психічного здоров'я в контексті фізичних захворювань.

В даний час існує два підходи до психосоматики та визначення психосоматичних захворювань. Перший підхід, вузький, зберігає первісне значення досліджуваного поняття:

«Психосоматика ... – напрям у медицині та психології, що займається вивченням впливу психологічних (переважно психогенних) факторів на виникнення та подальшу динаміку соматичних захворювань» [48].

Психосоматичними є «захворювання, в етіопатогенезі яких особливо велике значення набувають психічні фактори».

З погляду другого підходу психосоматика та психосоматичні захворювання розуміються значно ширше. Основна концепція цього підходу полягає в тому, що здоров'я та хвороба є результатами взаємодії біологічних, психологічних, соціальних та екологічних факторів: психосоматику представляють клінічні, психологічні, епідеміологічні та лабораторні дослідження, які висвітлюють роль стресу в етіопатогенезі соматичних захворювань, зв'язок патохарактерологічних та поведінкових особливостей з чутливістю або стійкістю до певних соматичних захворювань, залежність реакції на хворобу (поведінку у хворобі) від типу вплив деяких методів лікування (хірургічні втручання, гемодіаліз тощо) на психічний стан» [14]; психосоматичне захворювання «є властивістю людського організму як системи. Воно не виводиться окремо ні з психічних, ні з фізіологічних (включаючи спадкові) властивостей індивіда, його неможливо пояснити шляхом дослідження властивостей якоїсь однієї підсистеми – психічної чи соматичної. Тільки взаємодія між цими підсистемами та довкіллям може призвести до нового стану організму, що визначається як психосоматичне захворювання» [41].

Психосоматичні захворювання є групою патологічних станів, що виникають при взаємодії соматичних та психічних патогенних факторів. При цьому слід підкреслити, що ця категорія розладів тісно пов'язана із соціально-стресовими факторами, до яких можна віднести стрес, психотравмуючі події, несприятливі життєві зміни. Важливу роль розвитку психосоматичних розладів грають також особистісні риси.

Психосоматичні розлади – це група хворобливих станів, що виявляються екзацербациєю соматичної патології, які виникають при формуванні загальних, що виникають при взаємодії соматичних та психічних факторів, симптомокомплексів – соматизованих психічних порушень, психічних розладів, що відображають реакцію на сомат [46]. Таке розуміння зазначених груп

патологій знайшло своє втілення у виділенні п'яти типів станів людини. Соматизовані психічні реакції (соматоформні розлади) формуються внаслідок емоційно-психосоматичної патології в рамках утворень невротичного чи індивідуально-конституційного регістрів (невротичні розлади, нейропатії, особисті розлади) [12]. Психогенно-особистісні реакції (нозогенії) виникають у зв'язку з соматичним захворюванням, яке виступає як психотравмуюча подія як суб'єктивний і незалежний від волі фактор, що істотно впливає на якість життя хворого [8]. Органні чи системні соматичні порушення психосоматичного характеру формуються у відповідь на констеляцію соціально-психогенних, особистісно- і біоконституційних чинників як відповіді органу чи системи-мишени – *locus minoris resistentia* [17]. Реакції екзогенного типу розвиваються внаслідок нейротоксичного ефекту соматичного захворювання у вигляді неврозоподібної чи психосоматичної симптоматики [36].

Слід зазначити, що відображенням поліморфізму психосоматичних розладів є той факт, що в міжнародній класифікації захворювань 10 перегляду (МКБ-10) для цих розладів не передбачено спеціального розділу. Так, у введенні до МКБ-10 зазначається, що розлади, що описуються в інших класифікаціях як психосоматичні, можуть бути виявлені у F45 (соматоформні розлади), F50 (розлади прийому їжі), F52 (сексуальна дисфункція) та F54 (психологічні та поведінкові фактори) пов'язані з розладами чи захворюваннями, які класифіковані в інших розділах).

Отже, психосоматика є міждисциплінарною галуззю медицини та психології, що вивчає взаємозв'язок між психічними процесами та соматичними захворюваннями. Поняття «психосоматика» вперше з'явилося в Німеччині для пояснення причин психічних хвороб. З часом наука розвивалася, об'єднуючи впливи біологічних, психологічних і соціальних факторів. Психосоматичні розлади виникають внаслідок взаємодії психічних і фізичних чинників, зокрема стресу та особистісних особливостей, і не мають окремого розділу в МКБ-10, а представлені в різних категоріях, таких як соматоформні та поведінкові розлади.

1.2 Чинники формування психосоматичних розладів

Психосоматичні розлади є захворюваннями, в основі яких лежать комплексні взаємодії між психічними та фізіологічними процесами. До цієї групи захворювань відносять виразкову хворобу шлунка, гіпертонію, бронхіальну астму та певні серцево-судинні патології. Їх поширеність у сучасному світі стрімко зростає, що зумовлено посиленням впливу стресогенних чинників, високим темпом життя та соціальною нестабільністю. Розуміння чинників формування психосоматичних розладів є важливим для розвитку превентивних заходів і методів терапії.

А. Франц зазначав, що серед факторів, які можуть впливати на розвиток захворювань, є такі: спадкова схильність, родові травми, органічні захворювання в ранньому віці, що призводять до підвищеної чутливості певних органів, а також негативний досвід тілесних травм у дитинстві. Важливе значення мають і особливості виховання в ранньому віці, негативні емоційно-травматичні переживання, емоційний клімат у сім'ї та індивідуальні риси батьків [6]. Крім того, значущими є нещодавні тілесні травми і пережиті емоційні труднощі, що пов'язані з особистими, інтимними та професійними відносинами. Тільки через аналіз усіх цих чинників та їх взаємодії можна отримати повне уявлення про етіологію захворювання [26].

Стрес, безумовно, є одним із головних чинників, що провокують розвиток психосоматичних захворювань [42]. Хронічний стрес супроводжується високим рівнем активації симпатичної нервової системи, що, у свою чергу, призводить до надмірного вироблення адреналіну та кортизолу. Ці гормони, впливаючи на різні органи та системи організму, зумовлюють розвиток соматичних симптомів. При цьому довготривала дія стресу призводить до порушень у функціонуванні імунної системи, збільшуючи схильність до інфекційних та запальних захворювань.

Інший важливий чинник – емоційна нестабільність та невміння регулювати власні емоції. Особи, які мають труднощі з контролем емоцій або схильні до

хронічних негативних емоційних станів (тривога, депресія, злість), демонструють вищий ризик розвитку психосоматичних захворювань. Постійне перебування у такому стані призводить до виснаження ресурсів організму, провокуючи порушення у роботі серцево-судинної, травної, ендокринної та інших систем [3].

Особливості особистості людини також істотно впливають на ймовірність розвитку психосоматичних розладів. Наприклад, типи особистості, схильні до перфекціонізму, гіпервідповідальності або надмірного прагнення до контролю, частіше страждають від психосоматичних симптомів, оскільки вони тяжіють до надмірної самоорганізації та вимогливості до себе [29]. Такі риси особистості можуть сприяти розвитку стресу, оскільки ці люди часто перебувають у стані внутрішньої напруги, що, зрештою, відображається на фізіологічному рівні [47].

Когнітивні установки і переконання також впливають на розвиток психосоматичних розладів. Люди, які сприймають стресові ситуації як катастрофічні або непереборні, мають більш високу ймовірність розвитку психосоматичних симптомів. Негативні когнітивні схеми та установки часто пов'язані з підвищеним рівнем тривожності та депресивних станів, що, у свою чергу, відображається на соматичному здоров'ї [25].

Не можна применшувати роль генетичної спадковості у формуванні психосоматичних розладів. Люди, які мають родичів із подібними захворюваннями, можуть успадкувати не лише специфічні фізіологічні особливості, але й певні патерни реагування на стрес. Крім того, гормональні та нейробиологічні особливості, зокрема рівень серотоніну та дофаміну, здатні впливати на ризик виникнення психосоматичних симптомів. Зниження рівня серотоніну, наприклад, часто спостерігається у пацієнтів із депресією, що може стати тригером для розвитку соматичних захворювань [10].

Можна також сказати, що окрім вищеназваних чинників формування психосоматичних розладів існують також і соціальні. Варто зазначити психосоматичний розлад здоров'я починається за умов відсутності психологічної

культури. Поняття «психологічна культура» включає в себе: піклування про своє психічне здоров'я, вміння виходити з психологічних криз самому і допомагати близьким людям. Основою психологічної культури, є: самопізнання та самооцінка, прагнення пізнання інших, вміння керувати своєю поведінкою, емоціями у процесі спілкування [40]. Всі три компоненти присутні у структурі психічно здорової особистості, тобто особистості, що володіє психічним здоров'ям [32].

Умовою для психічного здоров'я, крім фізичного, є психологічний, соціальний та духовний стан та розвиток особистості.

Соціальні та медичні психологи до основних критеріїв психічного здоров'я відносять рівень соціокультурного розвитку особистості: саморегуляцію поведінки відповідно до обраних цілей, адекватність поведінкових реакцій силі зовнішнього подразника, відповідність емоційно-вольової та пізнавальної сфер біологічному віку, соціальну адаптивність, наявність здорової рефлексії [18].

Іншими словами, психологічне здоров'я – це ступінь і глибина розвиненості взаємин особистості та навколишнього середовища, включаючи соціум.

Соціальні психологи виділяють цілу систему об'єктивних та суб'єктивних психологічних факторів, що призводять у майбутньому до психосоматичних розладів особистості. Причому ці об'єктивні та суб'єктивні фактори, на думку психологів, кваліфікуються ще й як фактори ризику порушення психічного здоров'я.

Для психологів за визначенням об'єктивні чинники – це, які залежить від волі індивіда і які об'єктивно породжують складні умови соціально-психологічного виживання і стійкості. Наприклад, важка соціально-економічна ситуація в країні, в сім'ї, в житті індивіда, що призводить до воєн, економічних криз, сімейного та індивідуального безгрошів'я з усіма наслідками, які кожна психіка здатна пережити.

До об'єктивних чинників порушення психічного здоров'я чи психологічної стабільності призводять стреси у сфері професійної діяльності. До них соціальні психологи належать: ненормований робочий день; професії підвищеного ризику (міліція, військові); професії, пов'язані з високим рівнем емоційного напруження (лікарі, педагоги, психологи) [27].

Третю позицію у дослідженнях соціальних психологів займає специфіка взаємин у батьківській сім'ї, що проявляється у вигляді неповної чи дисфункціональної сім'ї [30].

Перелічені вище «об'єктивні чинники» закладають певні види психологічних детермінант психологічної деструкції особистості та її психосоматичних хвороб у майбутньому. До цих детермінантів психологи відносять: дефіцит спілкування, надлишок спілкування, формальне спілкування, нерівномірне спілкування [5].

Традиційно до суб'єктивних чинників порушення психічного здоров'я, - психологи відносять особливості темпераменту та особистісні характеристики суб'єкта, що складають специфіку його взаємовідносин із середовищем та способи реагування на його динамічність [31].

Для виникнення психосоматичного захворювання мають збігтися відразу кілька факторів: спадкова схильність, особливості особистості та темпераменту, соціальні передумови та психотравмуючі події.

До факторів особистого ризику психосоматичних розладів відносять: низький поріг чутливості до подразників, інтенсивна реакція на зовнішні стимули, ускладненан адаптація до нових вражень з переважанням негативних емоцій [34].

Психосоціальними факторами психосоматичних розладів для психологів, виступають неправильне виховання – відсутність чи неадекватність батьківського піклування, надмірний тиск батьків, ворожнеча між членами сім'ї; стрес, що переживається у навчальному закладі; психотравмуюча позасімейна

ситуація – відірваність сім'ї від родичів, загроза війни, терористичного акту, кримінального переслідування, втрати роботи чи квартири [44].

В основі психосоматичних розладів, як зазначав З.Фрейд, лежить механізм психологічного захисту, який називається витісненням. Ми намагаємося не думати про неприємності, відкидати від себе проблеми, не аналізувати їх, не зустрічатися з ними віч-на-віч. Витіснені таким чином, вони «провалюються» із соціального чи психологічного рівня на тілесний.

Отже, психосоматичні розлади виникають внаслідок складних взаємодій психічних та фізіологічних факторів. На їх розвиток впливають стрес, емоційна нестабільність, індивідуальні особистісні особливості та когнітивні переконання, а також соціальні та спадкові чинники. Хронічний стрес, нездатність контролювати емоції, негативні когнітивні схеми й соціальні проблеми сприяють порушенням у функціонуванні організму. Важливу роль у профілактиці психосоматичних розладів відіграє психологічна культура, що охоплює самопізнання, саморегуляцію та соціальну адаптацію.

1.3. Значення емоцій у формуванні психосоматичних розладів

У формуванні психосоматичних розладів центральне значення має те, що вони формуються на основі емоційного («невідраговані емоції», «специфічний емоційний конфлікт», «дефіцитарна агресія» тощо) або емоційно-когнітивного («перфекціонізм», «антиципація» «пошукова активність») реагування особистості. Іншими словами, особливості емоційної сфери, найбільш онтогенетично ранньої, базисної форми психічного відображення є концентрованим виразом особливостей особистості в цілому[9].

Безумовним є визнання провідної ролі афективної психопатологічної детермінанти психосоматичних розладів. Серед депресивних складових, що динамізують соматичний процес, найбільше значення надається тривозі та тузі . В останньому випадку може йтися про недорозвинення рівня «експансії» у структурі вроджених психотехнічних механізмів саморегуляції базальної

афективності. Депресивні реакції та реакції з переважанням тривоги, будучи типовими та найбільш поширеними психічними реакціями на стрес, у свою чергу, посилюючи різні соматичні патологічні стани [35].

