

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ОСТРОЗЬКА АКАДЕМІЯ»
Навчально-науковий інститут соціально-гуманітарного менеджменту
Кафедри психології

Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеня бакалавра
на тему
**«Психологічні особливості емоційного інтелекту в осіб з вираженими
психосоматичними скаргами»**

Виконав студент 4 курсу, групи Пс-41
напрямку підготовки 053 “Психологія”
Сондак Назар Романович

Науковий керівник:
кандидат психологічних наук, доцент

Гільман Анна Юріївна

Рецензент:

доктор психологічних наук, доцент

Августюк Марія Миколаївна

Допущено до захисту:

Завідувач кафедри: _____

Оксана МАТЛАСЕВИЧ

Острогоз – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1	
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ	
ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ В	
ОСІБ З ВИРАЖЕНИМИ ПСИХОСОМАТИЧНИМИ СКАРГАМИ 10	
1.1. Поняття емоційного інтелекту у психологічній літературі.	10
1.2. Структура емоційного інтелекту та його види. Чинники, складові та функції емоційного інтелекту.	15
1.3. Психосоматичні скарги: поняття, причини, особливості прояву	20
1.4. Роль емоційного інтелекту у виникненні психосоматичних скарг в осіб різного віку.....	26
Висновки до першого розділу.....	33
РОЗДІЛ 2	
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ	
ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ В ОСІБ З ВИРАЖЕНИМИ	
ПСИХОСОМАТИЧНИМИ СКАРГАМИ..... 34	
2.1. Характеристика вибірки. Методи та етапи емпіричного дослідження.	34
2.2. Результати емпіричного дослідження психологічних особливостей емоційного інтелекту в осіб з вираженими психосоматичними скаргами	39
2.3. Психологічні профілі осіб із різними типами психосоматичної симптоматики: результати кореляційного аналізу емоційного інтелекту та психосоматичних скарг	49
2.4. Психологічні профілі осіб із різними видами психосоматичних скарг.	59
Висновки до другого розділу	66
РОЗДІЛ 3	
ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ	
ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ В ОСІБ З	
ВИРАЖЕНИМИ ПСИХОСОМАТИЧНИМИ СКАРГАМИ..... 68	

3.1. Тренінгова програма щодо розвитку емоційного інтелекту з осіб з вираженими психосоматичними скаргами.....	68
3.2. Результати порівняльного аналізу рівня емоційного інтелекту та психосоматичних скарг після проведення тренінгової програми.....	72
3.3. Практичні аспекти розвитку емоційного інтелекту в осіб із вираженими психосоматичними скаргами	75
Висновки до третього розділу.....	78
ВИСНОВКИ	80
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	83
ДОДАТКИ.....	89

ВСТУП

Постановка проблеми. Тема емоційного інтелекту набуває дедалі більшої уваги у психологічних дослідженнях завдяки його впливу на адаптивність особистості, міжособистісні взаємодії та психічне здоров'я. Водночас спостерігається значний інтерес до вивчення психосоматичних явищ, що обумовлені не лише біологічними чинниками, але й психологічними особливостями, серед яких важливе місце займають емоційні процеси. У дослідженнях Р. Бар-Она [5] виявлено, що низький рівень емоційного інтелекту може виступати предиктором психосоматичних розладів, спричинюючи труднощі у розпізнаванні та регуляції емоцій, що позначається на загальному стані здоров'я та адаптивності особистості. Актуальність теми значно зростає у зв'язку з сучасними соціальними обставинами, зокрема, в умовах повномасштабної війни в Україні, що триває вже кілька років. Постійна дія хронічного стресу, підвищена тривожність, невизначеність майбутнього та втрата почуття безпеки створюють передумови для зростання кількості психосоматичних проявів у населення різного віку.

Науковці, зокрема О. О. Назаров, Н. В. Оніщенко, В. П. Садковий та інші [36], у своїх дослідженнях підкреслюють, що психосоматичні скарги серед осіб, які переживають екстремальні умови, мають тенденцію до зростання через порушення процесів емоційної регуляції. Аналогічні висновки були зроблені у роботах О. О. Назарова та С. М. Кучеренка [35], які зазначають, що війна та вимушене переміщення сприяють формуванню хронічних психоемоційних розладів, що проявляються у психосоматичних симптомах. Також окремі аспекти впливу тривалого стресу на соматичне здоров'я висвітлюються у дослідженнях О. Р. Малхазова [30], де обґрунтовується важливість розвитку емоційної стійкості як чинника протидії негативним наслідкам травматичних подій.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Проблематика емоційного інтелекту активно досліджується в сучасній психології. Серед авторитетних дослідників у цій сфері варто відзначити Р. Бар-Она, О. Р. Малхазова, О. О.

Назарова, Н. В. Оніщенко, С. М. Кучеренка [5; 30; 35; 36], які встановили тісний зв'язок між емоційною регуляцією, психосоматичними порушеннями та стресовими впливами. Їхні роботи підтверджують, що здатність до ефективного розпізнавання і регуляції емоцій сприяє зниженню ризику психосоматичних проявів і підвищенню адаптаційного ресурсу особистості.

Структурні компоненти емоційного інтелекту, його вікову динаміку та роль у процесах адаптації, емоційної саморегуляції й соціальної взаємодії було вивчено у працях Є. В. Карпенко та М. М. Августюк [1; 20]. Особливості проявів емоційного інтелекту у зв'язку з психосоматичними симптомами досліджувались у роботах Шпак М. М. [41] та Ю. В. Чистовської, де акцент зроблено на здатності до емоційної регуляції як захисному факторі психічного здоров'я. Методологічні аспекти діагностики емпатії та емоційної саморегуляції проаналізовано у працях Л. П. Журавльової [13; 14] та С. Д. Максименка [29], який запропонував власні підходи до вивчення структури особистості в емоційно-поведінковому вимірі.

Зарубіжні автори, зокрема Р. Бар-Он [5], Д. Гоулман [11], Дж. Майер, П. Саловей і Д. Карузо [28], К. V. Petrides [51], розробили моделі емоційного інтелекту як цілісної системи, що включає здатність розпізнавати, інтерпретувати та регулювати власні емоції й емоції інших людей. Їхні підходи стали теоретичною основою багатьох сучасних методик діагностики та тренінгових програм.

Проблематика психосоматичних проявів в умовах тривалого стресу, зокрема внаслідок війни, висвітлена у дослідженнях О. О. Назарова, С. М. Кучеренка, В. П. Садкового та інших [35; 36]. У роботах О. Р. Малхазова [30] обґрунтовано технології психологічної допомоги особам з психосоматичними симптомами на основі розвитку емоційної стійкості.

Серед сучасних дослідників, що вивчали взаємозв'язок між емоційними чинниками та психосоматикою, варто згадати Ю. В. Чистовську, яка проаналізувала роль емоційної сфери у формуванні психосоматичних розладів [37].

У зарубіжному науковому дискурсі ґрунтовні дослідження емоційного інтелекту здійснили Дж. Майєр, П. Саловей і Д. Карузо, які запропонували когнітивно-емпіристську модель, що охоплює здатність до розпізнавання, розуміння, використання та регулювання емоцій. На її основі створено стандартизовані методики, зокрема MSCEIT, які широко застосовуються у психологічній практиці [28]. Р. Бар-Он розглядає емоційний інтелект як багатовимірну структуру, що включає інтра- й інтерперсональні складники, стресостійкість і загальний настрій, трактуючи його як ресурс психічного й соматичного здоров'я [5].

Попри низку досліджень з питань емоційного інтелекту, психосоматичних проявів та емоційної регуляції в умовах стресу, проблема комплексного вивчення психологічних особливостей емоційного інтелекту саме в осіб з вираженими психосоматичними скаргами залишається фрагментарно дослідженою та потребує подальшого наукового осмислення.

Методологічною основою дослідження стали загальнопсихологічні положення про системний підхід до особистості (О. М. Асмолов, С. Д. Максименко, В. О. Татенко) [7], принципи суб'єктної активності та саморегуляції Г. С. Костюк, Т. М. Титаренко [28], а також концепції емоційного інтелекту як інтегративної здатності до розпізнавання та регуляції емоцій (Майєр, Саловей, Карузо, Бар-Он, Карпенко, Августюк) [1; 5; 20; 28; 48]. Окрему увагу приділено підходам до вивчення психосоматичних розладів з урахуванням ролі емоційних процесів у соматизації внутрішніх конфліктів [28].

Методи дослідження: *теоретичні* (аналіз, порівняння, індукція, дедукція, систематизація, узагальнення психологічної та медичної літератури з проблем дослідження емоційного інтелекту та психосоматичних захворювань); *емпіричні* (анкетування, тестування, бесіда, тестування, комплекс методик для дослідження особливостей емоційного інтелекту («MSCEIT V 2.0» Дж. Д. Майєра, П. Саловея та Д. Карузо в українськомовній адаптації М. Яцюк), Опитувальник емоційного інтелекту «ЕмІн» Д. В. Люсіна в українськомовній адаптації О. С. Верітової, Методика діагностики рівня розвитку

рефлексивності А. В. Карпова в українськомовній адаптації Я. М. Бугерко, «Шкала диференціальних емоцій» К. Ізарда для вимірювання особливостей емоційного інтелекту та Гіссенський опитувальник соматичних скарг, Шкала соматичних симптомів (SSS-8), Чотирьохвимірний анкета симптомів (4DSQ), Самоопитувальник стану здоров'я пацієнта PHQ) для діагностики психосоматичних скарг респондентів; *математико-статистичні* (математико-статистична обробка даних здійснювалася із застосуванням пакету статистичної обробки даних SPSS: використовувався кореляційний аналіз за критерієм Пірсона для визначення взаємозв'язків між показниками емоційного інтелекту та психосоматичних скарг; т-критерій Ст'юдента — для порівняння середніх значень між незалежними групами; однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA) — для оцінки статистично значущих відмінностей між кількома групами за рівнем емоційного інтелекту та інтенсивністю психосоматичних проявів).[47].

Мета дослідження: емпірично дослідити психологічні особливості емоційного інтелекту в осіб з вираженими психосоматичними скаргами.

Об'єкт дослідження: емоційний інтелект як психологічний феномен.

Предмет дослідження: психологічні особливості емоційного інтелекту та його взаємозв'язок з психосоматичними скаргами в осіб з різними типами симптоматики.

Завдання дослідження:

- 1) охарактеризувати поняття, структуру та види емоційного інтелекту у наукових джерелах;
- 2) проаналізувати поняття психосоматичних скарг та супутніх термінів, розкрити причини виникнення психосоматичних скарг;
- 3) визначити роль емоційного інтелекту у виникненні психосоматичних скарг у осіб різного віку;
- 4) емпірично дослідити психологічні особливості емоційного інтелекту в осіб з вираженими психосоматичними скаргами;

5) здійснити розробку та апробацію тренінгової програми, спрямованої на розвиток емоційного інтелекту в осіб із психосоматичними скаргами, із подальшим окресленням практичних напрямів її застосування.