Особливо наочно зв'язок емоційної сфери та тілесних симптомів виступає у структурі формування психогенних розладів у дитячому віці.

Наукові гіпотези та накопичені експериментальні дані отримали розвинене і конкретизоване втілення у біологічній теорії про функціональні системи. Емоції стали одним із найбільш демонстративних прикладів прояву соматовегетативної інтеграції, узгодженого перебігу центральних та периферичних процесів [19].

Відомо, що у нормі емоційне включення вегетативних механізмів є пристосувальним і не веде до патології. За наявності структурних змін органів, або за умови надзвичайної сили чи тривалості емоційних станів, вони стають чинниками патогенезу соматичних захворювань. Більш глибоке і повне своє втілення це положення відображено у нейрогуморальній теорії чи теорії стресу [23].

Природна генеза емоційного стресу передбачає, крім індивідуально значущої ситуації, яка його запускає, генетичну та індивідуальну нестійкість і схильність до стресу [38]. Останнє визначається конституційними особливостями природно-психічного та індивідуально-психічного рівня особистості (інстинкти, потяги, нижча афективність, темперамент, характер), ступінь виразності яких може залишатися в рамках норми (акцентуація) або виходити за її межі (прикордонна аномальна особистість, психопатія, невропатія) [20].

Індивідуальна емоційна чутливість людини до психотравмуючих впливів може бути пов'язана з соціально-психічним рівнем особистості, що багато в чому визначається типом її виховання. Крім соціальних самозаборон особистості, що пригнічують агресію, витісняють конфліктні переживання, відіграють роль і такі психічні особливості, як перфекціонізм, пошукова активність, завчена безпорадність, алекситимія.

Концепції алекситимії відводиться роль нової парадигми в психосоматичній медицині. Її розглядають як фактор ризику розвитку не тільки психосоматичних, але і багатьох інших захворювань, а також адиктивних та постстресових розладів, маскованих депресією [24].

Алекситимія може бути наслідком нейропсихологічних проблем, що порушують процеси сприйняття, усвідомлення та вираження емоцій і обумовлювати негативно-дизонтогенетичний феномен, що зумовлює переважання механізмів пристосування над механізмами контролю над навколишнім середовищем [43]. Такий архаїчний дисбаланс схиляє до зриву адаптації саме у формі психосоматичного реагування (філо- та онтогенетично більш старого та ригідного), а не невротичного (молодшого та гнучкішого) [21].

Вторинна алекситимія може виступати наслідком травматизму та виконувати захисну функцію у вигляді регресу до соматизованих і недиференційованих форм афективності [4].

Домінуюче значення емоцій та особливостей емоційного реагування по відношенню до всіх інших акторів патогенезу підкріплюється онтогенетично найбільш архаїчним положенням емоцій (представлених базальною афективністю) серед інших психологічних складових та їх неодмінною включеністю в усі сфери психічної організації людини.

Сучасна людина у процесі виховання навчається контролювати зовнішні прояви емоцій, а не їх вегетативний, соматичний компонент. Емоційні стани підпорядковуються жорстким причинно-наслідковим зв'язкам і протікають у межах суворих нейродинамічних співвідношень. Внаслідок чого виникає стійке підвищення тону низки внутрішніх органів та формується соматична (психосоматична) патологія. Звідси стає зрозумілішою її цивілізаційна природа, оскільки, чим довільніша і нетрадиційно-філогенетична поведінка людини в онтогенезі, тим частіше вона розходиться з природним емоційно-вегетативним контекстом реагування [15].

У загальному вигляді механізм психосоматичних захворювань можна представити таким чином: психічний стресор викликає афективну (емоційну) напругу, що активізує нейроендокринну систему і вегетативну нервову систему, у результаті чого фіксуються функціональні зміни, які призводять за тривалого існування стресора, що призводить до змін на органічному (органному) рівні. .

Зважаючи на першорядну значущість емоцій у патогенезі психосоматичних порушень, під час проведення психологічних досліджень слід чітко розмежовувати вихідні прехворобливі емоційні стани та вторинні, зумовлені хворобливими змінами, емоційні зрушення [37].

За даними сучасних досліджень, найчастіше в основі різних захворювань лежить депресія, тривога, агресивність і ворожість, що здійснюють несприятливий вплив на перебіг та прогноз захворювань та знижують тенденцію до лікування [13]. Також у літературі є факти про те, що у виникненні психосоматичних розладів вирішальне значення має як інтенсивність і тривалість емоційного напруги, так і схильність до придушення емоцій, відсутність їхнього ефекторного відреагування та порушення їх когнітивної переробки [11].

Негативні емоції відіграють основну роль у формуванні психосоматичного захворювання, вони впливають на імунну систему, гормональний стан, периферичну фізіологічну активацію (наприклад, частоту серцебиття та артеріальний тиск).

Емпірично доведено, що певні психосоматичні захворювання виникають внаслідок переживання особистістю окремих емоцій. Зокрема при виникненні виразки шлунка або дванадцятипалої кишки окрім інфекцій важливим фактором є емоції, що виникають у недостатньо контрольованих ситуаціях: тривога, почуття безпорадності та перевантаження. Основна причина виникнення есенціальної гіпертонії та у зв'язку з цим стенокардії та інфаркту міокарда, є стійке переживання особистістю гніву, тощо [16].

Отже, психосоматичні розлади виникають через недостатню регуляцію емоцій, що залишаються невідреагованими або непропрацьованими. Постійний емоційний стрес, зокрема депресія, тривога й агресія, активує нейроендокринну та вегетативну системи, що з часом призводить до патологічних змін у тілі. Алекситимія — невміння розпізнавати й висловлювати емоції — також підвищує ризик розвитку таких розладів, оскільки порушує ефективну емоційну регуляцію. Таким чином, для запобігання психосоматичним захворюванням важливо формувати навички емоційної саморегуляції, особливо в умовах хронічного стресу.

Висновки до першого розділу

У першому розділі розглянуто психосоматику як міждисциплінарну галузь, що досліджує взаємозв'язок психічних процесів із соматичними захворюваннями. Історично поняття «психосоматика» виникло в Німеччині для пояснення психічних хвороб, але згодом воно розширилося, включивши біологічні, психологічні та соціальні чинники. Психосоматичні розлади виникають у результаті складної взаємодії психічних і фізичних факторів, серед яких стрес, емоційна нестабільність і когнітивні переконання. Недостатня емоційна регуляція, зокрема в умовах хронічного стресу, сприяє розвитку таких розладів. Профілактика психосоматичних захворювань полягає у формуванні навичок емоційної саморегуляції, самопізнання та соціальної адаптації.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ПСИХОСОМАТИКА ТА ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ

2.1. Загальна характеристика емпіричного дослідження емоційної сфери психосоматичних хворих

Організація емпіричного дослідження особливості психосоматичних хворих відбувалася у три етапи.

На першому етапі здійснювався теоретичний аналіз даної проблеми. У ході цієї роботи було вивчено стан досліджуваного питання, погляди різних вчених з даної тематики, поняття психосоматики, психосоматичного розладу, визначено вплив емоцій на формування психосоматичних розладів. Також було підбрано методики, які допомогли б виявити особливості регулювання емоційної сфери психосоматичних хворих.

Другий етап роботи включав організацію та проведення емпіричного дослідження, яке фокусувалося на вивченні емоційної регуляції у психосоматичних хворих. Для цього було сформовано вибірку досліджуваних, підготовлено бланки та інструкції для учасників дослідження.

Вибірку нашого дослідження склали 58 пацієнтів із психосоматичними захворюваннями, які звернулися за медичною допомогою у «Волинську обласну лікарню». Психосоматичні захворювання включають такі хвороби, як астма, виразкова хвороба шлунка, серцево-судинні захворювання. Усі досліджувані віком від 25 до 55 років. Всі учасники проходили лікування протягом 2023 року.

Для реалізації поставлених завдань було проведено комплексне дослідження психосоматичних хворих. З цією метою застосовувались такі методики:

- 1) Шкала труднощів емоційної регуляції (DERS); (Додаток А)
- 2) Шкала депресії А. Бека; (Додаток Б)

3) Шкала реактивної і особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна — State-Trait Anxiety Inventory (STAI); (Додаток В)

4) Дослідження стану людини за допомогою тесту диференціальної самооцінки функціонального стану - опитувальника САН. (Додаток Д)

1. Шкала труднощів емоційної регуляції (DERS) була розроблена Гратсом та Роємером у 2004 році як інструмент самозвіту для оцінки проблем з управлінням емоціями у підлітків і дорослих. DERS складається з шести окремих субшкал, кожна з яких містить 3-5 тверджень, а загалом – 36 тверджень. Основний концепт емоційної регуляції, на якому базується DERS, підкреслює важливість емоцій та спрямований на адаптивні способи їх контролю під час або після стресових ситуацій. Це включає: (а) усвідомлення, розуміння та прийняття своїх емоцій; (б) здатність контролювати поведінку при відчутті негативних емоцій; (в) застосування відповідних стратегій для зменшення інтенсивності та/або тривалості емоційних реакцій без повного їх придушення; (г) готовність приймати негативні емоції як важливий і необхідний елемент життєвого досвіду. Оцінка проводиться окремо для кожної субшкали та сумарно по всіх пунктах, які включають: (1) неприйняття емоційних реакцій; (2) труднощі з поведінкою через негативні емоції; (3) проблеми з контролем імпульсів; (4) брак емоційної усвідомленості; (5) обмеження у застосуванні стратегій регуляції емоцій; (6) відсутність ясності в емоційному сприйнятті.

2. Шкала депресії А. Бека є одним із найвідоміших інструментів для оцінки рівня депресії. Розроблений американським психіатром Аароном Беком у 1961 році, цей опитувальник дозволяє виявити та кількісно оцінити депресивні симптоми у пацієнтів. Шкала депресії Аарона Бека (Beck Depression Inventory, BDI) — це психометричний інструмент, призначений для самостійної оцінки рівня депресивних симптомів. Її розроблено на основі клінічних спостережень, що дозволило виділити основні емоційні, когнітивні та фізіологічні симптоми, характерні для депресії. Інструмент складається з 21 питання, що охоплюють

різні аспекти депресивного стану, зокрема когнітивно-афективні (емоційні та ментальні) та соматичні (фізіологічні) прояви.

Структура шкали: кожне питання має чотири варіанти відповідей, від «а» (відсутність симптомів) до «г» (найвища інтенсивність симптому), які оцінюються в діапазоні від 0 до 3 балів. Сумарна кількість балів відображає рівень вираженості депресії:

- 0-9 балів — відсутність депресії,
- 10-15 балів — легка депресія (субдепресія),
- 16-19 балів — помірна депресія,
- 20-29 балів — середня депресія,
- 30-63 бали — тяжка депресія.

3. Шкала реактивної і особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна — State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Опитувальник реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна є широко використовуваним інструментом для оцінки рівня тривожності як стану (реактивна тривожність) та як стійкої риси особистості (особистісна тривожність). Цей тест розроблено Чарльзом Спілбергером у 1970 році і адаптовано Юрієм Ханіним у 1978 році для використання в російськомовних країнах. Шкала дозволяє оцінити реакцію людини на стресові ситуації (реактивну тривожність), а також рівень загальної тривожності, властивий людині у звичайних умовах (особистісну тривожність).

Опитувальник складається з 40 тверджень, розділених на дві частини:

- Опитувальник А — 20 тверджень для оцінки реактивної тривожності, яка характеризує емоційний стан людини в конкретний момент.
- Опитувальник Б — 20 тверджень для оцінки особистісної тривожності, яка характеризує стійкі риси тривожності у людини.

В кожному опитувальнику твердження відображають як високий, так і низький рівень тривожності, що дозволяє більш об'єктивно оцінити стан та особистісну тривожність, уникаючи схильності до відповіді. Пацієнт обирає

один із чотирьох варіантів відповіді, що відповідає рівню вираженості його емоцій (для реактивної тривожності) або частоті (для особистісної тривожності).

Пацієнтам пропонується відповісти на твердження, як вони себе почувають зараз (реактивна тривожність, опитувальник А) і зазвичай (особистісна тривожність, опитувальник Б). Не існує правильних чи неправильних відповідей, і пацієнт має обрати одну відповідь для кожного твердження.

Рівень реактивної тривожності обчислюється за формулою:

$$Tr = ERP - EPO + 50$$

де:

Tr - показник реактивної тривожності;

ERP - сума балів за прямими питаннями (3, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 15, 17, 18);

EPO - сума балів за зворотними питаннями (1, 2, 5, 8, 10, 11, 13, 16, 19, 20).

Рівень особистісної тривожності визначається за формулою:

$$Tl = ELP - ELO + 35$$

де:

Tl - показник особистісної тривожності;

ELP - сума балів за прямими питаннями (22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40);

ELO — сума балів за зворотними питаннями (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39).

Інтерпретація результатів

Показник менше 30 балів свідчить про низький рівень тривожності.

Показник 31-45 балів вказує на помірний рівень тривожності.

Показник понад 45 балів свідчить про високий рівень тривожності.

Цей опитувальник є надійним засобом оцінки тривожності, що дозволяє відстежувати зміни в психоемоційному стані пацієнта і виявляти ефективність психотерапевтичних або медичних інтервенцій.

4. **Тест САН** використовувався для визначення функціонального стану досліджуваних впродовж певних інтервалів часу (в нашому дослідженні для

виявлення стану респондентів в умовах війни). Методика «САН» – представляє собою бланк, на якому нанесені 30 пар слів протилежного значення, що відображають різні сторони самопочуття, активності і настрою особи.

Методика дослідження функціонального стану людини полягає у тому, що опитуваному пропонується поставити оцінку своєму стану (оцінити міру вираженості кожної ознаки). Шкала оцінок представлена сімома градаціями. Між парами слів розташовані цифри 3-2-1-0- 1-2-3. Завдання опитуваного полягає у тому, щоб вибрати і відмітити цифру, що найбільш точно відображає стан у людини момент обстеження.

Кожну категорію характеризують 10 пар слів. Десятиразове пред'явлення полярних слів - характеристик однієї і тієї ж категорії дозволяє отримати надійніші дані. Підсумком аналізу результатів дослідження є сума значення балів по окремих шкалах – «самопочуття», «активність», «настрій». Отримана за кожною шкалою сума знаходиться в межах від 10 до 70 і дозволяє виявити функціональний стан індивіда в даний момент часу за принципом:

- < 30 балів - *низька* оцінка;
- 30 - 50 балів - *середня* оцінка;
- 50 балів - *висока* оцінка.

2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження

Аналіз результатів емпіричного дослідження особливостей емоційної регуляції психосоматичних хворих дозволив нам виявити кількісні та якісні показники емоційної регуляції даної вибірки досліджуваних.

Першою методикою нашого дослідження стала методика «Шкала емоційної регуляції» яка здатна оцінити здатність людини регулювати свої емоції. Застосування DERS дозволяє виявити проблеми з емоційною регуляцією, зокрема у психосоматичних пацієнтів, які можуть мати труднощі з управлінням

емоціями, що спричиняє або загострює симптоми хвороби. Результати методики представлені в Табл. 2.1.

Таблиця 2.1

**Результати діагностики особливостей емоційної регуляції
психосоматичних хворих за методикою DERS**

Шкала	Відсотковий прояв в досліджуваних
Неприйняття емоційних реакцій	12,5%
Труднощі із цілеспрямованої поведінкою	17,2%
Труднощі з контролем імпульсів	15,4%
Відсутність емоційного усвідомлення	29,3%
Обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій	20,4%
Відсутність емоційної чіткості	5,2%

Візуально, результати діагностики представлені на Рис.2.1.

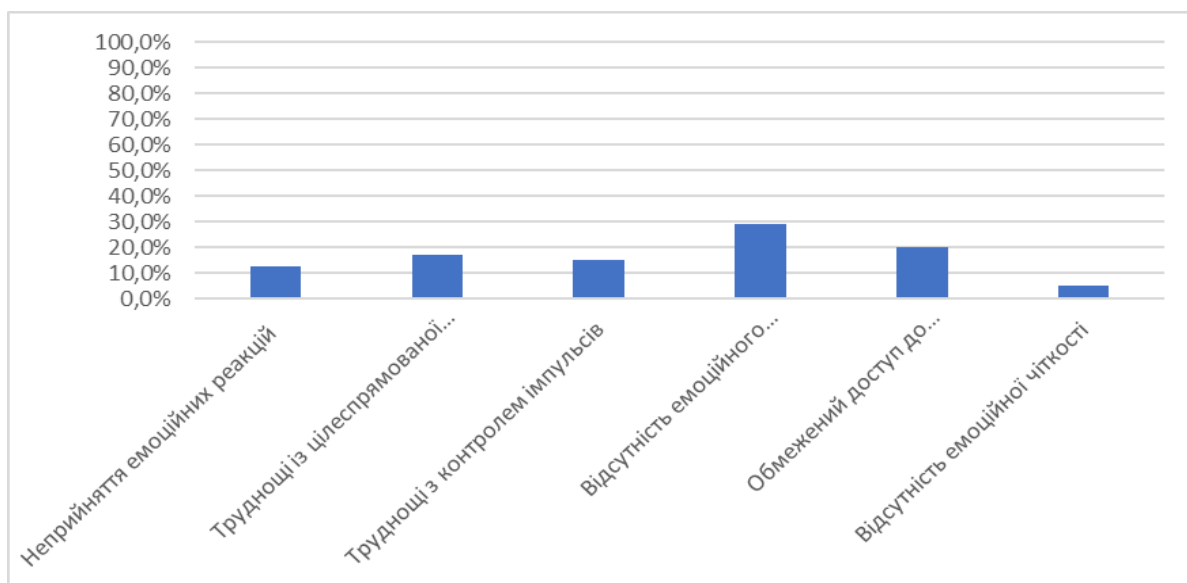


Рис.2.1. Особливості емоційної регуляції психосоматичних хворих за методикою DERS

Отже, як ми бачимо з результатів діагностики психосоматичних хворих – майже третина досліджуваних (29,3%) має труднощі з усвідомленням своїх емоцій. Це є значущою ознакою, яка може ускладнювати процес саморегуляції та корекції поведінки. У понад 20,4% респондентів спостерігається обмежений доступ до ефективних стратегій для управління емоціями, що свідчить про потребу в навчанні способів заспокоєння і розв'язання емоційних проблем. 17,2% досліджуваних відчувають труднощі з організацією своєї діяльності під впливом емоцій, що може свідчити про схильність до втрати цілеспрямованості в емоційно напружених ситуаціях. В аспекті труднощів з контролем імпульсів, то можна зазначити, що у 15,4% вони виникають, це вказує на те, що вони схильні до імпульсивної поведінки. Відносно невеликий відсоток (12,5%) досліджуваних відчуває труднощі з прийняттям своїх емоцій, що вказує на відносно низький рівень емоційного відторгнення у більшості хворих. Зі всієї вибірки лише 5,2% респондентів мають труднощі з визначенням і розумінням своїх емоцій, що свідчить про високу чіткість емоційного усвідомлення у цієї групи. Ми бачимо, що найбільш виражені проблеми у психосоматичних хворих стосуються відсутності емоційного усвідомлення та обмеженого доступу до стратегій регулювання емоцій, що потребує роботи над підвищенням емоційного усвідомлення та навчанням ефективних методів емоційної регуляції.

Відомо, що депресія може бути однією з причин психосоматичних порушень. Шкала Бека дозволяє визначити рівень депресії у пацієнтів, що, у свою чергу, дає можливість встановити зв'язок між депресивними симптомами та труднощами в емоційній регуляції. Результати діагностики за цією методикою представлені в Табл. 2.2. та на Рис. 2.2

Таблиця 2.2

**Результати діагностики рівня депресії у досліджуваних за шкалою
А.Бека**

Рівень депресії	Відсотковий прояв у досліджуваних
Відсутність депресивних симптомів	22,4%
Легка депресія (субдепресія)	29,1%
Помірна депресія	12,7%
Виражена депресія (середньої тяжкості)	27,6%
Важка депресія	8,2%

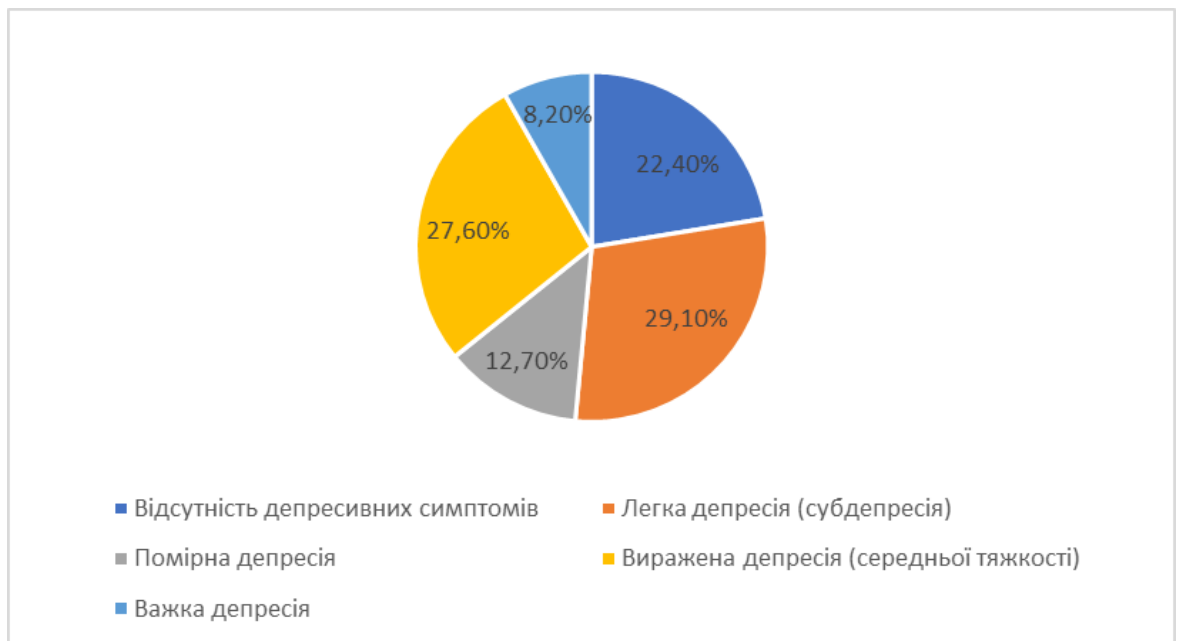


Рис. 2.2. Рівень депресії у психосоматичних хворих за методикою А. Бека.

Таким чином ми бачимо, що у 22,4% спостерігається відсутність депресивних симптомів, тобто в таких пацієнтів наявний суб'єктивний психічний комфорт та стабільність, однак важливо враховувати, що відсутність симптомів депресії не гарантує відсутність інших психічних порушень, таких як тривога або стрес, що часто можуть бути супутниками психосоматичних

захворювань. У цьому контексті пацієнти цієї групи можуть бути більш адаптованими до життєвих викликів, хоча й не зовсім вільними від психосоматичних симптомів, що потребують подальшого спостереження.

Легка депресія (субдепресія) притаманна для 29,1% вибірки досліджуваних, такі пацієнти проявляють слабкі, але все ж помітні депресивні симптоми, які можуть бути описані як субклінічні або приховані. Люди з легкою депресією часто мають знижений настрій, почуття втрати інтересу до діяльності, однак їх здатність функціонувати в повсякденному житті не надто порушена. 3. Помірна депресія спостерігається у 12,7% пацієнтів нашої вибіркової сукупності, такі люди переживають більш виражені симптоми, включаючи порушення сну, апетиту, зниження енергії, почуття безнадійності, зниження здатності до концентрації.

У 27,6% вибірки була діагностована виражена депресія (середньої тяжкості), що є важливим показником для ранньої діагностики та лікування. Симптоми вираженої депресії серйозно порушують нормальне функціонування людини. Пацієнти мають виражене відчуття безнадії, стійкий розлад сну та апетиту, зниження енергії та мотивації. Важливо відзначити, що ця форма депресії часто є передумовою для розвитку більш серйозних психосоматичних розладів, таких як хронічні болі, кардіоваскулярні проблеми або розлади імунної системи.

Малі кількість респондентів 8,2% проявила важку депресію, яка є найбільш серйозною формою розладу. Пацієнти з важкою депресією зазвичай мають глибокі порушення в мисленні, сприйнятті реальності та емоціях. Вони можуть відчувати постійну безнадійність, безсилля, а також виникнення суїцидальних думок.

Згідно з отриманими даними, понад 77% досліджуваних мають певні прояви депресії, що варіюються від легких до виражених форм. Це вказує на значний рівень психічної вразливості серед психосоматичних хворих.

Тривожність є значущим фактором у розвитку психосоматичних розладів, тому використання методики STAI дозволить нам оцінити як реактивну, так і особистісну тривогу, які є важливими для розуміння, наскільки тривожність впливає на емоційний стан і регуляцію емоцій. Результати діагностики за методикою Спілберга-Ханіна представлені в Табл.2.3. та на Рис.2.3.

Таблиця 2.3.