Наукова новизна роботи полягає в тому, що вперше уточнено зміст і розуміння поняття емоційного інтелекту як чинника психічного та соматичного благополуччя особистості, що підтверджено результатами емпіричного дослідження; з'ясовано психологічні особливості емоційного інтелекту в осіб з вираженими психосоматичними скаргами.

Зокрема:

- у респондентів із серцевими скаргами спостерігається високий рівень емоційної вразливості, знижена емоційна регуляція, недостатнє використання емоцій, низька емпатія, схильність до емоційного виснаження, емоційна інтуїція ослаблена, присутній дефіцит у розпізнаванні емоцій;
- у досліджуваних із шлунково-кишковими скаргами домінують тривожність, нестабільність емоційного фону, висока емоційна насиченість, низька здатність до регуляції емоцій, виражена соматизація, недостатня емоційна обізнаність, ослаблене розуміння емоцій інших;
- в осіб із симптомами емоційного виснаження зафіксовано емоційну гіпочутливість, знижену емпатію, ослаблену здатність до емоційної взаємодії, загальну емоційну притлумленість, знижене розпізнавання емоцій, порушення емоційного самоконтролю, відсутність чіткої мотивації, низький рівень емоційної інтуїції.

Ці висновки отримано на основі узагальнення результатів усіх застосованих методик (MSCEIT, «ЕмІн», Шкала Ізарда, 4DSQ, PHQ, SSS-8, Гіссенський опитувальник), що охоплювали основні складові емоційного інтелекту: розпізнавання, використання, розуміння та регуляцію емоцій, емоційну інтуїцію, емпатію, рефлексивність, інтерперсональну емоційну обізнаність.

З метою розвитку емоційного інтелекту осіб із психосоматичними скаргами розроблено тренінгову програму, яка враховує виявлені емоційно-регулятивні деформації, а також запропоновано напрями практичної психологічної

допомоги, спрямовані на формування емоційної компетентності та зниження психосоматичних проявів.

Практичне значення результатів дослідження. Матеріали емпіричного дослідження можуть бути корисними у процесі викладання низки навчальних дисциплін у закладах вищої освіти, зокрема таких як «Психологія емоційного інтелекту», «Психічне здоров'я», «Психосоматика», «Психологічна реабілітація», «Психологія емоцій», «Основи психотерапії», «Клінічна психологія» та інших, які передбачають вивчення емоційного функціонування особистості. Отримані результати також становлять цінність для практичної діяльності фахівців у сфері психології та психотерапії під час розробки індивідуальних і групових програм, що спрямовані на розвиток емоційної компетентності та зниження психосоматичних проявів.

Дослідження може слугувати джерелом орієнтирів для лікарів (психіатрів, психотерапевтів, лікарів загальної практики та сімейної медицини), які супроводжують пацієнтів із психосоматичними скаргами, зокрема у контексті надання психоемоційної підтримки. Практичне значення отриманих результатів також проявляється в можливості застосування їх у роботі центрів психічного здоров'я, медико-психологічних служб, реабілітаційних установ та інших структур, діяльність яких спрямована на подолання наслідків хронічного стресу та соматизації.

Структура роботи: дана робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ В ОСІБ З ВИРАЖЕНИМИ ПСИХОСОМАТИЧНИМИ СКАРГАМИ

1.1. Поняття емоційного інтелекту у психологічній літературі.

У сучасній психології емоційний інтелект розглядається як багатовимірний психологічний феномен, що охоплює здатність людини розпізнавати, розуміти, контролювати та цілеспрямовано використовувати емоції у процесі власної діяльності, саморегуляції та взаємодії з іншими людьми. Відповідно до теоретичних концепцій П. Саловея та Д. Майєра [3], емоційний інтелект виступає як особлива форма інтелектуальної активності, що інтегрує емоційні й когнітивні процеси, спрямовані на ефективне осмислення емоційної інформації.

Подальший розвиток концепції емоційного інтелекту у працях Д. Гоулмана [5] і Р. Бар-Она [7] підкреслює його роль у формуванні особистісної стійкості, соціальної адаптивності та здатності до успішного розв'язання міжособистісних завдань. У зазначених підходах емоційний інтелект постає як інтегративна властивість особистості, що забезпечує досягнення гармонії в соціальних стосунках, розвиток саморефлексії, емпатійності, а також формування гнучких копінг-стратегій у різних життєвих ситуаціях.

Першими, хто запропонував концепцію емоційного інтелекту, стали П. Саловей та Д. Майєр, які у 1990 році визначили його як здатність людини сприймати емоції, інтегрувати їх у процеси мислення, розуміти їхнє значення та регулювати з метою досягнення адаптаційних цілей [23]. Їхній підхід ґрунтується на когнітивній моделі, у межах якої емоційний інтелект трактується як здатність обробляти емоційну інформацію на рівні, що є аналогічним до обробки логіко-аналітичної інформації, але зі специфічним акцентом на емоційні сигнали як форму знання про себе і світ.

У психологічному дискурсі емоційний інтелект розглядається як складне інтегративне утворення, що поєднує емоційні та когнітивні процеси й виконує

важливу функцію в адаптації особистості до змін соціального середовища. На відміну від раціонального, логіко-аналітичного мислення, емоційний інтелект забезпечує не лише глибоке розуміння власних емоцій, а й здатність до співпереживання, підтримки інших осіб, регуляції внутрішніх станів і прийняття рішень в умовах емоційної напруги [18]. Саме ці якості набувають особливого значення в умовах сучасних викликів – нестабільності, соціальної турбулентності та тривалих кризових станів.

Поняття емоційного інтелекту було введено у науковий обіг П. Саловеем та Д. Майером ще на початку 1990-х років. У своїй моделі вони описали його як здатність до сприймання, розуміння, інтеграції та управління емоціями з метою покращення як міжособистісної взаємодії, так і внутрішньої саморегуляції [23]. Цей підхід увійшов в історію психології як когнітивна модель емоційного інтелекту, у якій емоції розглядаються як своєрідна форма інформації – важлива для прийняття рішень, формування мотивації, усвідомлення цінностей.

Значного розвитку концепція емоційного інтелекту набула завдяки працям Д. Гоулмана, який у 1995 році запропонував більш широку інтерпретацію цього поняття. На його думку, емоційний інтелект включає п'ять ключових компонентів: самоусвідомлення, саморегуляцію, мотивацію, емпатію та соціальні навички. Особливістю підходу Д. Гоулмана є те, що він підкреслює важливість емоцій у контексті соціального функціонування [11]. Емоційний інтелект, за його визначенням, є не лише особистісною здатністю, а й важливою умовою професійного успіху, лідерства, моральної поведінки.

Іншу модель – психометричну за своєю суттю – запропонував Р. Бар-Он, який трактував емоційний інтелект як поєднання емоційних і соціальних компетенцій, що сприяють адаптивності та загальному психічному благополуччю. Його підхід є ближчим до прикладної психології: він створив інструмент EQ-i, який дозволяє оцінити рівень емоційного функціонування особистості за п'ятьма сферами - внутрішньоособистісні якості, міжособистісні навички, здатність до адаптації, стресостійкість та загальний настрій. Бар-Он вважав емоційний інтелект таким, що може бути розвиненим і коригованим у

процесі навчання, терапії, тренінгів, що суттєво розширило сферу практичного застосування поняття [5].

Проблему емоційного інтелекту також розглядав Н. Холл, який досліджував взаємозв'язок між емоційною компетентністю та психофізіологічними реакціями, зокрема соматичними проявами хронічного стресу [46]. У його працях акцент зроблено на важливості здатності до емоційного усвідомлення як захисного механізму від деструктивних реакцій організму.

У вітчизняній психології проблема емоційного інтелекту набуває все більшої уваги, особливо в контексті зростання емоційного виснаження, соціальної тривожності та потреби в психологічній підтримці. Сучасні українські дослідники, серед яких Є. В. Карпенко, М. М. Августюк [1], М. М. Шпак, О. С. Хаустова, Т. І. Кравченко, розглядають емоційний інтелект як ресурс емоційного самоменеджменту, який є критично важливим для навчання, професійної реалізації, соціальної адаптації [41]. Наприклад, Є. В. Карпенко пов'язує емоційний інтелект із механізмами саморегуляції психіки, М. М. Августюк досліджує його роль у формуванні емоційної свідомості в освітньому середовищі, а М. М. Шпак акцентує увагу на взаємозв'язку між емоційною компетентністю та успішною поведінковою адаптацією [41].

У науці емоційний інтелект не є простою характеристикою особистості – це комплексна система, що дозволяє людині ефективно взаємодіяти з іншими, адаптуватися до змін, зберігати емоційний баланс, а в складних життєвих умовах – не втратити внутрішню стабільність. Усе це робить емоційний інтелект ключовим фактором психологічного благополуччя, а його дослідження – важливою складовою сучасної прикладної психології.

Вивчення феномену емоційного інтелекту в українських дослідженнях нерозривно пов'язане з темами психоемоційного здоров'я, соціальної зрілості та здатності до емоційного самоменеджменту в умовах підвищеної життєвої напруги.

Для узагальнення основних теоретичних підходів до трактування емоційного інтелекту та їх порівняння за ключовими параметрами (структура, функції, сфера застосування) ми подали їх у вигляді порівняльної таблиці (1.1.).

Таблиця 1.1

Основні підходи до визначення емоційного інтелекту у зарубіжній та вітчизняній психологічній літературі

Автор поняття / підходу	Визначення / розуміння поняття	Ключові ознаки поняття / підходу
П. Саловей, Д. Майєр [28]	здатність сприймати, інтегрувати у мислення, розуміти та регулювати емоції.	когнітивне опрацювання емоційної інформації; емоції як форма знання.
Д. Гоулман [11]	поєднання самоусвідомлення, саморегуляції, мотивації, емпатії та соціальних навичок.	соціальне функціонування через емоційні здібності; вплив на професійний успіх.
Р. Бар-Он [5]	комплекс емоційних і соціальних компетенцій, що забезпечують адаптивність і стресостійкість.	психометричний підхід; оцінка eq-i; акцент на адаптивності та психічному здоров'ї.
Є. Карпенко [20]	механізм саморегуляції, що інтегрує емоційно-когнітивну сферу для	фокус на саморегуляції, стійкості психіки, емоційній компетентності.
	підтримки психічного здоров'я.	
М. Августюк [1]	чинник формування емоційної свідомості, емпатії та соціальної відповідальності.	орієнтація на освітню діяльність; розвиток емоційного самоменеджменту.
М. Шпак [41]	інтегративна здатність поєднання емоційних і когнітивних процесів для адаптивної поведінки.	регуляція емоцій у взаємодії; підвищення соціальної адаптивності.

Джерело: розроблено автором на основі [1,5,11,2028,41]

У межах цього зв'язку особливої уваги заслуговує концепція «Чиказької сімки» психосоматозів, сформульована Ф. Александером [7]. До неї входять: бронхіальна астма, есенціальна гіпертонія, нейродерміт, виразкова хвороба шлунка, ревматоїдний артрит, тиреотоксикоз і виразковий коліт. Ці захворювання розглядаються як модельні приклади соматизації несвідомих афектів, які не були інтегровані у сферу свідомості. Тож вивчення емоційного інтелекту в осіб із подібними скаргами набуває особливої актуальності в сучасній психологічній науці.