Результати діагностики тривожності у психосоматичних хворих за методикою STAI

Рівень тривожності	Реактивна тривожність	Особистісна тривожність
Низький рівень	10,3%	26,8%
Помірний рівень	41,4%	36,8%
Високий рівень	48,3%	36,4%

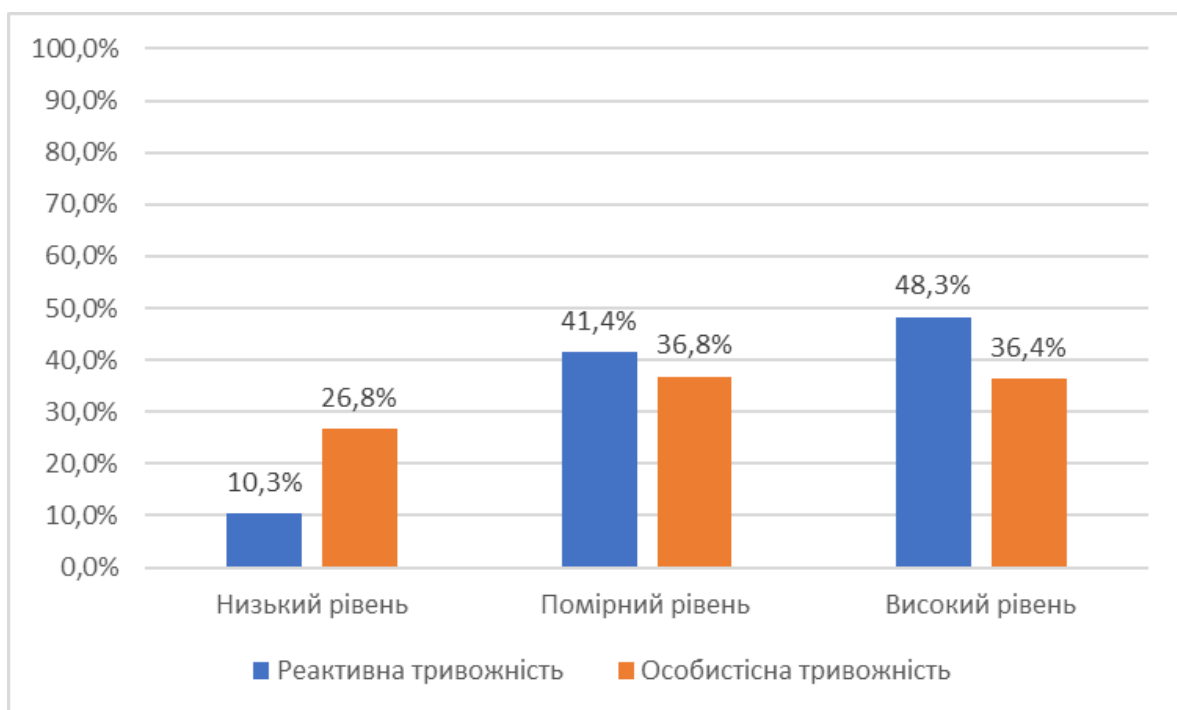


Рис. 2.3. Прояви особистісної та реактивної тривожності у психосоматичних хворих за методикою Спілберга-Ханіна

Результати діагностики тривожності за методикою STAI демонструють значні відмінності між показниками реактивної та особистісної тривожності серед психосоматичних хворих. За шкалою реактивної тривожності 48,3% мають високий рівень її прояву. Це свідчить про схильність до швидкої тривожної реакції на ситуації, що сприймаються як стресові або загрозливі. Такий рівень тривожності може ускладнювати адаптацію і поглиблювати психосоматичні симптоми. Помірний рівень реактивної тривожності спостерігається у 41,4% пацієнтів, що може вказувати на частковий вплив стресових факторів на їхнє життя, але при тому вони здатні на збереження контролю над своїм емоційним станом. 10,3% психосоматичних пацієнтів мають низький рівень реактивної тривожності, що свідчить про рідкісне або незначне проявлення тривожної реакції у відповідь на поточні ситуації.

За шкалою особистісної тривожності 36,8% досліджуваних виявляють помірний рівень особистісної тривожності, що говорить про певну схильність до тривожності, але не критичну для щоденного функціонування. Разом з цим 36,4% мають високий рівень особистісної тривожності, що свідчить про хронічно високий рівень тривоги, незалежно від поточних ситуацій. Це може бути фактором, що сприяє розвитку та підтримці вже існуючих психосоматичних розладів. У 26,8% респондентів спостерігається наявність низького рівня особистісної тривожності

Отже у психосоматичних хворих в більшій мірі спостерігається високий відсоток пацієнтів з високим рівнем як реактивної (48,3%), так і особистісної тривожності (36,4%), що вказує на те, що тривожність є суттєвим чинником у формуванні психосоматичних розладів у цих пацієнтів.

Останньою методикою нашого емпіричного дослідження став опитувальник САН (диференціальна самооцінка функціонального стану). Цей метод дозволяє оцінити загальний функціональний стан людини (самопочуття, активність, настрій), що є важливим для вивчення психосоматичного профілю пацієнта. Результати діагностики за методикою САН представлені в табл 2.4.

Таблиця 2.4.

Результати діагностики за методикою САН

Шкала/Рівень вияву	Високий рівень	Середній рівень	Низький рівень
Самопочуття	37,5%	50%	12,5%
Активність	15,6%	25%	59,3%
Настрій	18,76%	38,6%	42,6%

Як показують результати діагностики функціональних станів особистості за Методикою САН у пацієнтів із психосоматичними захворюваннями, більшість обстежених мають середній рівень самопочуття (50%), низький рівень активності (59,3%) та низький рівень настрою (42,6%). Це свідчить про деякі відхилення у їхньому самопочутті, активності та настрої порівняно з нормою.

Середній рівень самопочуття у пацієнтів може вказувати на те, що, хоча вони не перебувають у крайній фазі емоційного стресу, вони відчують певні негативні впливи, пов'язані з хронічними або повторюваними симптомами психосоматичних розладів. Низький рівень активності може бути наслідком загальної втомленості, зниження енергетичних резервів та можливих психічних навантажень, що часто спостерігаються у пацієнтів із психосоматичними захворюваннями. Низький рівень настрою доповнює цю картину, вказуючи на тенденцію до погіршення емоційного стану, що може бути викликане постійним фізичним дискомфортом і відчуттям втрати контролю над своїм здоров'ям.

Загалом результати свідчать про значний вплив психосоматичних захворювань на емоційний стан пацієнтів, що підвищує ризик емоційного вигорання та зниження загального психічного благополуччя, а також вказує на потребу в цілісному підході до їхнього лікування та підтримки.

Наступним кроком нашого дослідження стало проведення кореляційного аналізу, який дозволить виявити взаємозв'язок між емоційною регуляцією, депресивними та тривожними симптомами, а також загальним самопочуттям, активністю та настроєм у психосоматичних хворих. Оскільки психосоматичні захворювання часто супроводжуються складнощами в управлінні емоціями, порівняння показників за DERS з іншими шкалами може виявити ключові патерни, які посилюють психосоматичну симптоматику. Для цього етапу ми використали непараметричний критерій r-Спірмена, адже він є більш гнучким для досліджень, де розподіл змінних може бути асиметричним або мати значні відхилення. Результати кореляційного аналізу наведені в табл. 2.5.

Таблиця 2.5.

Результати кореляційного аналізу за критерієм Спірмена

	Депресія	Особистісна тривожність	Реактивна тривожність	Самопочуття	Активність	Настрій
Неприйняття емоційних реакцій	$r \approx 0.45$	$r \approx 0.40$	$r \approx -0,1$	$r \approx 0,26$	$r \approx 0,23$	$r \approx 0,1$
Труднощі із цілеспрямованої поведінкою	$r \approx 0.35$	$r \approx 0,29$	$r \approx 0,31$	$r \approx -0,27$	$r \approx -0.30$	$r \approx 0,28$
Труднощі з контролем імпульсів	$r \approx 0,29$	$r \approx 0,27$	$r \approx 0.40$	$r \approx 0,29$	$r \approx 0,1$	$r \approx -0.30$

Продовження Таблиці 2.5.

Відсутність емоційного усвідомлення	$r \approx 0,27$	$r \approx 0,35$	$r \approx -0,23$	$r \approx -0,25$	$r \approx 0,31$	$r \approx 0,29$
Обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій	$r \approx 0,50$	$r \approx 0,1$	$r \approx 0,26$	$r \approx -0,40$	$r \approx 0,23$	$r \approx 0,1$
Відсутність емоційної чіткості	$r \approx 0,23$	$r \approx 0,30$	$r \approx -0,29$	$r \approx 0,26$	$r \approx 0,31$	$r \approx -0,30$

Отже як ми бачимо з таблиці найсильніший кореляційний зв'язок між обмеженим доступом до стратегій регулювання емоцій та депресією ($r \approx 0,50$) $p < 0,001$ свідчить про те, що у психосоматичних хворих існують труднощі в доступі до способів регулювання емоцій, які можуть суттєво сприяти депресивним симптомам. Це означає, що люди, які не мають належних стратегій для опанування емоцій, можуть бути більш схильні до цих пригнічених станів.

Помірна кореляція між неприйняттям емоційних реакцій депресією ($r \approx 0,45$ $p < 0,01$) і особистісною тривожністю ($r \approx 0,40$ $p < 0,01$) вказує на те, що психосоматичні пацієнти, які негативно ставляться до власних емоцій, схильні до підвищеного рівня тривоги та депресії. Це може бути через те, що вони не здатні адекватно приймати свої емоційні стани, що призводить до їх пригнічення та збільшення внутрішнього напруження.

Існування кореляцій із депресією ($r \approx 0,35$ $p < 0,05$) та реактивною тривожністю ($r \approx 0,40$ $p < 0,01$) може свідчити про те, що труднощі у досягненні своїх цілей або в підтримці мотивації також є факторами, які впливають на емоційний стан. Люди, що стикаються з труднощами в поведінковій цілеспрямованості, можуть відчувати тривогу та розчарування, що підвищує рівень депресії та тривожності.

Кореляція між відсутністю усвідомлення емоцій і особистісною тривожністю ($r \approx 0.35$ $p < 0.05$) свідчить, що психосоматичні пацієнти, які мають труднощі з розумінням та усвідомленням своїх емоційних реакцій, схильні до особистісної тривожності. Невміння розпізнавати свої емоції може викликати почуття внутрішньої невпевненості та тривоги.

Негативна кореляція між доступом до стратегій регулювання емоцій і самопочуттям ($r \approx -0.40$ $p < 0.01$) свідчить, що пацієнти, які відчувають обмеження у доступі до емоційних ресурсів для опанування стресу, відчувають гірше самопочуття. Це може проявлятися у загальному зниженні життєвої енергії, втомі та емоційній пригніченості.

Висновок до другого розділу

У результаті проведеного нами емпіричного вивчення особливостей емоційно регуляції психосоматичних хворих, нам вдалося виявити окремі труднощі у її регуляції у досліджуваних, а також діагностувати їх емоційний стан.

Оперуючи одержаними емпіричними показниками вивчення особливостей емоційної регуляції психосоматичних хворих, ми пропонуємо тренінгову програму для її контролю. Запропонована нами програма матиме психологічно-розвивальний характер і спрямована не лише на покращення емоційного стану цієї категорії пацієнтів, а й допоможе їм подолати труднощі в регуляції своєї емоційної сфери.

РОЗДІЛ 3.

ТРЕНІНГОВА ПРОГРАМА РЕГУЛЯЦІЇ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ХВОРИХ

3.1. Рекомендації щодо регуляції емоційної сфери психосоматичних хворих

Психосоматичні захворювання, які виникають внаслідок емоційних і психологічних факторів, потребують особливого підходу до лікування. Оскільки тіло і розум взаємопов'язані, важливо регулювати емоційний стан для покращення фізичного здоров'я. Ось кілька рекомендацій, які можуть допомогти у цьому процесі.

Розвиток емоційної усвідомленості

Перший крок до регуляції емоційної сфери – це усвідомлення своїх емоцій.

Емоційна усвідомленість — це здатність розпізнавати, розуміти та регулювати свої емоції. Вона є важливим аспектом особистісного розвитку і відіграє ключову роль у наших стосунках, прийнятті рішень і загальному психічному здоров'ї. Розвиток цієї навички може суттєво поліпшити якість життя, забезпечити краще розуміння себе та інших, а також сприяти ефективному управлінню стресом.

Емоційна усвідомленість допомагає нам краще розуміти, що відбувається в нашому внутрішньому світі. Коли ми можемо виявити та назвати свої емоції, це дає нам змогу більш ефективно реагувати на різні ситуації. Наприклад, усвідомлення почуття тривоги може допомогти нам знайти способи зменшити її, замість того щоб піддаватися імпульсивним реакціям. Також, емоційна усвідомленість сприяє розвитку емпатії — вміння ставити себе на місце інших, розуміти їхні переживання і почуття.

Етапи розвитку емоційної усвідомленості:

Самоспостереження: Першим кроком до емоційної усвідомленості є спостереження за власними емоціями. Це може включати ведення щоденника, у

якому ви фіксуєте свої почуття і думки. З часом ви навчитеся розпізнавати певні патерни у своїй поведінці та емоціях.

Набуття знань: Важливо вивчати емоції, їх природу та причини. Читання книг, проходження курсів або консультації з психологом можуть допомогти зрозуміти, як різні емоції впливають на наше життя.

Регуляція емоцій: Після того, як ви навчилися розпізнавати свої емоції, наступним кроком є їх регуляція. Це може включати техніки релаксації, медитацію, фізичні вправи або інші способи зниження стресу. Здатність регулювати свої емоції дозволяє нам зберігати спокій у складних ситуаціях і уникати імпульсивних рішень.

Комунікація: Важливо вміти ділитися своїми почуттями з іншими. Відкритий і чесний діалог про емоції може зміцнити стосунки і допомогти зрозуміти погляди інших людей.

Розвиток емоційної усвідомленості не завжди є простим завданням. У суспільстві, де часто панують стереотипи про «слабкість» емоцій, багато людей відчувають труднощі в їх визнанні та вираженні. Сором, страх чи невпевненість можуть заважати нам відкрито говорити про свої почуття. Однак, важливо пам'ятати, що визнання своїх емоцій є важливим кроком до їх подолання.

Практика релаксаційних технік

У сучасному світі, сповненому стресу та швидкого ритму життя, релаксаційні техніки стають все більш популярними. Вони допомагають людям знайти внутрішній спокій, покращити емоційний стан і підвищити загальну якість життя.

Релаксаційні техніки — це методи, спрямовані на зменшення напруження в тілі та розумі, що дозволяють досягти стану спокою і гармонії. Вони можуть включати фізичні, дихальні та медитативні практики. Застосування цих технік допомагає не тільки зменшити рівень стресу, але й поліпшити фізичне здоров'я, знизити тривожність і покращити концентрацію.

По-перше, регулярна практика релаксації може суттєво знизити рівень стресу. Коли людина навчається відпускати напруження, вона відчуває полегшення як фізично, так і емоційно. Це особливо важливо в умовах сучасного життя, коли стрес стає частиною повсякденності.

По-друге, релаксаційні техніки покращують якість сну. Багато людей стикаються з проблемами безсоння через перевантаження та тривоги. Практика релаксації перед сном може допомогти заспокоїти розум і підготувати тіло до відпочинку.