Структурною побудовою та акцентами у теоретичній інтерпретації. П. Саловей та Д. Майєр розглядають емоційний інтелект з позиції когнітивного підходу, зосереджуючи увагу на здатності індивіда сприймати, розуміти та регулювати емоції як специфічну форму інформації. Д. Гоулман, у свою чергу, наголошує на соціальному вимірі емоційного інтелекту, зокрема на важливості емпатії, самоусвідомлення та соціальних навичок у процесі міжособистісної взаємодії. Найбільш комплексну модель запропонував Р. Бар-Он, який розширив поняття емоційного інтелекту до системи емоційних і соціальних компетенцій, що забезпечують адаптивну поведінку, стресостійкість та загальне психологічне благополуччя.

У вітчизняному науковому просторі дослідники намагаються інтегрувати різні зарубіжні підходи з урахуванням культурно-історичних та соціально-психологічних реалій. Так, у працях Є. В. Карпенко емоційний інтелект розглядається як механізм саморегуляції, що базується на узгодженій роботі емоційної та когнітивної сфер. М. М. Августюк [1] акцентує увагу на освітньому потенціалі емоційного інтелекту, підкреслюючи його роль у формуванні емоційної свідомості, емпатійності та соціальної відповідальності учнівської молоді. М. М. Шпак [41] інтерпретує емоційний інтелект як інтегративну здатність до поєднання емоційних і когнітивних процесів, що забезпечують ефективну адаптацію та регуляцію поведінки у міжособистісних взаємодіях.

Продовжуючи загальні підходи світової науки, вносять власне змістовне наповнення, що відображає реалії українського соціуму та орієнтоване на практичне використання емоційного інтелекту в різних сферах життєдіяльності особистості – зокрема в освіті, консультуванні, адаптаційній підтримці та реабілітації.

Отже, емоційний інтелект зазвичай розглядається як інтегративна властивість особистості, що забезпечує гармонійну взаємодію емоційних і когнітивних процесів. До основних особливостей емоційного інтелекту належать здатність до усвідомлення і регуляції емоцій, розвиток емпатійності, формування стійкості до стресу та ефективної соціальної поведінки.

1.2. Структура емоційного інтелекту та його види. Чинники, складові та функції емоційного інтелекту.

У сучасній психології емоційний інтелект розглядається як складна системна якість особистості, що інтегрує когнітивні, афективні й поведінкові компоненти в єдине функціональне ціле. Такий підхід відповідає системній парадигмі, згідно з якою емоційний інтелект забезпечує узгоджене функціонування внутрішніх і міжособистісних процесів, спрямованих на збереження психічної та соціальної рівноваги.

Емоційний інтелект трактується як багатовимірне утворення, структура якого включає як чинникові складові, так і функціональні елементи. У науковій літературі відзначається концептуальна неоднорідність у підходах до тлумачення структури емоційного інтелекту, що пов'язано з розмаїттям теоретичних шкіл. Зокрема, на міжнародному рівні вагомий внесок у розвиток концепції зробили П. Саловей і Д. Майєр, Д. Гоулман, Р. Бар-Он, натомість серед українських дослідників варто відзначити праці Є. В. Карпенко, М. М. Августюк, М. М. Шпака, які акцентують увагу на культурно-ментальних особливостях формування емоційної компетентності.

Узагальнення наукових підходів дозволяє виокремити три основні чинники емоційного інтелекту:

1. Когнітивний чинник – охоплює здатність особистості до розпізнавання, диференціації, аналізу та вербалізації емоційних станів. Саме ця складова забезпечує логічну обробку емоційної інформації та її інтеграцію в систему самосприйняття.

2. Емоційний чинник – передбачає здатність до внутрішньої регуляції, управління емоційним станом, витримки, емоційної ініціативи. У моделі Р. Бар-Она цей чинник розглядається як вираз внутрішньої особистісної компетентності.

3. Соціальний чинник – відображає вміння розуміти емоції інших, налагоджувати конструктивну взаємодію, підтримувати емоційний контакт. У теорії Д. Гоулмана саме ця складова вважається центральною для професійного та соціального успіху особистості.

Складові емоційного інтелекту конкретизують механізми реалізації вищезазначених чинників. До них, згідно з моделлю Д. Гоулмана, належать:

1. Самоусвідомлення – здатність до ідентифікації власного емоційного стану, емоційної рефлексії;

2. Саморегуляція – вміння управляти імпульсивними реакціями, зберігати емоційну стабільність;

3. Мотивація – наявність внутрішньої емоційної енергії, ініціативності, цілеспрямованості;

4. Емпатія – здатність розпізнавати емоції інших людей, реагувати на них з чутливістю та підтримкою;

5. Соціальні навички – комунікативна компетентність, переконливість, уміння конструктивно взаємодіяти.

Ці складові не є ізольованими – вони перебувають у динамічній взаємодії, утворюючи цілісну систему внутрішнього й зовнішнього емоційного реагування, що дозволяє особистості функціонувати ефективно в соціальному просторі.

Функціональні аспекти емоційного інтелекту пов'язані з його здатністю впливати на життєдіяльність індивіда через регулювання емоційного досвіду. До ключових функцій емоційного інтелекту належать:

- 1) оцінювальна – забезпечує суб'єктивну інтерпретацію подій крізь емоційне сприйняття;
- 2) сигнальна – інформує про зміни у внутрішньому стані або соціальному середовищі;
- 3) стимулююча – активізує ресурси особистості на досягнення поставленої мети;
- 4) мотиваційна – формує емоційно забарвлену цілеспрямованість дій;
- 5) адаптивна – сприяє гнучкому пристосуванню до умов середовища [12].

Для систематизації взаємозв'язку між чинниками, структурними компонентами та функціональним навантаженням емоційного інтелекту доцільно подати відповідну таблицю, розроблену на основі праць П. Саловея, Д. Гоулмана, Р. Бар-Она, а також адаптовану відповідно до вітчизняних теоретико-методологічних орієнтирів.

На основі аналізу теоретичних підходів П. Саловея, Д. Гоулмана, Р. Бар-Она, а також українських дослідників – Є. В. Карпенко, М. М. Августюк, М. М. Шпак – ми розробили узагальнюючу таблицю, що відображає взаємозв'язок між чинниками, структурними компонентами та функціональним призначенням емоційного інтелекту. Це дозволяє представити складну психологічну конструкцію у системному вигляді.

З метою наочного представлення взаємозв'язків між основними чинниками емоційного інтелекту, його структурними складовими та відповідними функціональними проявами, доцільно звернутися до узагальненої схеми, поданої в таблиці 1.2. Вона дозволяє системно інтерпретувати складну психологічну конструкцію емоційного інтелекту як цілісне утворення, що виконує регулятивну, адаптивну й мотиваційну роль у житті особистості.

Таблиця 1.2

Структурно-функціональні характеристики емоційного інтелекту

Чинники емоційного інтелекту	Складові емоційного інтелекту	Функції емоційного інтелекту
Когнітивні	Самоусвідомлення, саморегуляція	Оцінювальна, сигнальна
Емоційні	Мотивація, емпатія	Стимулююча, мотиваційна
Соціальні	Соціальні навички	Адаптивна

Джерело: розроблено автором на основі [3,7,9]

Структура емоційного інтелекту має виражену багатовимірну природу. Кожен чинник охоплює комплекс психологічних характеристик, які виконують конкретні функції у процесі емоційного реагування, саморегуляції та соціальної взаємодії.

Так, когнітивний чинник відповідає за обробку емоційної інформації, включаючи процеси розпізнавання, осмислення та рефлексії емоційних станів. Саме ця складова забезпечує можливість усвідомленого ставлення до власних і чужих емоцій, сприяючи інтеграції емоційного досвіду у загальну когнітивну структуру особистості [3, 7].

Емоційний чинник відіграє провідну роль у забезпеченні внутрішньої емоційної стабільності, розвитку емпатійного ставлення до оточення, а також формуванні активної мотивації до досягнення особистісно значущих цілей. Він охоплює процеси емоційної саморегуляції, підтримання позитивного емоційного тону та управління афективними станами [5, 9].

Соціальний чинник охоплює здатність особистості до ефективної комунікації, налагодження стосунків, розв'язання конфліктних ситуацій та підтримки гармонійних міжособистісних відносин. Цей аспект емоційного інтелекту є критично важливим для соціальної адаптації та успішної інтеграції особистості у різноманітні соціальні контексти [11].

Важливо підкреслити, що структура емоційного інтелекту не є сталою чи незмінною. Вона формується, розвивається і трансформується протягом усього життя людини, залежно від індивідуального досвіду, соціального середовища, культурних чинників, а також специфіки емоційного виховання в ранньому та подальшому розвитку особистості [7, 9, 11].

Таблиця 1.3

Функціональні особливості складових емоційного інтелекту та їх поведінкові прояви

Складова емоційного інтелекту	Функція	Прояв у поведінці
Самоусвідомлення	Оцінювальна, сигнальна	Здатність до рефлексії, розуміння власних емоцій
Саморегуляція	Мотиваційна, адаптивна	Контроль емоцій, управління поведінкою
Мотивація	Стимулююча, мотиваційна	Вміння досягати цілей, наполегливість
Емпатія	Адаптивна, соціальна	Розуміння емоцій інших, підтримка, допомога
Соціальні навички	Соціальна, адаптивна	Ефективна комунікація, керування конфліктами

Джерело: розроблено автором на основі [2,4,5,9,11,41]

Таблицю розроблено на основі моделі емоційного інтелекту Д. Гоулмана та уточнено згідно з авторськими адаптаціями українських дослідників, зокрема М. М. Шпак, що дозволяє поєднати теоретичні уявлення з практичними критеріями прояву ЕІ у поведінці.

Подана таблиця дозволяє простежити, як кожна складова емоційного інтелекту виконує відповідні функції й відображається у повсякденній поведінці особистості. Зокрема, самоусвідомлення корелює із глибиною

рефлексії, саморегуляція – із внутрішньою стабільністю та вольовим контролем, мотивація – із досягненням результатів, емпатія – із співпереживанням, а соціальні навички – з умінням ефективно взаємодіяти з оточенням.

Системний підхід до вивчення структури емоційного інтелекту дозволяє глибше зрозуміти як його окремі складові, так і їхню динамічну взаємодію. Це сприяє створенню дієвих психодіагностичних інструментів, програм розвитку ЕІ, а також підвищенню ефективності практичної психологічної допомоги. Усвідомлення внутрішньої будови емоційного інтелекту відкриває можливості для його формування в освітньому, організаційному, клінічному й консультативному середовищах.

1.3. Психосоматичні скарги: поняття, причини, особливості прояву

Психосоматичні скарги становлять складний феномен на межі соматичної і психологічної реальності людини. У психологічній науці термін «психосоматика» застосовують для опису процесів, у яких психічні та емоційні чинники справляють вплив на фізичне здоров'я, призводячи до виникнення або посилення соматичних симптомів. Як вказує Ф. Александер – один із основоположників психосоматичної медицини, – тілесні порушення часто є вираженням глибоко прихованих внутрішньоособистісних конфліктів.