По-третє, ці техніки можуть сприяти кращій концентрації та продуктивності. Коли розум і тіло перебувають у стані спокою, людина може краще зосередитися на своїх завданнях, що підвищує її ефективність.

Основні методи релаксації:

Глибоке дихання: Ця техніка включає в себе повільне, глибоке дихання, яке допомагає знизити артеріальний тиск і розслабити м'язи. Просто знайдіть зручне місце, закрийте очі і дихайте глибоко, зосереджуючись на кожному вдиху та видиху.

Медитація: Медитація може бути як активною, так і пасивною. Вона включає в себе концентрацію на думках, звуках або образах, що дозволяє досягти глибокого стану спокою. Існує безліч варіацій медитації, включаючи усвідомленість і мантрову медитацію.

Йога: Поєднуючи фізичні вправи, дихальні техніки та медитацію, йога є чудовим способом зняти стрес і поліпшити загальне самопочуття. Регулярні заняття йогою допомагають зміцнити тіло і розум.

Природні звуки: Слухання звуків природи, таких як шум води або спів птахів, може мати заспокійливий ефект. Відведіть час на те, щоб насолодитися природою, або слухайте записи, що допоможуть вам розслабитися.

Ці практики знижують рівень кортизолу, гормону стресу, і підвищують відчуття спокою та контролю.

Створення підтримуючого оточення

Підтримуюче оточення — це простір, у якому люди відчують себе в безпеці, прийнятими та цінованими. Це середовище, де індивіди можуть вільно висловлювати свої думки та почуття, не боячись засудження. Таке оточення сприяє розвитку довіри, що є основою здорових стосунків.

Дослідження показують, що люди, які перебувають у підтримуючому середовищі, мають вищий рівень мотивації та задоволеності життям. Вони краще справляються з викликами, адже знають, що можуть покластися на оточуючих. Це особливо важливо в умовах колективної роботи, де підтримка колег може бути вирішальним фактором успіху проекту.

У сучасному світі, де темп життя постійно зростає, а стрес і невизначеність стають звичними супутниками, створення підтримуючого оточення є надзвичайно важливим. Таке середовище не лише сприяє емоційному благополуччю, але й покращує продуктивність, зміцнює стосунки та допомагає кожному з нас розвиватися.

Складові підтримуючого оточення

Довіра: Довіра є основою будь-якого підтримуючого середовища. Люди повинні відчувати, що можуть ділитися своїми переживаннями, не боячись негативної реакції. Створення довіри вимагає часу та зусиль, але воно є запорукою здорових стосунків.

Емпатія: Здатність поставити себе на місце іншого, зрозуміти його почуття та переживання є важливим аспектом підтримуючого оточення. Емпатія дозволяє людям відчувати, що їх розуміють і приймають, що стимулює відкритість у спілкуванні.

Позитивна комунікація: Важливо створити атмосферу, де люди можуть вільно висловлювати свої думки та ідеї. Конструктивна критика, підтримка та заохочення є складовими позитивної комунікації, яка сприяє розвитку.

Спільні цінності та цілі: Наявність спільних цінностей та цілей об'єднує людей. Коли команда або спільнота працює над досягненням спільної мети, це створює відчуття належності та підтримки.

Як створити підтримуюче оточення

Слухайте активно: Вміння слухати — це ключовий елемент підтримуючого оточення. Зосередьтеся на тому, що говорить інша людина, задавайте питання та проявляйте інтерес до її переживань.

Будьте відкритими до зворотного зв'язку: Зворотний зв'язок — це важливий інструмент для розвитку. Вчіться приймати конструктивну критику і надавайте її іншим з повагою та доброзичливістю.

Створіть простір для спільної діяльності: Організуйте заходи, які сприяють співпраці та взаємодії. Це можуть бути командні будівельні ігри, спільні проекти або навіть неформальні зустрічі.

Виявляйте вдячність: Визнання досягнень інших людей та вираження вдячності зміцнює стосунки. Просте «дякую» може зробити великий внесок у створення підтримуючого середовища.

Створення підтримуючого оточення є важливим завданням для кожного з нас. Це середовище, яке сприяє розвитку, емоційному благополуччю та зміцненню стосунків. Довіра, емпатія, позитивна комунікація та спільні цінності — це ключові складові, які допоможуть створити простір, де кожен відчуватиме підтримку та розуміння.

Впровадження здорових звичок

Здорові звички не лише позитивно впливають на фізичне здоров'я, але й сприяють емоційному благополуччю, підвищують продуктивність і загальне задоволення життям.

Перш за все, здорові звички сприяють підтримці фізичного здоров'я. Регулярні фізичні вправи, правильне харчування та достатній сон знижують ризик розвитку хронічних захворювань, таких як діабет, серцево-судинні хвороби та ожиріння. Здоровий спосіб життя також зміцнює імунну систему, що допомагає організму протистояти хворобам.

Крім фізичного, важливим є й психологічне здоров'я. Здорові звички, такі як медитація, практика вдячності та ведення активного соціального життя,

допомагають зменшити рівень стресу, тривожності та депресії. Це, в свою чергу, покращує настрій і підвищує якість життя.

Основні здорові звички:

Регулярна фізична активність: Вправи не лише покращують фізичну форму, але й сприяють вивільненню ендорфінів — «гормонів щастя». Необхідно знайти вид активності, який приносить задоволення, будь то біг, йога, плавання чи танці.

Збалансоване харчування: Важливо вживати різноманітні продукти, багаті на вітаміни та мінерали. Слід намагатися зменшити споживання оброблених продуктів, цукру та насичених жирів. Правильне харчування забезпечує організм необхідною енергією та покращує загальне самопочуття.

Достатній сон: Якість сну безпосередньо впливає на продуктивність та емоційний стан. Важливо дотримуватися режиму сну, створювати комфортні умови для відпочинку і уникати використання гаджетів перед сном.

Управління стресом: Важливо знаходити час для релаксації та відновлення. Техніки, такі як дихальні вправи, медитація або прогулянки на свіжому повітрі, допомагають знизити рівень стресу.

Соціальні зв'язки: Спілкування з родиною, друзями та колегами сприяє емоційній підтримці та покращує настрій. Активна соціальна життя допомагає відчувати себе частиною спільноти. Впровадження здорових звичок є важливим кроком до покращення якості життя. Це не лише покращує фізичне та психологічне здоров'я, але й формує позитивний погляд на життя. Поступові зміни, правильна мотивація та підтримка оточення можуть стати запорукою успіху в цьому процесі. Тому не бійтеся почати, адже здорові звички — це інвестиція у ваше майбутнє, яка обов'язково принесе плоди.

Професійна допомога

Професійна допомога охоплює різноманітні сфери, включаючи психологію, медицину, соціальну роботу та консультування.

Перше, що варто зазначити, це те, що кожен із нас може зіткнутися з труднощами, які важко подолати самотійно. Стрес, тривога, депресія, проблеми у стосунках або на роботі можуть призвести до емоційного виснаження. Професійна допомога пропонує підтримку і стратегії для подолання цих труднощів.

Крім того, звернення до спеціаліста може допомогти виявити корінь проблеми. Психологи, психіатри, терапевти та інші професіонали мають знання і навички, які дозволяють їм краще зрозуміти ваші переживання. Вони можуть допомогти розробити індивідуальний план дій, який дозволить вам ефективно впоратися зі складнощами.

Форми професійної допомоги:

Психологічне консультування: Це форма допомоги, яка передбачає розмову з психологом або психотерапевтом. Консультації можуть проходити в індивідуальному форматі або в групах. Психологи використовують різні методи, такі як когнітивно-поведінкова терапія, арт-терапія, гештальт-терапія тощо, щоб допомогти клієнтам усвідомити свої почуття та знайти шляхи їх вирішення.

Психіатрична допомога: Психіатри — це лікарі, які спеціалізуються на діагностиці та лікуванні психічних розладів. Вони можуть призначати медикаменти, які допомагають у лікуванні серйозних психічних станів, таких як депресія, тривожні розлади або шизофренія.

Соціальна допомога: Соціальні працівники надають підтримку людям у складних життєвих ситуаціях. Вони можуть допомогти з пошуком ресурсів, наданням соціальних послуг або консультацією з питань прав людини.

Коучинг і кар'єрне консультування: Ці послуги орієнтовані на професійний розвиток і досягнення особистих цілей. Коучі працюють з клієнтами, щоб допомогти їм визначити свої амбіції, розробити план дій і знайти способи подолати бар'єри на шляху до успіху.

Вплив професійної допомоги на життя людини

Звернення за професійною допомогою може мати кардинальний вплив на життя людини. По-перше, це може призвести до значного поліпшення психоемоційного стану. Багато людей, які отримують професійну підтримку, відзначають зниження рівня тривоги, покращення настрою та загального благополуччя.

По-друге, професійна допомога сприяє розвитку навичок, які допомагають краще справлятися з життєвими викликами. Це можуть бути навички стресостійкості, управління емоціями, комунікації та вирішення конфліктів.

По-третє, отримуючи допомогу, людина може знайти нові перспективи і шляхи для реалізації своїх цілей. Професійні консультанти можуть допомогти відкрити нові горизонти, надихнути на зміни та підтримати у важкі моменти.

Професійна допомога — це важливий ресурс для кожного, хто стикається з труднощами в житті. Вона пропонує підтримку, знання та стратегії, які можуть допомогти подолати труднощі і покращити якість життя. Звертатися за професійною допомогою не лише нормально, але й розумно, адже це інвестиція у власне здоров'я і добробут. Не бійтеся шукати підтримку — вона може стати ключем до вашого щастя та успіху.

3.2. Структура програми регуляції емоційної сфери психосоматичних хворих

Основною метою програми є розвиток навичок емоційної регуляції у психосоматичних хворих як засобу покращення їх психологічного та фізичного стану.

Цільова аудиторія: Психосоматичні пацієнти, наповнюваність тренінгової групи 15-17 осіб.

Програма спрямована на вирішення таких **завдань:**

1. Забезпечити учасників теоретичними знаннями про емоційні реакції та їх вплив на психосоматичний стан.

2. Допомогти учасникам оволодіти техніками емоційної регуляції.
3. Формувати навички самоспостереження та рефлексії стосовно своїх емоцій.
4. Знизити рівень стресу та тривожності у пацієнтів.
5. Підвищити усвідомленість про свої емоції та їх вплив на фізичний стан.

Організація занять: Цикл занять включає два заняття, кожне з яких проводиться один раз на тиждень. Тривалість заняття – 1-1,5 години.

Структура програми:

День 1: Ознайомлення учасників з правилами роботи у групі, зняття емоційної напруги, вивчення поняття «емоційна регуляція» та виконання вправ для розвитку навичок регуляції.

День 2: Закріплення отриманих навичок, обговорення практичного досвіду, формування стратегії подальшої роботи з емоціями.

Місце проведення: Будь-яке зручне приміщення, яке забезпечить комфортну атмосферу.

Обладнання тренінгової кімнати: дошка, столи або столики для роботи учасників в малих групах, стільці поставлені по колу (за кількістю учасників у групах).

Матеріали та обладнання: Релаксаційна музика, папір, ручки, фломастери, м'яка іграшка.

Правила поведінки в групі:

1. Не перебивати, слухати один одного.
2. Принцип «тут і зараз» – обговорювати актуальні емоційні переживання.
3. Бути щирими у спілкуванні – говорити про власні почуття та переживання.
4. Конфіденційність – інформація, що обговорюється, не виноситься за межі групи.

5. Учасники мають право відмовитися від виконання будь-якої вправи.

Структура програми регуляції емоційної сфери психосоматичних хворих

№	Вправа	Форма роботи	Матеріали	Час
День				
1				
1	Представлення тренера	Інформаційне повідомлення		5-7 хв.
2	Вправа на знайомство «Сніжний ком»	Робота у колі	Маркер або іграшка	10 хв.
3	Вправа на знайомство «Емоційна картка»	Робота у колі	Папір, маркери	15 хв.
4	Очікування від тренінгової програми	Робота у колі		5-10 хв.
5	Емоційна регуляція	Інформаційне повідомлення		5-7 хв.
6	Вправа «Я!»	Робота у колі	Капелюх	5 хв.
7	Вправа «Згадай емоцію і розслабся»	Робота у колі		10 хв.
8	Вправа «Емоційна погода»	Робота в парах		20 хв.
9	Підведення підсумків	Рефлексія		10 хв.
День				
2				
1	Вправа «Привітання без слів»	Робота у колі		10 хв.
2	Вправа «Дихальна гімнастика»	Робота у колі		15 хв.

№	Вправа	Форма роботи	Матеріали	Час
3	Вправа «Психологічний простір»	Робота у групі		20 хв.
4	Вправа «Емоційний стілець»	Робота у колі	Стільці	10 хв.
5	Вправа «Пересмикни емоцію»	Робота в парах	Мотузка	15 хв.
6	Вправа «Сядьте так, як відчуваєте»	Робота у колі	Стільці, папір, ручки	20 хв.
7	Вправа «Зернятко»	Робота у колі		15 хв.
8	Підведення підсумків	Рефлексія	1	10 хв.

Змістовне наповнення програми регуляції емоційної сфери психосоматичних хворих

День 1.

1. Представлення психолога

Форма роботи: Інформаційне повідомлення

Час: 5-7 хв.

Опис: Психолог коротко представляється, розповідає про свій досвід, спеціалізацію та мету програми. Важливо встановити контакт з учасниками і створити атмосферу довіри.

2. Вправа на знайомство «Сніжний ком» (10 хв)

Форма роботи: Робота у колі

Матеріали: Маркер або іграшка

Час: 10 хв.