Сутність психосоматичних розладів полягає у тому, що емоційне напруження, стрес, тривога, пригнічені емоції чи внутрішній конфлікт можуть виявлятися у формі тілесних скарг: болю, спазмів, порушення сну, апетиту, серцево-судинної, дихальної чи травної активності. У багатьох випадках такі симптоми не мають чіткої органічної основи, і саме цей факт часто ускладнює діагностику та подальше лікування. Як зазначає В. Франкл, коли неусвідомлене не знаходить шляху до переживання, воно «звучить» через тіло.

Серед основних причин, що призводять до розвитку психосоматичних симптомів, виділяють:

1. Хронічний стрес – стійкий вплив зовнішніх подразників, які перевищують адаптивні можливості особистості.

2. Невирішені внутрішні конфлікти – конфлікт між потребами і внутрішніми заборонами нерідко спричинює соматичне напруження (Й. Райх).

3. Вторинна вигода – підсвідоме «використання» хвороби для отримання уваги, турботи, уникнення відповідальності.

4. Навіювання з боку значущих осіб – переконання, сформовані у дитинстві або в авторитарному середовищі, можуть закріплювати модель «хворої поведінки».

5. Родова/сімейна система – нерозв'язані конфлікти попередніх поколінь можуть впливати на симптоматику нащадків (Б. Хеллінгер).

6. Органічна мова тіла – термін позначення ситуацій, коли тіло стає єдиним «каналом» вираження неусвідомленого афекту (Ф. Александер) [2].

На основі міждисциплінарного аналізу літератури з психології, психотерапії та психосоматики (А. Lowen, F. Alexander, G. Engel, Ю. Чистовська, О. Чабан, Павленко Т., Кравченко Т.), можна виділити низку ключових причин, що пояснюють виникнення психосоматичних скарг. Ці причини мають не лише клінічне, але й глибинно психологічне підґрунтя, об'єднуючи як інтраособистісні, так і інтерперсональні механізми (табл.1.4.).

Таблиця 1.4

Основні психологічні причини виникнення психосоматичних скарг

Причина	Сутність психологічного механізму	Приклад
Внутрішній конфлікт	Несвідоме протистояння між суперечливими установками, бажаннями, почуттями. Часто спричинює тілесну реакцію, коли психіка не здатна інтегрувати досвід усвідомлено [3, 11, 28].	У жінки з хронічним болем у спині виявлено конфлікт між потребою в свободі й страхом Органічна мова бути залишеною.
Вторинна вигода	Психічна чи соціальна "винагорода" від хвороби: увага, співчуття, уникнення обов'язків або неприємної д-сті. Скарга несвідомо підтримується, бо має приховану функцію [5, 30].	Підліток несвідомо підтримує симптом гастриту, бо через хворобу звільняється від уроків і отримує турботу матері.

Продовження таблиці 1.4

Органічна мова	Соматичне вираження емоцій, яке виникає у ситуаціях, коли емоція не може бути виражена або усвідомлена. Тіло стає єдиним «мовцем». У психосоматиці також виокремлюють фрази психосоматичного контексту, що вказують на афективне перенапруження: «серце крається», «гірко на душі» [6, 11].	«Очі мої б його не «бачили», серце кров'ю обливається» тощо
Емоційне пригнічення	Хронічне стримування емоцій (гніву, болю, страху), яке трансформується у фізичні симптоми. Тіло «говорить», коли душа мовчить [11, 39].	Людина роками не виражає гнів у шлюбі — згодом розвивається гіпертонія.
Хронічний стрес	Постійне перевантаження адаптаційної системи організму, що веде до виснаження, функціональних порушень у різних системах (серцево-судинна, ШКТ, імунна) [24, 30].	Молода мама живе в постійному стресі — виникають розлади травлення й безсоння.
Родова (системна) лояльність / вплив родової системи	Вплив незавершених конфліктів попередніх поколінь, що проявляється у нащадків у вигляді тілесних симптомів [6, 37].	У дитини спостерігається астма, яку мали кілька родичів — у родині не проговорюються конфлікти.
Навіювання й модель поведінки / навіювання значимою особою	Симптоми можуть формуватися на основі наслідування моделей реагування значущих дорослих (психологічна установка "хвороба — спосіб отримати увагу") [20, 38].	Дівчинка імітує головний біль, бо бачила, як мама лежала з «мігренню» й отримувала увагу.
Низький рівень емоційної регуляції	Особистості з дефіцитом емоційної саморегуляції часто не можуть прожити, чи виразити емоцію. Це спричиняє соматизацію як єдиний доступний канал вираження [1, 25].	Чоловік не вміє висловити тривогу — скаржиться на «ком у горлі» без органічних причин.
Алекситимія	Нездатність вербалізувати емоції через слабо розвинену емоційну свідомість. Соматизація виникає як замітник усвідомлення [1, 28].	Студент не може сказати, що відчуває, але скаржиться на болі в животі перед екзаменами.
Ідентифікація з хворобою	Особистість зливається з образом «хворого»; симптом стає частиною «Я». Це психологічно «вигідна» ідентичність [5, 11].	Літній чоловік із болем у серці відмовляється від лікування, бо сприймає себе виключно як «жертву» і отримує увагу в такій ролі.

Джерело: розроблено автором на основі [21,24,32]

Психосоматичні симптоми можуть бути надзвичайно різноманітними як за своєю клінічною формою, так і за ступенем інтенсивності, тривалістю прояву та динамікою перебігу. Вони нерідко імітують органічні захворювання, однак при ретельному медичному обстеженні не виявляється об'єктивних порушень у роботі внутрішніх органів чи систем. Це спричиняє утруднення у постановці діагнозу і часто стає причиною тривалого «ходіння по лікарях», безуспішного медикаментозного лікування, або ж формування так званої «фіксованої хворобливої ідентичності».

Загальна особливість психосоматичних симптомів полягає в тому, що вони, по суті, маскують справжню причину – емоційну дезорганізацію, пригнічені афекти, неусвідомлену тривогу або внутрішньоособистісний конфлікт, який не знайшов свого вираження через слова або поведінку. Натомість ці переживання проявляються на тілесному рівні. Як вказує Ю. Чистовська, тіло стає «мовою» душі, коли психіка виявляється неспроможною адекватно пережити або інтегрувати внутрішній зміст. Це може проявитися як у формі гострих станів – наприклад, раптовий біль у грудях, задуха, панічна атака, – так і в хронічному перебігу: постійна втома, головні болі напруження, синдром подразненого кишківника, безсоння, підвищений артеріальний тиск.

Симптоми часто мають динамічний характер, тобто змінюються залежно від емоційного стану людини, рівня тривоги або ситуаційного навантаження. Так, у періоди загострення життєвих обставин (війна, втрати, конфлікти, невизначеність), у багатьох людей активізуються або виникають нові тілесні скарги. Особливістю психосоматичних станів є також їхній «мовчазний» зв'язок із внутрішнім світом людини – сама людина може не пов'язувати свій стан із емоціями, натомість скаржитися виключно на тіло.

У низці випадків психосоматичні симптоми поєднуються з емоційною нестійкістю, підвищеною дратівливістю, тривожністю, схильністю до катастрофізації власного стану. Внаслідок цього пацієнт часто опиняється у так званому «замкненому колі»: емоційна напруга → соматичний прояв → ще більша тривожність → посилення симптомів.

З метою систематизації типових проявів психосоматичних скарг ми звернулися до клінічних описів, представлених у працях Ю. Чистовської, О. Чабана, О. Хаустової, а також узагальнень, викладених у міжнародних класифікаційних системах (МКХ-10, DSM-5).

На основі аналізу цих джерел побудуємо таблицю 1.5, у якій систематизовано основні види психосоматичних скарг, симптомів і захворювань, що мають психогенне походження.

Таблиця 1.5.

Основні прояви психосоматичних скарг

Поняття	Суть визначення	Коментар
Психосоматична скарга	Суб'єктивне відчуття фізичного дискомфорту, не підкріплене органічною патологією.	Наприклад, "стискає у грудях", "болить шлунок", але «медично» – все в нормі.
Психосоматичний симптом	Конкретний фізичний прояв (біль, спазм, нудота), що виникає під впливом психологічних причин.	Відображає реакцію тіла на афективний конфлікт.
Психосоматичний прояв	Загальний термін, що охоплює будь-яку тілесну відповідь на психічне напруження (симптом, скарга, розлад).	Використовується як umbrella-term у літературі.
Психосоматичне захворювання	Клінічно верифікована хвороба з відомою психогенною складовою (наприклад, гіпертонія, виразка шлунка).	Має органічне підґрунтя, однак тісно пов'язане з емоційною сферою.
Психосоматичний розлад	Хронічний стан, що супроводжується тілесною симптоматикою, зумовлений психологічними механізмами.	Може належати до МКХ-10: наприклад, соматоформна дисфункція автономної нервової системи.
Психосоматози	Термін, що позначає класичну групу захворювань (так звана «Чиказька сімка»), у патогенезі яких доведено провідну роль психологічних чинників.	Виразка шлунка, гіпертонія, астма, ревматоїдний артрит, нейродерміт, тиреотоксикоз, виразковий коліт.

Соматоформні порушення	Розлади, при яких соматичні скарги переважають, але не мають органічного пояснення; фіксація на тілі є домінуючою [DSM-5, МКХ-10].	Наприклад: іпохондрія, конверсійний розлад, соматоформна дисфункція.
------------------------	--	--

Джерело: розроблено автором на основі [31,32,37,48]

Психосоматичні скарги – це не лише медична чи клінічна проблема. Це про людину, яка намагається говорити – іноді єдиною доступною їй мовою – мовою тіла [17]. У своїй суті ці симптоми часто є зовнішнім виявом внутрішніх переживань, які не були усвідомлені, не знайшли виходу або не були почуті. Тому важливо, щоб ми – як психологи, дослідники, педагоги – вміли бачити за симптомом не лише «соматичну» частину, а й історію, контекст, глибший зміст.

Прояви психосоматичних розладів бувають дуже різними: у когось це головний біль, що супроводжує кожную стресову ситуацію; у когось – проблеми з травленням на тлі тривалого хвилювання; хтось роками живе з хронічною втомою, не підозрюючи, що за цим – непрожиті емоції, конфлікти, напруга, яку тіло приймає на себе [4]. І тут не завжди важлива сила симптому – важлива його мова, а ми маємо навчитися цю мову розуміти.

Чимало наукових досліджень показують: там, де емоції пригнічуються або взагалі не усвідомлюються, тіло рано чи пізно бере на себе функцію сигналізації. Нерідко психосоматичні прояви виникають у людей, які не вміють говорити про почуття, звикли «триматися» чи «бути сильними». Але тіло не має такої функції – воно не мовчить.

Тому у фокусі сучасної психології дедалі частіше опиняється емоційний інтелект – здатність не просто відчувати, а й помічати, визнавати, називати і регулювати свої емоції. Саме ці навички стають буфером між психічним напруженням і тілесною реакцією. Коли людина вміє «розмовляти з собою» – зменшується потреба в тому, щоб говорило тіло.

Для практичного психолога, психотерапевта чи навіть викладача – це означає: вміння побачити за фізичним скарженням – психологічний запит. І надзвичайно важливо розвивати в людині не лише знання про симптом, а й розуміння себе, своїх емоцій, причин власного стану. Бо лише тоді ми не просто «лікуємо» прояв, а працюємо з причиною, допомагаємо людині повернути собі відчуття цілісності – тілесної й емоційної.

Отже, якщо ми говоримо про профілактику психосоматичних станів, про якість життя, емоційну стійкість – то маємо починати не з пігулки, а з внутрішнього контакту. Саме розвиток емоційного інтелекту – у школах, у родині, в індивідуальній роботі – є тією інвестицією, яка справді може зменшити кількість тілесних скарг, що насправді є скаргами душі.

1.4. Роль емоційного інтелекту у виникненні психосоматичних скарг в осіб різного віку.

Емоційний інтелект є однією з базових життєвих компетенцій людини, яка дозволяє усвідомлювати, регулювати та конструктивно використовувати власні емоції у процесі міжособистісної взаємодії та самореалізації. Наукові дослідження, зокрема праці Д. Гоулмана [11] та Р. Бар-Она [5], переконливо свідчать про те, що рівень розвитку емоційного інтелекту прямо впливає не лише на психічне, а й на соматичне здоров'я індивіда. Особливої актуальності ця проблема набуває в контексті різних вікових періодів, де формування або порушення емоційної регуляції може слугувати підґрунтям для виникнення психосоматичних проявів.

У дитячому віці спостерігається природна незрілість механізмів емоційної саморегуляції. Обмежений емоційний словник, недостатнє розуміння внутрішніх станів та переживань призводять до того, що дитина часто реагує на емоційні переживання соматичними симптомами: розладами сну, порушенням апетиту, болями в животі чи голові. Цей механізм пояснюється тим, що несформоване емоційне усвідомлення змушує тіло виконувати функцію

виразника внутрішнього стану. Як підкреслює Л. І. Божович (у роботах, на які орієнтуються сучасні дослідники [11]), розвиток регулятивних функцій є критично важливим чинником у запобіганні психосоматичним проявам на ранніх етапах онтогенезу.

Підлітковий вік додає до емоційного розвитку складний гормональний компонент, що посилює емоційну лабільність і вразливість. У цьому віці формується здатність до інтеграції емоційного досвіду, але вразливість регулятивних механізмів залишається високою. За відсутності належних навичок емоційної обробки афективне напруження може матеріалізуватися у вигляді психосоматичних скарг: безсоння, головного болю, функціональних розладів шлунково-кишкового тракту. Недостатність усвідомлення власних переживань у поєднанні з емоційним перевантаженням створює благодатне середовище для соматизації.

Юнацький період характерний підвищеною напругою, зумовлено потребою у професійній самореалізації, формуванням партнерських стосунків та пошуком власної ідентичності. У випадку недостатнього розвитку емоційної стійкості і навичок саморегуляції психосоматичні реакції можуть набувати системного характеру. Це проявляється в підвищеній втомлюваності, вегетативних розладах, серцево-судинній нестабільності. Г. С. Костюк [29] слушно зауважував, що саме в юнацькому віці закладається основа психологічної витривалості особистості, і ця основа значною мірою залежить від ефективності емоційної саморегуляції.

Дорослий вік вимагає від індивіда високої мобільності, адаптивності та здатності до емоційного менеджменту. Умови професійної діяльності, сімейні обов'язки, соціальна активність стають джерелами хронічного стресу. У дорослих із недостатньо розвиненим емоційним інтелектом стресові переживання часто залишаються неопрацьованими, що веде до тілесних проявів: артеріальної гіпертензії, порушень серцевого ритму, гастроентерологічних скарг. Як зазначають Бар-Он [5] та Гоулман [11],

емоційна негнучкість у дорослому віці прямо асоційована з підвищеною соматичною вразливістю.

У зрілому та похилому віці емоційна сфера людини також зазнає істотних трансформацій. Стикаючись із втратами, обмеженнями, віковими змінами, людина потребує особливої психологічної підтримки. Низький рівень емоційної гнучкості в цьому періоді часто виявляється у фоновій тривожності, соматичних скаргах, порушеннях сну, а також у зниженні адаптаційного потенціалу. Дослідження показують, що особи похилого віку з розвиненими навичками емоційної регуляції демонструють вищу якість життя та краще справляються зі стресовими навантаженнями [37, 38]. Проте, слід підкреслити, що емпіричних робіт, які безпосередньо досліджують емоційний інтелект у осіб старшого віку, поки що недостатньо, і це залишається перспективним напрямом подальших досліджень.

Загальний аналіз вітчизняних та зарубіжних джерел [5, 11, 20, 46, 51], а також клінічних спостережень [39] дозволяє виділити характерні вікові психосоматичні профілі. У дитинстві превалюють функціональні розлади сну та травлення, у підлітковому віці – головні болі, вегетативні прояви тривожності, у юності – вегетативно-судинні розлади та втома, у дорослості – соматизація стресу у вигляді хронічних серцево-судинних і шлунково-кишкових порушень, а у похилому віці – зниження імунітету, біль у суглобах та загальна фізична виснаженість.

Для наочності ці закономірності систематизовано в таблиці 1.6, яка базується на узагальненні результатів клініко-психологічного аналізу низки публікацій, а також узгоджується з положеннями сучасної психосоматичної діагностики.

Таблиця 1.6.

Основні прояви психосоматичних скарг у різних вікових групах

Вікова група	Основні прояви психосоматичних скарг
Діти	Головний біль, порушення сну, розлади травлення, втома, нестабільність емоційних реакцій.
Підлітки	Головний біль, депресивні стани, розлади травлення, порушення апетиту, емоційна нестабільність.
Молодь	Порушення серцево-судинної системи, втома, депресія, тривожність, зниження працездатності.
Дорослі	Хронічний стрес, порушення сну, головний біль, серцево-судинні порушення, емоційне виснаження.
Літні люди	Больові синдроми, порушення сну, підвищення артеріального тиску, емоційна нестабільність.

Джерело: розроблено автором на основі [19,26,29]

Слід підкреслити, що ці дані є узагальненими та відображають переважні тенденції, зафіксовані у відповідних періодах спостереження, а не універсально обов'язкові для кожної особи певного віку.

Узагальнені у таблиці дані дозволяють зробити висновок, що з віком змінюється не лише тілесна реактивність на емоційне напруження, а й характер проявів психосоматичних скарг. Якщо в дитячому та підлітковому віці переважають функціональні розлади (сон, травлення, емоційна нестабільність), то у дорослих і літніх осіб частіше спостерігаються хронічні соматичні симптоми, пов'язані зі стресом та емоційним виснаженням. Ці спостереження ще раз підтверджують необхідність розвитку емоційного інтелекту як механізму психосоматичної саморегуляції упродовж усього життя.

Згідно з узагальненням емпіричних результатів досліджень емоційної регуляції Бар-Он, Карпенко Є., існує стійка залежність між рівнем розвитку емоційного інтелекту особистості та характером психосоматичних проявів. Зокрема, низький рівень емоційної компетентності асоціюється зі схильністю до соматизації емоційного дистресу, зокрема у формі хронічної втоми, головного болю, розладів сну і травлення. Натомість високий рівень емоційного інтелекту значно підвищує здатність особистості до саморегуляції, зменшуючи

частоту тілесних проявів, спричинених емоційним напруженням [13; 17; 38; 41]. Цю залежність узагальнено у таблиці нижче.

Таблиця 1.7.

Вплив рівня емоційного інтелекту на виникнення психосоматичних скарг

Рівень емоційного інтелекту	Основні прояви психосоматичних скарг
Низький	Постійна втома, головний біль, розлади травлення, емоційна нестабільність.
Середній	Періодичні порушення сну, емоційні конфлікти, стресові реакції.
Високий	Здатність до адаптації, контроль емоцій, відсутність або незначні симптоми.

Джерело: розроблено автором на основі [13,17,38,41]

Як свідчать наведені дані, рівень емоційної обізнаності та саморегуляції значною мірою визначає те, яким чином людина реагуватиме на емоційне навантаження. За умов сформованого емоційного інтелекту індивід не лише краще справляється з труднощами, а й рідше потребує «допомоги тіла» як сигналу про внутрішній дистрес. Це підкреслює цінність розвитку емоційного інтелекту як засобу первинної психосоматичної профілактики.

Узагальнюючи викладене, варто наголосити, що емоційний інтелект є не лише структурним компонентом особистості, а й ключовим чинником психічного і психосоматичного здоров'я упродовж усього життя людини. Його значення виходить далеко за межі міжособистісної взаємодії чи емоційної обізнаності – це інтегральний механізм регуляції, який дозволяє людині не лише адаптуватися до зовнішніх обставин, а й конструктивно взаємодіяти зі своїм внутрішнім світом.

На кожному віковому етапі роль емоційного інтелекту набуває особливого змісту. У дитинстві та підлітковому віці він допомагає формувати здатність до саморефлексії та емоційної виразності. У молоді - виступає

підґрунтям стресостійкості, впливає на вибір соціальних стратегій, на формування впевненості та психологічної гнучкості. У дорослих – підтримує баланс між вимогами професійного життя, особистими стосунками та внутрішніми ресурсами. У похилому віці – сприяє збереженню психоемоційного комфорту, внутрішньої цілісності та прийняттю вікових змін. Таким чином, емоційний інтелект виконує не лише адаптивну, а й зберігаючу функцію, що допомагає людині підтримувати психосоматичну рівновагу у складних і трансформаційних періодах життя.

Наукові джерела [12, 14, 18, 30] підтверджують, що саме емоційна регуляція, гнучкість і здатність до емоційного самоменеджменту значно знижують ризик виникнення психосоматичних скарг. Зокрема, особи з низьким рівнем емоційного інтелекту виявляють більшу схильність до соматизації стресу, до емоційної дезадаптації, що виявляється через головний біль, безсоння, розлади травлення, серцево-судинні симптоми. Натомість високий рівень емоційного інтелекту пов'язується з вищим рівнем психічного благополуччя, кращими результатами в подоланні життєвих труднощів, зниженою потребою у психологічному або медикаментозному втручанні.

Особливу актуальність ця проблема набуває в умовах сьогодення, коли соціальна нестабільність, військові дії, втрата соціальних опор і підвищений рівень екзистенційної тривоги створюють додаткове навантаження на психіку кожної людини. У цих умовах саме емоційний інтелект виступає як внутрішній ресурс, який здатен допомогти індивідові витримати напругу, осмислити пережите, не руйнуючи себе зсередини, не транслуючи дистрес через соматичні скарги.

Розвиток емоційного інтелекту – це стратегія психогігієни і психопрофілактики, яка має бути інтегрована в освітні програми, тренінгові курси, психотерапевтичну та консультувальну практику. Зміцнення емоційної свідомості, формування навичок емпатії, рефлексії, саморегуляції – усе це дозволяє не лише зменшити рівень психосоматичних порушень, а й підвищити

якість життя людини, незалежно від її віку, соціального статусу чи життєвих обставин.