Опис: Учасники сидять у колі. Перший учасник називає своє ім'я і одну позитивну якість. Потім наступний учасник повторює ім'я і якість попереднього, додаючи своє. Таким чином, кожен учасник поступово формує «сніговий ком» інформації.

3. Вправа на знайомство «Емоційна картка»

Форма роботи: Робота у колі

Матеріали: Папір, маркери

Час: 15 хв.

Опис: Кожен учасник отримує аркуш паперу та маркери. Завдання — написати або намалювати емоції, які вони відчувають на даний момент. Потім учасники діляться своїми картками в колі.

4. Очікування від тренінгової програми

Форма роботи: Робота у колі

Час: 5-10 хв.

Опис: Учасники обговорюють свої очікування від програми. Кожен по черзі говорить, що хоче отримати або змінити. Психолог фіксує основні ідеї на ватмані.

5. Емоційна регуляція

Форма роботи: Інформаційне повідомлення

Час: 5-7 хв.

Опис: Психолог розповідає про основи емоційної регуляції, її важливість для психічного і фізичного здоров'я, а також про методи, які будуть використовуватися в програмі.

6. Вправа «Я!»

Форма роботи: Робота у колі

Матеріали: Капелюх

Час: 5 хв.

Опис: Учасники передають капелюх по колу. Той, хто тримає капелюх, говорить «Я» та щось позитивне про себе. Потім передає капелюх далі.

7. Вправа «Згадай емоцію і розслабся»

Форма роботи: Робота у колі

Час: 10 хв.

Опис: Психолог пропонує учасникам закрити очі і згадати позитивну емоцію, яку вони відчували. Потім вони діляться своїми відчуттями і розслабляються.

8. Вправа «Емоційна погода»

Форма роботи: Робота в парах

Час: 20 хв.

Опис: Учасники працюють у парах. Кожен описує, якою є їхня «емоційна погода» (сонячно, дощ, туман і т.д.). Партнер слухає і може ставити запитання, щоб глибше зрозуміти емоційний стан.

9. Підведення підсумків

Форма роботи: Рефлексія

Час: 10 хв.

Опис: Учасники діляться враженнями про заняття, обговорюють, що було корисно, які емоції вони відчували під час вправ.

День 2.

Форма роботи: Робота у колі

Час: 10 хв.

Опис: Учасники по черзі вітаються один з одним, використовуючи тільки міміку та жест. Це допомагає зняти напругу та розвинути невербальну комунікацію.

2. «Дихальна гімнастика»

Форма роботи: Робота у колі

Час: 15 хв.

Опис: Учасники виконують дихальні вправи під керівництвом психолога, щоб зняти стрес і налаштуватися на позитивний лад.

3. «Психологічний простір»

Форма роботи: Робота у групі

Час: 20 хв.

Опис: Учасники обирають певні зони в приміщенні, які символізують їхній стан або настрій. Потім обговорюють свої відчуття та емоції.

4. «Емоційний стілець»

Форма роботи: Робота у колі

Матеріали: Стільці

Час: 10 хв.

Опис: Учасники сідають на стільці, і по черзі висловлюють емоції, які вони переживають, сидячи на кожному з них. Це допомагає виявити емоції та обговорити їх.

5. «Пересмикни емоцію»

Форма роботи: Робота в парах

Матеріали: Мотузка

Час: 15 хв.

Опис: У парах учасники обирають емоцію, яку хочуть змінити, і за допомогою мотузки символічно «пересмикують» цю емоцію, обговорюючи альтернативні реакції.

6. «Сядьте так, як відчуваєте»

Форма роботи: Робота у колі

Матеріали: Стільці, папір, ручки

Час: 20 хв.

Опис: Учасники сідають у позах, що відображають їхні почуття. Потім записують свої думки і обговорюють їх у групі.

7. «Зернятко»

Форма роботи: Робота у колі

Час: 15 хв.

Опис: Кожен учасник ділиться маленькою історією або думкою, яка символізує «зернятко» для його особистісного росту. Це створює атмосферу підтримки та розвитку.

8. Підведення підсумків

Форма роботи: Рефлексія

Час: 10 хв.

Опис: Учасники обговорюють свої враження від вправ, діляться думками про те, чого вони навчилися і як можуть застосувати це в житті.

ВИСНОВКИ

У результаті проведеного теоретичного та емпіричного дослідження особливостей емоційної регуляції психосоматичних хворих можемо зробити наступні висновки:

1. Проведений теоретичний аналіз літератури дав змогу визначити, що психосоматика як міждисциплінарну галузь досліджує взаємозв'язок психічних процесів із соматичними захворюваннями. Психосоматичні розлади виникають у результаті складної взаємодії психічних і фізичних факторів, серед яких стрес, емоційна нестабільність і когнітивні переконання. Недостатня емоційна регуляція, зокрема в умовах хронічного стресу, сприяє розвитку таких розладів. Профілактика психосоматичних захворювань полягає у формуванні навичок емоційної саморегуляції, самопізнання та соціальної адаптації

2. Для дослідження особливостей емоційної регуляції психосоматичних хворих було використано чотири методики. Які дали змогу виявити в досліджуваних труднощі емоційної регуляції, наявність депресивних симптомів, рівень реактивної і особистісної тривожності, визначити функціонального стану людини.

3. Проаналізувавши тримані результати можна зробити наступні висновки: за методикою DERS третина досліджуваних (29,3%) має труднощі з усвідомленням своїх емоцій, у понад 20,4% респондентів спостерігається обмежений доступ до ефективних стратегій для управління емоціями, 17,2% досліджуваних відчують труднощі з організацією своєї діяльності під впливом емоцій. 15,4% хворих притаманні труднощі в контролі імпульсів, 12,5% досліджуваних відчуває труднощі з прийняттям своїх емоцій, а лише 5,2% респондентів мають труднощі з визначенням і розумінням своїх емоцій. Тобто ми бачимо, що найбільш виражені проблеми у психосоматичних хворих стосуються відсутності емоційного усвідомлення та обмеженого доступу до стратегій регулювання емоцій, що потребує роботи над підвищенням емоційного усвідомлення та навчанням ефективних методів емоційної регуляції. За шкалою

депресії А. Бека легка депресія (субдепресія) притаманна для 29,1% вибірки досліджуваних, у 27,6% вибірки була діагностована виражена депресія (середньої тяжкості) і досить мала кількість респондентів 8,2% проявила важку депресію, яка є найбільш серйозною формою розладу, тобто можна відзначити, що понад 77% досліджуваних мають певні прояви депресії, що варіюються від легких до виражених форм. Це вказує на значний рівень психічної вразливості серед психосоматичних хворих. Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілберга-Ханіна дала змогу зробити висновок, що у психосоматичних хворих 48,3% мають високий рівень реактивної тривожності, помірний її рівень спостерігається у 41,4% пацієнтів, а 10,3% психосоматичних пацієнтів мають низький рівень реактивної тривожності. Щодо особистісної тривожності то 36,8% досліджуваних виявляють помірний її рівень, 36,4% мають високий рівень особистісної тривожності, а у 26,8% респондентів спостерігається наявність низького рівня особистісної тривожності. Тобто можна сказати що у психосоматичних хворих в більшій мірі спостерігається високий відсоток пацієнтів з високим рівнем як реактивної (48,3%), так і особистісної тривожності (36,4%), що вказує на те, що тривожність є суттєвим чинником у формуванні психосоматичних розладів у цих пацієнтів. Результати діагностики за методикою САН у пацієнтів із психосоматичними захворюваннями, більшість обстежених мають середній рівень самопочуття (50%), низький рівень активності (59,3%) та низький рівень настрою (42,6%). Це свідчить про деякі відхилення у їхньому самопочутті, активності та настрої порівняно з нормою.

4. Результати кореляційного аналізу за непараметричним критерієм r -Спірмена показали що у психосоматичних пацієнтів брак стратегій для регулювання емоцій суттєво пов'язаний із депресією ($r \approx 0.50$) та погіршеним самопочуттям ($\rho \approx -0.40$). Неприйняття своїх емоцій підвищує рівень тривоги та депресії ($r \approx 0.45$ і $\rho \approx 0.40$), а труднощі в усвідомленні емоцій і досягненні цілей також пов'язані з депресивними та тривожними станами. Відсутність цих

навичок веде до емоційного напруження та пригніченості, що негативно впливає на загальний стан.

5. На основі проведеного дослідження була розроблена тренінгова програма регуляції емоційної сфери психосоматичних хворих, основною метою якої є розвиток навичок емоційної регуляції як засобу покращення психологічного та фізичного стану досліджуваної категорії людей. Цикл занять включає два заняття, кожне з яких проводиться один раз на тиждень. Тривалість заняття

6. Перспективу нашого дослідження вбачаємо у більш глибокому дослідженні емоційної сфери психосоматичних хворих, а також апробації тренінгової програми регуляції емоційної сфери психосоматичних хворих та її вдосконалення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бондарчук К. П. Психологічні чинники психосоматичних розладів у студентському віці: кваліфікаційна робота магістра: 053 Психологія: Хмельниц. нац. ун-т. Хмельницький, 2021. 62 с.
2. Бочелюк В., Панов М., Спицька Л. Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми. Журнал «Перспективи та інновації науки» (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина») № 7(12) 2022. С. 542-552.
3. Ванзіляк Ю.А.. Вплив психоемоційного стану на соматичне здоров'я людини. 2023. PhD Thesis. Тернопіль, ЗУНУ.
4. Вашека Т. В. Зв'язок алекситимії з індивідуально-типологічними властивостями, емоційною сферою та психічними станами особистості. Клінічна та профілактична медицина. 2019. № 3-4. С. 100-107.
5. Візнюк І. Детермінанти розвитку іпохондричних явищ у фахівців різних професій. Modern Information Technologies and Innovation Methodologies of Education in Professional Training Methodology Theory Experience Problems, 2016, 46: С. 128-133.
6. Гопкало Ю. Застосування тілесно-орієнтованої терапії, як одного з методів у роботі з дітьми та сім'ями, що пережили травмуючі події. Психологія та соціальна робота. Вип. 1 (51). 2020. С. 54–68.
7. Диса О. В. Психологічний погляд на проблему збереження здоров'я. Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини, 2013, 6: С. 92-99.
8. Дроздова І. В. Нозогенії та їх місце в обмеженні життєдіяльності хворих на артеріальну гіпертензію. Український вісник медико-соціальної експертизи, 2012, №2: С. 36-49.
9. Зайцева В. Т. Психологічні особливості взаємовпливу та взаємозв'язку я-концепція та самооцінки особистості у формуванні

психосоматичних розладів СМ Бондаревич. Редакційна колегія, 2022, 141 С. 72-14.

10. Клевець Л. М. Психологічні чинники в генезі психосоматичних розладів. Наукові записки Національного університету Острозька академія. Серія: Психологія і педагогіка, 2012, №20: С. 118-127.

11. Князева Т. А., Таран О. П. Особливості психосоматичних проявів у зовнішньо переміщених осіб. Actual problems of practical psychology, 2024, С. 196.

12. Коваленко В., Коваленко О. Міждисциплінарний підхід до психосоматичних розладів: можливості персоніфікованого лікування. Перспективи та інновації науки, 2024, (5 (39)). С. 53-56.

13. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: Методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.

14. Коломоєць М., Павлюкович Н., Ходоровський В., Ткач Є. Теорії та концепції психосоматичних захворювань. Буковинський медичний вісник, 2008. №12(1 (45)), С. 141-143.

15. Компанович М. С. Особливості проявів алекситимії у підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями Психологія і особистість. 2017. № 1. С. 109-119.

16. Компанович М. С. Ретроспективний аналіз досліджень емоційних переживань як складової психосоматичних захворювань. Психологічне консультування і психотерапія, 2017, 1, Вип. 8: С. 51-59.

17. Корнієнко, О. В. Психодіагностичні передхворобливі стани психосоматичного здоров'я за результатами окремих досліджень провідних фахівців (порівняльний аналіз). Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки», 2024, (2), С. 55-62.

18. Коробка Л. М. Психологічне здоров'я людини в контексті здорового способу життя. Освіта регіону. Політологія, психологія, соціальні комунікації, 2011, №2: С.332-339.

19. Кошова С.П., Гбур З.В. Особливості впливу негативних емоцій на розвиток психосоматичних захворювань людини. Журнал «Наукові інновації та передові технології». № 1(1) 2021. 130-140

20. Купчишина В.Ч., Янцаловський О. М., Заводна О. М. Психологічні особливості підвищення стресостійкості осіб зрілого віку. Науковий журнал «Психологічні травелоги». 2023. № 3. С. 178–192.

21. Ларіонов П.М., Гречуха І.А. Роль алекситимії та когнітивної регуляції емоцій в розвитку агресивної поведінки підлітків. Клінічна та спеціальна психологія. 2020. Том 9. № 4. С. 57–98.

22. Левицька Л. В. Експериментальне дослідження типів ставлення до хвороби студентів з обмеженими можливостями. Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України, 2013, № 4. Скупрєва О. І. Психологічні проблеми самореалізації особистості студентів з обмеженими фізичними можливостями. Вісник післядипломної освіти, 2012, 7:С. 292-297.

23. Літвякова І.А., Ханецька Н.В. Дослідження впливу емоцій на стан особистості. «Молодий вчений». № 11 (51). 2017 р. С. 806-809

24. Михайленко Л. С Алекситимія як психологічний чинник появи серцево-судинних захворювань: кваліфікаційна робота магістра спеціальності 053 «Психологія» Запоріжжя: ЗНУ, 2022. 53 с.