Тож дослідження ролі емоційного інтелекту у виникненні психосоматичних скарг має не лише теоретичне, але й глибоке практичне значення, яке виходить за межі психології як науки і торкається основ буття – здатності людини жити в гармонії зі своїм тілом, почуттями і світом довкола.

Для кращого розуміння механізмів впливу емоційного інтелекту на формування психосоматичних скарг доцільно узагальнити та візуалізувати взаємозв'язок основних психологічних чинників, які були проаналізовані у попередніх підрозділах на основі теоретичних положень Р. Бар-Она [5], Д. Гоулмана [11], П. Саловея та Д. Майєра [28], а також досліджень вітчизняних авторів Є. В. Карпенко [20], М. М. Августюк [1], М. М. Шпак [41], Ю. В. Чистовської [37]. Узагальнену модель представлено нижче (рис. 1.1).

Схематичний ланцюг

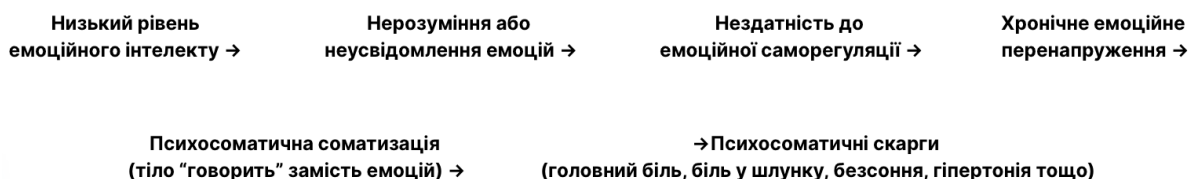


Рис. 1.1. Схематичний ланцюг впливу емоційного інтелекту на виникнення психосоматичних скарг

Як бачимо з поданого схематичного ланцюга, ключову роль у формуванні психосоматичних розладів відіграє порушення емоційної регуляції: від неможливості усвідомити емоційні переживання до їх хронічного накопичення та тілесної соматизації. За відсутності навичок емоційного самоменеджменту психіка не справляється з напругою, що провокує тіло «говорити» замість емоцій, транслюючи внутрішній конфлікт через головний біль, спазми, безсоння або функціональні розлади. Цей схематичний ланцюг підтверджує

необхідність розвитку емоційного інтелекту як засобу профілактики психосоматичних проявів, зниження стресового навантаження та підтримки загального психічного благополуччя особистості.)

Висновки до першого розділу

У розділі розглянуто емоційний інтелект як інтегративну здатність до усвідомлення, розуміння та регуляції емоцій. Виокремлено три основні підходи до його тлумачення: когнітивний, соціально-компетентнісний та психометричний. Українські дослідники акцентують увагу на ролі емоційного інтелекту у саморегуляції, адаптації та профілактиці емоційного виснаження.

Уточнено зміст понять: психосоматична скарга, симптом, прояв, хвороба, розлад, психосоматози, соматоформні порушення. Підкреслено клінічне значення моделі Чиказької сімки психосоматозів.

Встановлено вікову динаміку: у дітей домінують розлади сну та травлення, у підлітків — головні болі та емоційна нестабільність, у дорослих — стрес і втома. Виявлено зв'язок між рівнем емоційного інтелекту та виразністю психосоматичних скарг: що нижчий рівень, то частіше виникають тілесні симптоми.

Емоційний інтелект виступає захисним чинником психічного та фізичного здоров'я, що обґрунтовує доцільність його подальшого вивчення в осіб із психосоматичними проявами.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ В ОСІБ З ВИРАЖЕНИМИ ПСИХОСОМАТИЧНИМИ СКАРГАМИ

2.1. Характеристика вибірки. Методи та етапи емпіричного дослідження.

Емпіричне дослідження психологічних особливостей емоційного інтелекту проводилося серед осіб із вираженими психосоматичними скаргами, які зверталися до лікаря-психотерапевта приватної клініки (м. Львів, м. Тернопіль, м. Івано-Франківськ). Попереднє формування вибірки здійснювалося за допомогою лікарів, які надавали направлення пацієнтам для участі у дослідженні після первинного клінічного інтерв'ювання. Особи заповнювали анкету з блоком самозвітів про соматичні скарги, а також проходили медичне обстеження з метою виключення органічної етіології симптомів. Залучення до дослідження здійснювалося добровільно на основі письмової інформованої згоди.

До фінальної вибірки увійшли 40 осіб: 20 чоловіків (50 %) та 20 жінок (50 %), що забезпечило гендерний баланс. Середній вік респондентів склав 38 років (діапазон — від 25 до 55 років), що дозволило охопити осіб на різних етапах дорослого життя (рис.2.1.). Більшість учасників були мешканцями західного регіону України (Львівська, Тернопільська, Івано-Франківська області). Соціальний склад вибірки включав представників різних професійних груп: освітян, медичних працівників, державних службовців, студентів і працівників сфери послуг. Така різноманітність дозволила врахувати соціально-професійні чинники при інтерпретації результатів.

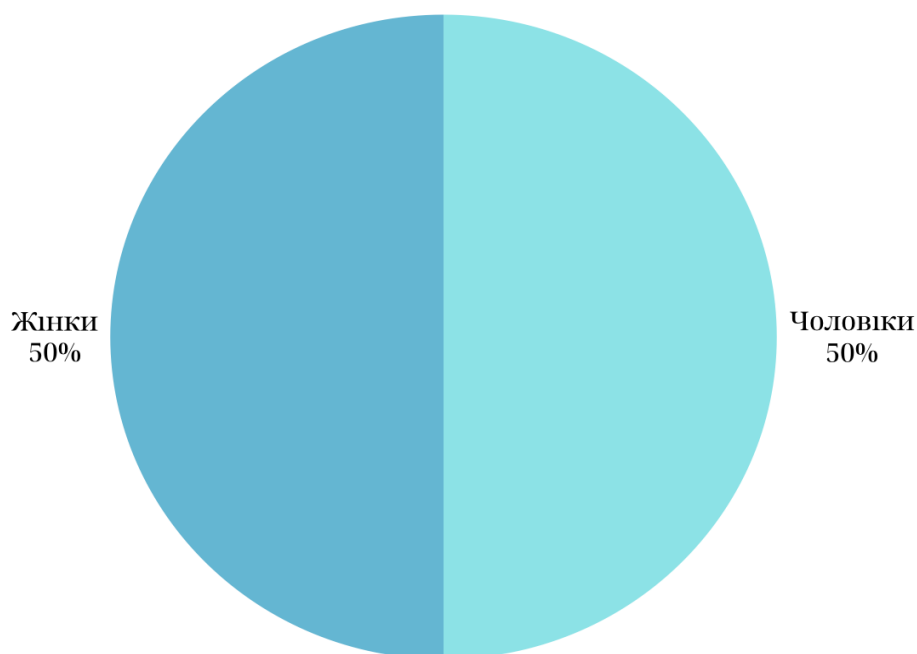


Рис. 2.1 Гендерний склад вибірки дослідження

До участі в дослідженні допускалися особи, які на момент обстеження мали виражені психосоматичні скарги — тобто тілесні симптоми, які не можна було повністю пояснити органічними причинами. Наявність та характер цих симптомів визначалися на основі комплексної оцінки, що включала результати первинного клінічного інтерв'ю лікаря, самозвітні дані з авторської анкети, а також стандартизовані опитувальники PHQ-15 (Patient Health Questionnaire) та Гіссенський соматичний опитувальник (GSS). Цей підхід дозволяв об'єктивізувати симптоматику та забезпечити достовірність її психосоматичної природи.

Обов'язковою умовою участі була відсутність органічної соматичної патології, що перевірялося на підставі результатів попередніх медичних обстежень або консультацій фахівців (терапевта, гастроентеролога, кардіолога тощо). Такий підхід забезпечував розмежування між соматичними й психосоматичними розладами, відповідно до підходів, описаних у DSM-5 та МКХ-11. Окрім того, додатковими критеріями включення були: відсутність психіатричних діагнозів, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), клінічна депресія, генералізований тривожний розлад або шизофренічний

спектр розладів. Ці стани могли істотно спотворити результати оцінювання емоційного інтелекту, що обґрунтовує їх виключення.

Скарги учасників найчастіше мали полісистемний характер і включали наступні групи симптомів (на основі відповідей в авторській анкеті та результатів стандартизованих опитувальників GSS, SSS-8 та PHQ-15):

- больовий синдром (частий головний біль напруги, біль у м'язах, суглобах, попереку, грудній клітці);
- кардіологічні прояви (необґрунтована тахікардія, аритмії, тискові коливання, суб'єктивне відчуття серцебиття);
- гастроентерологічні розлади (здуття живота, нестійкість випорожнень, гастралгії без підтвердженої патології);
- вегетативні порушення (пітливість, озноб, тремор, нестабільність терморегуляції, запаморочення);
- психоемоційні прояви (підвищена втомлюваність, емоційне виснаження, безсоння, апатія, тривожні стани, зниження настрою).
- кардіологічні прояви (необґрунтована тахікардія, аритмії, тискові коливання, суб'єктивне відчуття серцебиття);
- гастроентерологічні розлади (здуття живота, нестійкість випорожнень, гастралгії без підтвердженої патології);
- вегетативні порушення (пітливість, озноб, тремор, нестабільність терморегуляції, запаморочення);
- психоемоційні прояви (підвищена втомлюваність, емоційне виснаження, безсоння, апатія, тривожні стани, зниження настрою).

Для більш глибокої верифікації симптомів була застосована авторська анкета, яка включала блок соціодемографічних характеристик (вік, стать, освіта, рід занять, життєві обставини), а також структурований блок із класифікацією та описом типових психосоматичних скарг.

Дослідження ґрунтувалося на низці фундаментальних психологічних теорій:

- системний підхід до особистості, який розглядає особистість як динамічну цілісність психічних процесів, що постійно взаємодіє з оточенням і трансформується у відповідь на середовище;
- теорія суб'єктної активності й саморегуляції, згідно з якою людина є активним суб'єктом переживань, здатним до рефлексії, адаптації та внутрішнього керування психоемоційними станами;
- концепції емоційного інтелекту, які розглядають емоційний інтелект як ключову здатність до розпізнавання, інтерпретації, управління емоціями власними та чужими;
- психосоматичний підхід до симптомоутворення, що бере до уваги вплив невирішених внутрішньоособистісних конфліктів на соматичне здоров'я.

До *методів дослідження* відносимо: *теоретичні*: аналіз і систематизація наукової літератури з тем емоційного інтелекту, психосоматичних розладів, психологічної регуляції; *емпіричні*: стандартизовані опитувальники, клінічне напівструктуроване інтерв'ю, анкетування, спостереження; *математико-статистичні*: описові показники (середні, частоти, стандартні відхилення), t-критерій Ст'юдента, U-критерій Манна-Уїтні для порівняння груп, коефіцієнт кореляції Пірсона для виявлення залежностей, а також факторний і кластерний аналізи для структурування емпіричних даних.

Психодіагностичний інструментарій:

1. MSCEIT V2.0 – для оцінювання здібнісного емоційного інтелекту (розпізнавання, розуміння, регуляція емоцій). Результати подані у вигляді діаграм (див. розділ 3).
2. Опитувальник “ЕмІн” – комплексне вимірювання експресивності, регулятивних компонентів та емпатії.
3. Шкала рефлексивності – індикатор інтроспекції, рефлексивного контролю, самопізнання.
4. Гіссенський соматичний опитувальник (GSS) – стандартизований інструмент кількісної оцінки соматичних симптомів психогенного походження.

5. PHQ-15 (Patient Health Questionnaire) – для скринінгу рівня соматизації; результати використано в статистичному аналізі (див. розділ 3).

6. SSS-8 (Somatic Symptom Scale – 8) – короткий опитувальник соматичних симптомів, що доповнював оцінку за PHQ-15 та GSS; дані використано для побудови психологічних профілів у підрозділі 2.4.

Результати за шкалами PHQ-15, GSS та SSS-8 використано для побудови психологічних профілів, порівняльного аналізу груп респондентів та візуалізовано у вигляді діаграм у підрозділі 2.2 (рис. 2.5, 2.6) та табличних даних (табл. 2.13, додатки В, Г).

7. Авторська анкета соматичних скарг – опитувальник, розроблений для цілей даного дослідження, який включає перелік типових психосоматичних симптомів із можливістю самозвіту. Мета анкети – класифікація респондентів за типом домінуючої симптоматики для подальшого аналізу показників емоційного інтелекту (Додаток А).

Етапи дослідження:

- Підготовчий етап: розробка анкети, погодження протоколу з лікарями-психотерапевтами, формування вибірки, інформування та отримання письмової згоди, попереднє обстеження.

- Діагностичний етап: проведення повного психологічного тестування, клінічне інтерв'ювання, верифікація соматичних скарг і диференційна діагностика.

- Аналітичний етап: статистична обробка, виявлення зв'язків між рівнями емоційного інтелекту й симптомами, побудова інтерпретаційних моделей.

Побудова структури дослідження на міждисциплінарному перехресті психології, медицини та психотерапії дозволила не лише окреслити профілі учасників, а й глибше проаналізувати особистісні особливості, що лежать в основі схильності до психосоматичних проявів. Результати стали надійним підґрунтям для формулювання психологічної інтервенції, спрямованої на розвиток емоційного інтелекту як чинника профілактики соматизації.

2.2. Результати емпіричного дослідження психологічних особливостей емоційного інтелекту в осіб з вираженими психосоматичними скаргами

У межах емпіричного етапу дослідження було здійснено порівняльний аналіз рівнів розвитку емоційного інтелекту в осіб, які зверталися зі скаргами на різні типи психосоматичних симптомів. Класифікація учасників здійснювалася на основі результатів опитування за шкалами PHQ-15, GSS, а також авторської анкети з деталізованим переліком типових скарг (див. Додаток А). Кожен учасник у процесі заповнення анкет зазначав, які саме з симптомів турбують його найчастіше, після чого домінуючий симптом фіксувався як провідний критерій класифікації.

Таким чином, до аналізу були включені чотири підгрупи учасників з основної вибірки (n=40):

- особи з болями в ділянці серця (n=10);
- особи з розладами шлунково-кишкового тракту (ШКТ)(n=10);
- особи із загальним виснаженням (n=10);
- особи з болями в різних частинах тіла (n=10).

Жодного з учасників не було виключено з аналізу, оскільки всі анкетні та діагностичні критерії були дотримані.

З огляду на мету дослідження – виявити психологічні особливості емоційного інтелекту в осіб з різними соматичними скаргами – було застосовано комплексний психодіагностичний підхід. Основу інструментарію становив тест емоційного інтелекту MSCEIT V2.0 (Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test), розроблений Дж. Майєром, П. Саловейом і Д. Карузо, який дозволяє оцінити три ключові складові емоційного інтелекту: здатність до розпізнавання, регуляції та використання емоцій.

Доповненням до цього виступив Опитувальник емоційного інтелекту «ЕмІн» (Д. В. Люсін, адаптація О. С. Верітової), який дозволяє вимірювати емоційну інтуїцію – афективний компонент, що часто пов'язаний із чутливістю до внутрішніх переживань. Ця методика була важливою для аналізу глибинної афективної залученості та емоційної вразливості респондентів.

Після завершення тестування результати учасників було класифіковано відповідно до типу домінуючої психосоматичної симптоматики, після чого обчислено середні значення за кожним параметром емоційного інтелекту. Усі отримані показники зведено у таблицю 2.1, що дозволяє здійснити подальшу інтерпретацію психологічних закономірностей у кожній із досліджуваних груп.

За результатами застосування методики MSCEIT та шкали «ЕмІн» було виявлено такі узагальнені показники розвитку емоційного інтелекту в кожній з груп дослідження (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Середні показники емоційного інтелекту (за трьома шкалами та опитувальником «ЕмІн») у групах із різними видами психосоматичних скарг

Тип скарг	n	Розпізнавання емоцій	Регуляція емоцій	Використання емоцій	Оцінка за опитувальником емоційного інтелекту «ЕмІн»	Загальний середній бал емоційного інтелекту
Болі в ділянці серця	10	74.0	72.1	72.6	28.5	74.2
Шлунково-кишкові розлади	10	70.8	70.7	72.3	30.1	73.1
Загальне виснаження	10	75.8	72.1	73.1	30.8	75.0
Болі в різних ділянках тіла	10	69.6	69.6	71.5	29.3	72.6

Для кращої наочності розподілу рівнів розвитку емоційного інтелекту в учасників із різними типами психосоматичних скарг було побудовано стовпчикову діаграму (рис. 2.2), що візуалізує середні значення за ключовими

параметрами, які вимірювалися за допомогою тесту MSCEIT V2.0: розпізнавання емоцій, регуляція емоцій, використання емоцій та загальний інтегральний бал емоційного інтелекту.

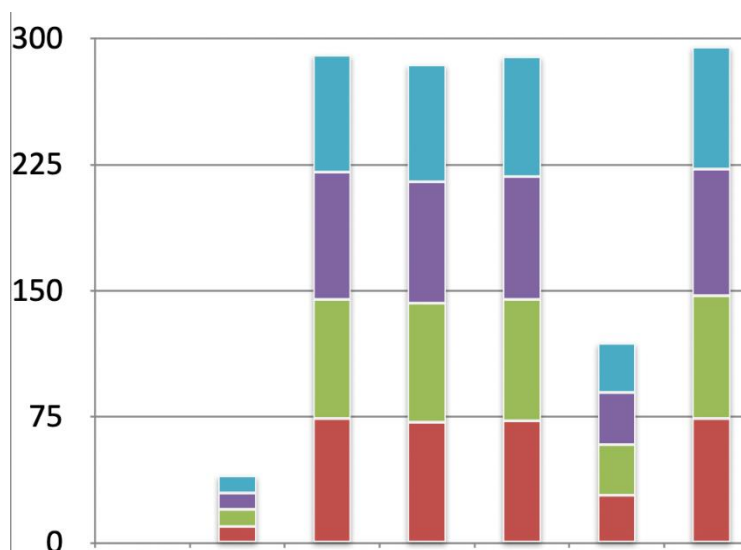


Рис. 2.2 Середні значення складових емоційного інтелекту в групах з різними психосоматичними скаргами

Використання графічного представлення результатів дозволяє чітко побачити відмінності між групами респондентів залежно від типу домінуючих психосоматичних скарг. Також на діаграмі можна візуально оцінити, які саме компоненти емоційного інтелекту виявляються сильнішими або слабшими в межах кожної з досліджуваних груп. Це створює підґрунтя для подальшого якісного аналізу психологічних особливостей і потенційної потреби у розвитку певних емоційних компетенцій у різних категорій осіб.

Для візуалізації рівня розвитку складових емоційного інтелекту в осіб з різними типами психосоматичних скарг було побудовано стовпчикову діаграму, яка відображає середні значення за параметрами «розпізнавання емоцій», «регуляція емоцій», «використання емоцій» та загальний бал емоційного інтелекту (рис.2.3).

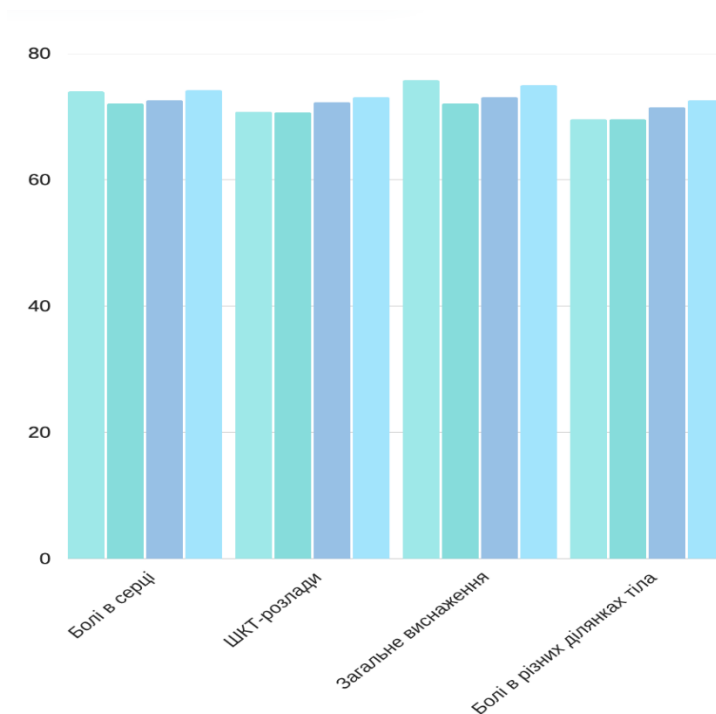


Рис. 2.3 Середні значення складових емоційного інтелекту в групах з різними психосоматичними скаргами

Порівняльний аналіз отриманих результатів відкриває низку змістовних спостережень, які заслуговують на особливу увагу. Насамперед варто зазначити, що найвищі показники емоційного інтелекту в цілому були зафіксовані в учасників, які повідомляли про стани загального виснаження. Саме ця група продемонструвала найвищі середні значення практично за всіма складовими емоційного інтелекту. Подібна тенденція дозволяє зробити припущення, що ці особи характеризуються достатнім рівнем емоційної усвідомленості та чутливості, однак, водночас, відчувають труднощі в емоційному «розрядженні», що з часом веде до емоційного та фізичного виснаження як форми соматичного реагування.

Щодо групи учасників із болями в ділянці серця, то тут простежується досить високий рівень здатності до розпізнавання емоцій, що може свідчити про схильність до підвищеної емоційної чутливості, або ж, іншими словами, емоційної гіперактивності. Проте, така чутливість не завжди супроводжується розвитком навичок емоційної витривалості чи внутрішньої стабільності, що

може створювати ризик для емоційного перевантаження з відповідною психосоматичною проекцією у вигляді серцевих скарг.

Група з болями в різних ділянках тіла виявилася найменш стабільною з точки зору інтегрального емоційного профілю. Учасники цієї групи продемонстрували найнижчі загальні бали емоційного інтелекту, що потенційно вказує на обмежену інтеграцію емоційних переживань у свідомому просторі особистості. Це, своєю чергою, може спричиняти неструктуровану, розсіяну соматичну симптоматику – тоді, коли тіло «говорить» замість емоцій.