25. Мозгова Г. П. Психосоматична патологія у дітей із порушеннями психофізичного розвитку та їх медико-психолого-педагогічна реабілітація. 2010. PhD Thesis.

26. Мозгова Г.П., Ханецька Т.І., Якимчук О.І. Психосоматика: психічне, тілесне, соціальне. Хрестоматія: Навчальний посібник. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2021. 383 с.

27. Ордатій Н. Взаємоузалежність психосоматичного здоров'я й екологічної свідомості здобувачів освіти закладів вищої освіти. Наукові інновації та передові технології, 2023, 11 (25).

28. Основи глибинної психології: курс лекцій: навчальний посібник. уклад. Н. В. Гриньова. Умань: Візаві, 2013. 124 с.

29. Платковська, О. В. Індивідуально-психологічні особливості особистості працівників Національної поліції із психосоматичними захворюваннями Науковий вісник Херсонського державного університету. Сер.: Юридичні науки. 2018. Вип. 2, т. 1. С. 165-169.

30. Помиткіна Л.В., Злагодох В.В., Хімченко Н.С., Погорільська Н.І. Психологія сім'ї: навч. посіб. для студ. вищих навч. закладів. Київ: Вид-во Нац. авіац. ун-ту «НАУ-друк», 2010. 270 с.

31. Потапчук Є. М. Теорія та практика збереження психічного здоров'я військовослужбовців: монографія. Хмельницький, 2004. 322 с.

32. Рибалка В. В. Визначення поняття психологічної культури особистості у міждисциплінарному контексті. Київ: ІПППО АПН України, 2005, С. 8-17.

33. Сабадуха В., Оксютович М., Сабадуха О. Погляди філософів античності на проблему взаємодії душі й тіла. Psychology Travelogs, 2023, №4: С.147-155.

34. Савенкова І.І. Хронопсихологічне прогнозування перебігу захворювань у психосоматичних хворих: монографія. Київ: Київ. ун-т ім. Б.Грінченка, 2014. 438 с.

35. Сайко О. В. Психологічний та соматичний захист інсультних хворих—дві складові однієї проблеми. Міжнародний неврологічний журнал, 2013, 4: С.119-124.

36. Сегеда О. О. Психосоматичні захворювання як предмет психологічної експертизи. Вісник Харківського національного педагогічного університету імені ГС Сковороди. Психологія, 2012, 43 (1): С. 156-163.

37. Скрипник І. М. Місце психосоматичних порушень організму в патогенезі пептичної виразки. Новости медицины и фармации. 2011. № 375. С. 9–12.

38. Ставицька О. Г., Воробей І. І. Психологічні особливості впливу стресостійкості на учбову діяльність студентів. Збірник наукових праць РДГУ. Вип. 11, 2018. С. 144–149.

39. Тодоріко Л. Д., Петренко В. І., Єременчук І. В., Герман, А. О. Психосоматичні та соматопсихічні синдроми у клініці хвороб органів дихання. Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція, 2011. С. 28-34.

40. Толкунова І. В., Гринь О. Р., Смоляр І. І., Голець О. В. Психологія здоров'я людини: навч. Посібник. Київ; 2018. 156 с.

41. Федоренко О. Є. Психосоматична медицина та якість життя у хворобі. Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология, 2009, №1.12: С. 198-208.

42. Фрадинська А. Стрес як чинник психосоматичних захворювань людини. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Психологічні науки, 2016, 1: С. 229-239.

43. Харченко Д. М. Тривожність у осіб з різним ступенем алекситимії. Актуальні проблеми психології: Зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С.Костюка АПН України, за ред. акад. С.Д.Максименка. 2015. Т.І. Ч.16. С. 157-159.

44. Чаплінський Р. Психосоціальні стресові чинники, як фактор виникнення хвороб системи кровообігу. Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини, 2012.С. 298-306

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

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

47. Шелег Л. С. Класифікація концепцій та основні ознаки психосоматичних розладів. *Актуальні проблеми психології*, 2015, 12, Вип. 21: С. 313-321.
48. Шмаргун, В. М. Проблема психосоматичного в сучасній психології. *Педагогічний процес: теорія і практика*, 2016 (1), С. 35-41.
49. Peretiatko L., Teslenko M. Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми. *Психологія і особистість*, 2017, 2: С. 137-147.
50. Rössler W., Riecher-Rössler A., Meise U. Wilhelm Griesinger and the concept of community care in 19th-century Germany. *Psychiatric Services*, 1994, 45.8: P. 818-822.

Додаток А

Шкала труднощів емоційної регуляції (DERS)

Будь ласка, вкажіть, як часто наступні твердження стосуються вас, вказавши відповідний номер із шкала внизу на рядку біля кожного пункту.

1	майже ніколи	0-10%
2	іноді	11-35%
3	близько половини часу	36-65%
4	більшу частину часу	66-90%
5	майже завжди	91-100%

- 1) Я чітко розумію свої почуття.
- 2) Я звертаю увагу на те, що я відчуваю.
- 3) Я переживаю свої емоції як неконтрольовані.
- 4) Я поняття не маю, як я почуваюся.
- 5) Мені важко зрозуміти свої почуття.
- 6) Я уважний до своїх почуттів.
- 7) Я точно знаю, як я почуваюся.
- 8) Мені все одно, що я відчуваю.
- 9) Мене бентежить те, що я відчуваю.
- 10) Коли я засмучений, я визнаю свої емоції.
- 11) Коли я засмучений, я злюсь на себе за те, що так почуваюся.
- 12) Коли я засмучений, мені стає соромно за те, що я так почуваюся.
- 13) Коли я засмучений, мені важко виконувати роботу.
- 14) Коли я засмучений, я виходжу з-під контролю.
- 15) Коли я засмучений, я вважаю що так буду почуватися протягом тривалого часу.
- 16) Коли я засмучений, я вважаю себе дуже пригніченим.
- 17) Коли я засмучений, я вважаю, що мої почуття є справжніми та важливими.

- 18) Коли я засмучений, мені важко зосередитись на інших речах.
- 19) Коли я засмучений, я відчуваю себе неконтрольованим.
- 20) Коли я засмучений, я все ще можу щось зробити.
- 21) Коли я засмучений, мені стає соромно за те, що я так почуваюся.
- 22) Коли я засмучений, я знаю, що можу знайти спосіб врешті почуватись краще.
- 23) Коли я засмучений, я відчуваю, що я слабкий.
- 24) Коли я засмучений, я відчуваю, що можу зберігати контроль над своєю поведінкою.
- 25) Коли я засмучений, я відчуваю провину за те, що так почуваюся.
- 26) Коли я засмучений, мені важко зосередитися.
- 27) Коли я засмучений, мені важко контролювати свою поведінку.
- 28) Коли я засмучений, я вважаю, що я нічого не можу зробити, щоб почуватися краще.
- 29) Коли я засмучений, я злюся на себе, що так почуваюся.
- 30) Коли я засмучений, я починаю дуже погано почувати себе.
- 31) Коли я засмучений, я вважаю що занурюватися в смуток - це все, що я можу зробити.
- 32) Коли я засмучений, я втрачаю контроль над своєю поведінкою.
- 33) Коли я засмучений, мені важко думати про щось інше.
- 34) Коли я засмучений, я витрачаю час, щоб зрозуміти, що я насправді відчуваю.
- 35) Коли я засмучений, мені потрібно багато часу, щоб почувати себе краще.
- 36) Коли я засмучений, мої емоції здаються надзвичайними.

Пункти зі зворотньою оцінкою (перед ними необхідно ставити знак віднімання) нумеруються: 1, 2, 6, 7, 8, 10, 17, 20, 22, 24 і 34.

Обчисліть загальний бал, склавши всі бали. Більш високі бали свідчать про більші проблеми з емоційною регуляцією.

РЕЗУЛЬТАТ СУБШКАЛИ **: дає загальний бал, а також оцінку за шістьма під шкалами:

Неприйняття емоційних реакцій (НЕПРИЙНЯТТЯ): 11, 12, 21, 23, 25, 29

Труднощі із цілеспрямованою поведінкою (ЦІЛІ): 13, 18, 20R, 26, 33

Труднощі з контролем імпульсів (ІМПУЛЬС): 3, 14, 19, 24R, 27, 32

Відсутність емоційного усвідомлення (УСВІДОМЛЕННЯ): 2R, 6R, 8R, 10R, 17R, 34R

Обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій (СТРАТЕГІЇ): 15, 16, 22R, 28, 30, 31, 35, 36

Відсутність емоційної чіткості (ЧІТКІСТЬ): 1R, 4, 5, 7R, 9

** «R» вказує на пункт із зворотною оцінкою.

Додаток Б

Шкала депресії А. Бека

Шкала депресії А. Бека була розроблена на основі клінічних спостережень, що дозволили виявити обмежений набір найбільш релевантних і значущих симптомів депресії. Дана шкала містить 21 питання, 4 варіанти відповіді, час заповнення самоопитувальника пацієнтом займає від 20 хвилин до однієї години залежно від стану. Дві субшкали: когнітивно-афективних (пункти 1-13) і соматичних проявів депресії (пункти 14-21).

Когнітивно-афективні симптоми: настрій, песимізм, почуття неспроможності, незадоволеність, почуття провини, відчуття, що буду покараний, відраза до самого себе, ідеї самозвинувачення, суїцидальні думки, сльозливість, дратівливість, порушення соціальних зв'язків, нерішучість. Соматичні прояви: порушення образу тіла; втрата працездатності; порушення сну; стомлюваність; втрата апетиту; втрата ваги; охопленість тілесними відчуттями; втрата лібідо.

Пацієнт має заповнювати варіант опитувальника, де не вказана кількість балів, яку він отримує за кожен варіант відповіді.

Інструкція до шкали: «Прочитайте кожне твердження, розміщене проти порядкових цифр, і виберіть те, яке найбільш точно визначає Ваше самопочуття в даний момент. У рамках пронумерованих позицій можна вибрати декілька тверджень. Отже, спочатку ознайомтеся зі всіма буквеними пунктами розділу, а потім вирішіть, що вірно відносно Вас».

Шкала депресії А. Бека

№	Питання	Бали
1.	а) я почуваю себе добре;	0
	б) мені погано;	1
	в) мені весь час сумно, і я нічого не можу з собою зробити;	2
	г) мені так нудно і сумно, що я не в силах більше терпіти.	3
2.	а) майбутнє не лякає мене;	0
	б) я боюся майбутнього;	1

	в) мене ніщо не радує;	2
	г) моє майбутнє безпросвітне.	3
3.	а) в житті мені переважно щастило;	0
	б) невдач і провалів було у мене більше, ніж у будь-кого іншого;	1
	в) я нічого не домогся в житті;	2
	г) я потерпів повне фіаско — як батько, партнер, дитина, на професійному рівні — словом, усюди.	3
4.	а) не можу сказати, що я незадоволений;	0
	б) як правило, я нудькую;	1
	в) що б я не робив, ніщо мене не радує, я як заведена машина;	2
	г) мене не задовольняє абсолютно все.	3
5.	а) у мене немає відчуття, ніби я когось образив;	0
	б) можливо я і образив когось, сам того не бажаючи, але мені про це нічого не відомо;	1
	в) у мене таке відчуття, ніби я всім приношу тільки нещастя;	2
	г) я погана людина, дуже часто я кривдив інших людей.	3
6.	а) я задоволений собою;	0
	б) іноді я відчуваю себе нестерпним;	1
	в) іноді я відчуваю комплекс неповноцінності;	2
	г) я абсолютно нікчемна людина.	3
7.	а) у мене не складається враження, ніби я вчинив щось таке, що заслуговує покарання;	0
	б) я відчуваю, що покараний або буду покараний за щось таке, в чому став винним;	1
	в) я знаю, що заслуговую на покарання;	2
	г) я хочу, щоб життя мене покарало.	3

8.	а) я ніколи не розчаровувався в собі; б) я багато разів відчував розчарування в самому собі; в) я не люблю себе; г) я себе ненавиджу.	0 1 2 3
9.	а) я нічим не гірший за інших; б) інколи я припускаюся помилки; в) просто жахливо, як мені не щастить; г) я сію навколо себе одні нещастя.	0 1 2 3
10.	а) я люблю себе і не ображаю себе; б) іноді я відчуваю бажання зробити рішучий крок, але не наважуюся; в) було краще б зовсім не жити; г) я подумую про те, щоб покінчити життя самогубством.	0 1 2 3
11.	а) у мене немає причин плакати; б) буває, що я і поплачу; в) я плачу тепер постійно, так що не можу виплакати; г) раніше я плакав, а зараз якось не виходить, навіть коли хочеться.	0 1 2 3
12.	а) я спокійний; б) я легко дратуюся; в) я знаходжуся в постійній напрузі, як готовий вибухнути паровий котел; г) мені тепер все байдуже; те, що раніше дратувало мене, зараз ніби мене і не стосується.	0 1 2 3
13.	а) прийняття рішення не доставляє мені особливих проблем; б) іноді я відкладаю рішення на потім; в) приймати рішення для мене проблематично; г) я взагалі ніколи нічого не вирішую.	0 1 2 3

14.	а) мені не здається, ніби я виглядаю погано або гірше ніж раніше;	0
	б) мене хвилює, що я не дуже добре виглядаю;	1
	в) справи йдуть дедалі гірше, я виглядаю погано;	2
	г) я бридкий, у мене просто відштовхуюча зовнішність.	3
15.	а) зробити вчинок — для мене не проблема;	0
	б) мені доводиться змушувати себе, щоб зробити який-небудь важливий в житті крок;	1
	в) щоб зважитися на щось, я повинен дуже багато попрацювати над собою;	2
	г) я взагалі не здатний щось реалізувати.	3
16.	а) я сплю спокійно і добре висипаюся;	0
	б) вранці я прокидаюся більш стомленим, ніж був до того, як заснув;	1
	в) я прокидаюся рано і відчуваю себе так, ніби не виспався;	2
	г) іноді я страждаю на безсоння, іноді прокидаюся по декілька разів за ніч, в цілому я сплю не більше п'яти годин на добу.	3
17.	а) у мене збереглася колишня працездатність;	0
	б) я швидко втомлююся;	1
	в) я відчуваю себе стомленим навіть якщо майже нічого не роблю;	2
	г) я настільки втомився, що нічого не можу робити.	3
18.	а) апетит у мене такий же, яким він був завжди;	0
	б) у мене пропав апетит;	1
	в) апетит у мене набагато гірше ніж раніше;	2
	г) у мене взагалі немає апетиту.	3
19.	а) бувати на людях для мене так само приємно як і раніше;	0

	б) мені доводиться примушувати себе зустрічатися з людьми;	1
	в) у мене немає ніякого бажання бути в суспільстві;	2
	г) я ніде не буваю, люди не цікавлять мене, мене взагалі не хвилює ніщо стороннє.	3
20.	а) мої еротико-сексуальні інтереси збереглися на колишньому рівні;	0
	б) секс вже не цікавить мене так як раніше;	1
	в) зараз я міг би спокійно обходитися без сексу;	2
	г) секс взагалі не цікавить мене, я абсолютно втратив до нього потяг.	3
21.	а) я відчуваю себе цілком здоровим і піклуюся про своє здоров'я так само, як і раніше;	0
	б) у мене постійно щось болить;	1
	в) зі здоров'ям справи серйозні, я весь час про це думаю;	2
	г) моє фізичне самопочуття жахливе, болячки просто вимотують мене.	3

Обробка результатів. За відповіді нараховується: «а» — 0 балів, «б» — 1 бал, «в» — 2 бали, «г» — 3 бали. Підраховується загальна сума набраних балів (в тому випадку, якщо в окремих позиціях респондент обирає не одне, а декілька тверджень, рахують їх теж).

Інтерпретація результатів.

0-9 — відсутність депресивних симптомів;

10-15 — легка депресія (субдепресія);

16-19 — помірна депресія;

20-29 — виражена депресія (середньої тяжкості);

30-63 — важка депресія.

Додаток В**Шкала реактивної і особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна —
State-Trait Anxiety Inventory (STAI)**

Опитувальник реактивної й особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна є надійним та інформативним інструментом самооцінки рівня тривожності в конкретний момент (реактивна тривожність як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Цей тест був розроблений Ч.Д. Спілбергером у 1970 році і адаптований Ю.Л. Ханіним у 1978 році.

Реактивна тривожність як стан характеризується суб'єктивно пережитими емоціями напруги, занепокоєння, заклопотаності, «нервозності», що супроводжуються активацією вегетативної нервової системи. Стан тривожності як емоційної реакції на стресову ситуацію може бути різним за інтенсивністю і є досить динамічним та мінливим за часом.

Високий показник реактивної тривожності побічно свідчить про виражене психоемоційне напруження пацієнта. Цей показник чуйно реагує на зміни психоемоційного стану пацієнта в процесі лікування і є одним із найбільш зручних для оцінки ефективності психотерапевтичної корекції.

Шкала Спілбергера-Ханіна складається з 40 питань, у тому числі з 20 питань, які характеризують реактивну тривожність (опитувальник А) і ще 20 питань, які характеризують особистісну тривогу (опитувальник Б). Залежно від завдань дослідження кожен із опитувальників може застосовуватися самостійно або обидва разом. В останньому випадку реактивна тривожність вимірюється першими. Опитування може проводитися індивідуально або в групах, без обмеження часу. Для зниження ймовірності утворення установки на позитивні або негативні питання в кожен із опитувальників включено приблизно однакове число суджень, що характеризують високу і низьку ступінь тривожності.

Пацієнту пропонується відповісти на питання, вказавши, як він себе відчуває в цей момент (реактивна тривожність, 1-20 питання) і як він себе почуває зазвичай (особистісна тривожність, 21-40 питання). На кожне питання

можливі 4 варіанти відповіді за ступенем інтенсивності реактивної тривожності і за частотою вираженої особистісної тривожності.

Бланк опитувальника Спілбергера-Ханіна

Опитувальник «А»

Інструкція: прочитайте уважно кожне з наведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як ви себе почуваете в цей момент. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає. Пам'ятайте, що в кожному рядку повинна бути закреслена тільки одна цифра!

Твердження	Зовсім ні	Мабуть, так	Так	Абсолютно так
1. Я спокійний	1	2	3	4
2. Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3. Я перебуваю в напрузі	1	2	3	4
4. Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5. Я відчуваю себе спокійно	1	2	3	4
6. Я засмучений	1	2	3	4
7. Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8. Я відчуваю, що відпочив	1	2	3	4
9. Я стривожений	1	2	3	4
10. Я маю відчуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11. Я впевнений в собі	1	2	3	4
12. Я нервую	1	2	3	4
13. Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14. Я збуджений	1	2	3	4

15. Я не відчуваю скутості, напруженості	1	2	3	4
16. Я задоволений	1	2	3	4
17. Я стурбований	1	2	3	4
18. Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19. Мені радісно	1	2	3	4
20. Мені приємно	1	2	3	4

Опитувальник «Б»

Інструкція: прочитайте уважно кожне з наведених нижче пропозицій і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як ви себе почуваете.

Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає. Пам'ятайте, що в кожному рядку повинна бути закреслена тільки одна цифра!

Твердження	Майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
1. Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
2. Я зазвичай втомлююся	1	2	3	4
3. Я легко можу заплакати	1	2	3	4
4. Я хотів би бути таким щасливим, як і інші	1	2	3	4
5. Нерідко я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
6. Зазвичай я відчуваю себе бадьорим	1	2	3	4
7. Я спокійний, холонокровний і зібраний	1	2	3	4
8. Очікувані труднощі зазвичай дуже турбують мене	1	2	3	4

9. Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
10. Я цілком щасливий	1	2	3	4
11. Я занадто усім переймаюся	1	2	3	4
12. Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
13. Зазвичай я відчуваю себе в безпеці	1	2	3	4
14. Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
15. У мене буває хандра	1	2	3	4
16. Я задоволений	1	2	3	4
17. Будь-які дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
18. Я занадто переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути	1	2	3	4
19. Я врівноважена людина	1	2	3	4
20. Мене охоплює сильне хвилювання, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

Обробка результатів

При відповідях на питання «1» означає відсутність або легкий ступінь тривожності, а позначка «4» означає високу тривожність. При обробці результатів бальні оцінки в «зворотних» питаннях мають зворотну спрямованість.

Рівень реактивної тривожності обчислюється за формулою: $T_r = E_{RP} - E_{ro} + 50$, де: T_r — показник реактивної тривожності; E_{RP} — сума балів за прямими питаннями (3, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 15, 17, 18); E_{ro} — сума балів по зворотними питаннями (1, 2, 5, 8, 10, 11, 13, 16, 19,20).

Для обчислення рівня особистісної тривожності застосовується формула: $T_l = E_{LP} - E_{lo} + 35$, де: T_l — показник особистісної тривожності; E_{LP} — сума балів за прямими питаннями (22, 23, 24, 25, 28,29,31,32,34,35,37,38,40);

Ело — сума балів за зворотними питаннями (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39).
Показник, що не досягає 30 балів, свідчить про низьку тривожність, від 31 до 45 балів — про помірну, понад 45 балів — про високу.

Додаток Д

Дослідження стану людини за допомогою тесту диференціальної самооцінки функціонального стану - опитувальника САН

Тест «САН», назва якого складається з перших букв слів «Самопочуття», «Активність», «Настрій» використовується для визначення функціонального стану людини і його змін впродовж певних інтервалів часу (наприклад, робочої зміни, етапів навчання і тренажу або різних періодів соціальної або медичної реабілітації). «САН» - це бланк, на якому нанесені 30 пар слів протилежного значення, що відображають різні сторони самопочуття, активності і настрою.

Метод дослідження функціонального стану людини полягає у тому, що опитуваному пропонується поставити оцінку своєму стану (оцінити міру вираженості кожної ознаки). Шкала оцінок представлена сімома градаціями. Між парами слів розташовані цифри 3-2-1-0- 1-2-3. Завдання опитуваного полягає у тому, щоб вибрати і відмітити цифру, що найбільш точно відображає його стан у момент обстеження.

Кожну категорію характеризують 10 пар слів. Десятиразове пред'явлення полярних слів - характеристик однієї і тієї ж категорії дозволяє отримати надійніші дані.

Особі, яку обстежують, дають інструкцію, в якій вказано, що вона повинна співставити свій стан зі шкалою 3 2 1 0 1 2 3 кожної пари ознак. Наприклад, між парою тверджень «САМОПОЧУТТЯ ХОРОШЕ» і «САМОПОЧУТТЯ ПОГАНЕ» розташовані цифри 3 2 1 0 1 2 3. Цифра «0» відповідає середньому самопочуттю, яке обстежуваний не може віднести ні до поганого, ні до хорошого. Одиниця, яка знаходиться зліва від «0» відображає самопочуття - вище за середній, а цифра три - відповідає прекрасному самопочуттю. Ті ж цифри в цьому рядку, що стоять праворуч від цифри «0», аналогічно характеризують самопочуття досліджуваного нижче середнього. Таким чином, послідовно розглядається і оцінюється кожен рядок цього опитувальника.

У кожному випадку, відносно кожної пари тверджень обстежуваний здійснює свій вибір відмічаючи необхідне значення шкали «3 2 1 0 1 2 3».

Під час обробки результатів усі оцінки перекодовують в ряд від 1 до 7, причому бал «3» шкал 3 2 1 0 1 2 3, що відповідає поганому самопочуттю, низькій активності і поганому настрою набуває значення 1, бал «0» оцінюється цифрою 4, бал 3, який відображає хороше самопочуття, високу активність і гарний настрій, набуває значення 7.

Наприклад:

	7	6	5	4	3	2	1	
ПОЧУВАЮ СЕБЕ СИЛЬНИМ	3	2	1	0	1	2	3	ПОЧУВАЮ СЕБЕ СЛАБКИМ
	1	2	3	4	5	6	7	
ПАСИВНИЙ	3	2	1	0	1	2	3	АКТИВНИЙ

Підсумком аналізу результатів дослідження є сума значення балів по окремих шкалах

- «самопочуття», «активність», «настрій».

Бланк тесту диференціальної самооцінки функціонального стану (САН)

	САМОПОЧУТТЯ ХОРОШЕ		САМОПОЧУТТЯ ПОГАНЕ
	ПОЧУВАЮ СЕБЕ СИЛЬНИМ		ПОЧУВАЮ СЕБЕ СЛАБКИМ
	ПАСИВНИЙ		АКТИВНИЙ
	МАЛОРУХОМИЙ		РУХЛИВИЙ

	ВЕСЕЛИЙ		СУМНИЙ
	ГАРНИЙ НАСТРІЙ		ПОГАННИЙ НАСТРІЙ
	ПРАЦЕЗДАТНИЙ		РОЗБИТИЙ
	ПОВНИЙ СИЛ		ЗНЕСИЛЕНИЙ
	ПОВІЛЬНИЙ		ШВИДКИЙ
0	БЕЗДІЯЛЬНИЙ		ДІЯЛЬНИЙ
1	ЩАСЛИВИЙ		НЕЩАСНИЙ
2	ЖИТТЕРАДІСНИЙ		ПОХМУРИЙ
3	НАПРУЖЕНИЙ		РОЗСЛАБЛЕНИЙ
4	ЗДОРОВИЙ		ХВОРИЙ
5	БЕЗУЧАСНИЙ		ЗАХОПЛЕНИЙ
6	БАЙДУЖИЙ		СХВИЛЬОВАНИЙ
7	ЗАХОПЛЕНИЙ		СУМОВИТИЙ
8	РАДІСНИЙ		ЗАСМУЧЕНИЙ
9	ВІДПОЧИВШИЙ		ВТОМЛЕНИЙ
0	СВІЖИЙ		ВИСНАЖЕНИЙ
	СОНЛИВИЙ		ЗБУДЖЕНИЙ

1			
2	БАЖАННЯ ВІДПОЧИТИ		БАЖАННЯ ПРАЦЮВАТИ
3	СПОКІЙНИЙ		ЗАКЛОПОТАНИЙ
4	ОПТИМІСТИЧНИЙ		ПЕСИМІСТИЧНИЙ
5	ВИТРИВАЛИЙ		ТАКИЙ, ЩО ШВИДКО СТОМЛЮЄТЬСЯ
6	БАДЬОРИЙ		В'ЯЛИЙ
7	МІРКУВАТИ ВАЖКО		МІРКУВАТИ ЛЕГКО
8	РОЗСІЯНИЙ		УВАЖНИЙ
9	ПОВНИЙ НАДІЙ		РОЗЧАРОВАНИЙ
0	ЗАДОВОЛЕНИЙ		НЕВДОВОЛЕНИЙ

Робиться розрахунок суми балів згідно ключа до тесту.

Самопочуття сума балів за питання: 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Активність сума балів за питання: 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Настрій сума балів за питання: 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Отримана за кожною шкалою сума знаходиться в межах від 10 до 70 і дозволяє виявити функціональний стан індивіда в даний момент часу за принципом:

- < 30 балів - *низька* оцінка;
- 30 - 50 балів - *середня* оцінка;

- > 50 балів - *висока* оцінка.