Що стосується осіб із шлунково-кишковими розладами, то вони посіли проміжне місце в загальній структурі результатів. Їхні показники за шкалою розпізнавання емоцій були дещо нижчими порівняно з іншими групами, однак привертає увагу достатньо високий рівень емоційної інтуїції, що був зафіксований за результатами Опитувальника емоційного інтелекту «ЕmIn» (автор: Д. В. Люсін, адаптація: О. С. Верітова).

Така особливість дозволяє зробити обережне припущення: емоційна сфера в цих осіб є активною, з помітною емпатійністю й афективною чутливістю, проте її когнітивне опрацювання може бути поверховим або недостатньо інтегрованим. Саме ця розбіжність між інтенсивним емоційним наповненням і неадекватною когнітивною обробкою афектів може формувати ґрунт для соматичного «переносу» напруження у вигляді психосоматичних симптомів шлунково-кишкового типу (табл.2.3).

Таблиця 2.2

**Порівняння середніх показників складових емоційного інтелекту в групах
з різними типами скарг**

Група	Розпізнавання емоцій	Регуляція емоцій	Використання емоцій	Найсильніша складова	Найслабша складова
Болі в серці	74.0	72.1	72.6	Розпізнавання емоцій	Регуляція емоційн
Шлунково-кишкові розлади	70.8	70.7	72.3	Використання емоцій	Регуляція емоцій
Загальне виснаження	75.8	72.1	73.1	Розпізнавання емоцій	Регуляція емоцій
Різні ділянки тіла	69.6	69.6	71.5	Використання емоцій	Розпізнаван ня / Регуляція

Аналіз наведених даних демонструє стійку тенденцію: розпізнавання емоцій виявляється найсильнішою складовою у більшості груп, що може свідчити про високий рівень емоційної обізнаності. Водночас регуляція емоцій найчастіше виявляється слабкою ланкою — її значення були мінімальними у трьох із чотирьох підгруп. Такий дисбаланс може вказувати на наявну здатність до ідентифікації емоційних станів, однак недостатню ефективність їх опрацювання і перетворення, що й зумовлює зростання психосоматичного навантаження. Особливо це характерно для групи з болями в різних ділянках тіла, де було зафіксовано найнижчі результати як за розпізнаванням, так і за регуляцією емоцій, що свідчить про фрагментарність афективного функціонування та схильність до соматизації емоційного дистресу.

З метою візуалізації виявлених відмінностей у структурі емоційного інтелекту було побудовано графічне зображення середніх значень його складових у групах з різними типами психосоматичних скарг (рис. 2.4).

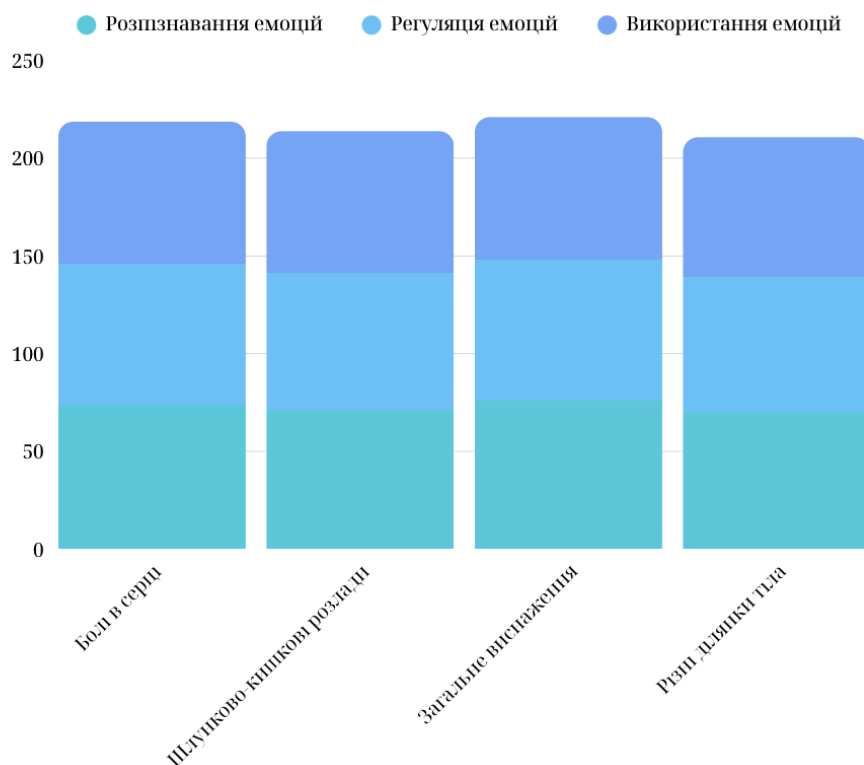


Рис. 2.4 Середні значення складових емоційного інтелекту в учасників з різними видами психосоматичних скарг

Аналізуючи внутрішню будову емоційного інтелекту в різних групах учасників, можна помітити чітку тенденцію. У більшості осіб найвищі результати спостерігаються або в умінні розпізнавати емоції, або в здатності використовувати їх для розв'язання життєвих ситуацій. Це може свідчити про доволі добру обізнаність зі своїми почуттями, а також про те, що люди вміють залучати емоційний досвід у процес мислення й прийняття рішень.

Однак, попри цю силу, практично в усіх групах найслабшою ланкою залишається регуляція емоцій. Люди, навіть добре усвідомлюючи свої переживання, не завжди можуть дати їм раду, вчасно їх опрацювати або відновити емоційну рівновагу. Саме ця неврівноваженість часто стає підґрунтям для соматичних реакцій – коли тіло починає відповідати на

накопичену напругу замість того, щоб емоція була "прожита" й інтегрована у внутрішній досвід.

Особливо яскраво ця картина простежується у групі з загальним виснаженням: учасники демонструють високий рівень розпізнавання емоцій, що може бути наслідком глибокої рефлексивності. Але якщо таку емоційну чутливість не супроводжують відповідні навички регуляції, енергетичний ресурс особистості виснажується швидше, ніж відновлюється.

У групі осіб з шлунково-кишковими скаргами бачимо дещо іншу конфігурацію: там виразніше проявляється вміння використовувати емоції у процесі діяльності. Водночас спостерігається нестача емоційного балансу, і це може вказувати на потребу у розвитку стійкості та внутрішньої стабільності, що є запорукою не лише психічного, а й фізичного благополуччя.

Для більш глибокого аналізу було здійснено порівняння показників емоційної інтуїції між групами (за опитувальником емоційного інтелекту «ЕмІн» (автор — Д. В. Люсін; адаптація О. С. Верітова)) (табл. 2.3.).

Таблиця 2.3

Показники емоційної інтуїції у групах з різними типами психосоматичних скарг (за опитувальником емоційного інтелекту «ЕмІн» / Д. В. Люсін, адаптація О. С. Верітової)

Група	Середній бал за шкалою «ЕмІн»	Мінімальне значення	Максимальне значення	Стандартне відхилення (SD)
Болі в серці	28.5	20	33	4.5
Шлунково-кишкові розлади	30.1	27	33	2.1
Загальне виснаження	30.8	28	35	2.3
Болі в різних ділянках тіла	29.3	25	33	2.4

З метою поглибленого аналізу емоційної інтуїції було візуалізовано результати за опитувальником емоційного інтелекту «ЕмІн» (автор — Д. В. Люсін, адаптація — О. С. Верітова) у групах з різними типами психосоматичних скарг. Стовпчиковий графік (рис. 2.5) відображає середнє значення, мінімальне та максимальне значення емоційної інтуїції, а також стандартне відхилення (SD) в межах кожної з груп: «Болі в ділянці серця», «Шлунково-кишкові розлади», «Загальне виснаження», «Болі в різних ділянках тіла».

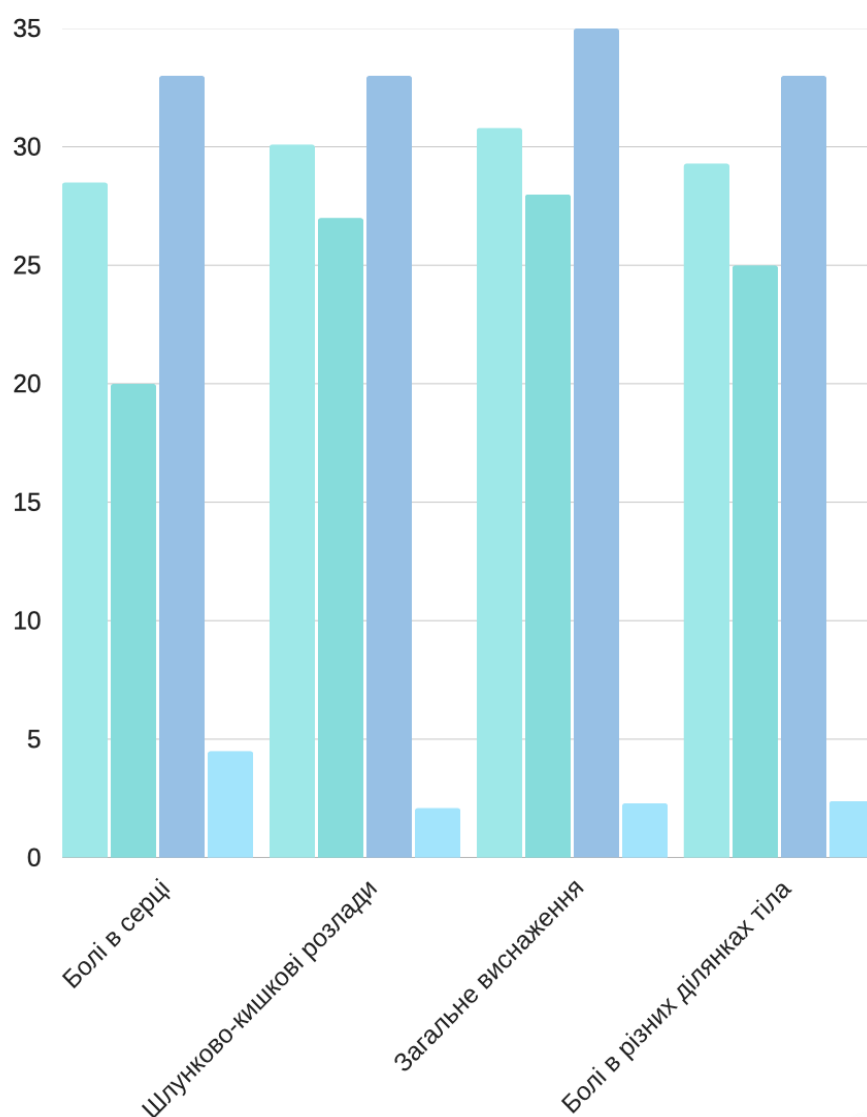


Рис. 2.5 Середні, мінімальні, максимальні значення та стандартне відхилення показників емоційної інтуїції (за шкалою «ЕмІн») у досліджуваних групах

Застосування шкали «ЕмІн» (опитувальник емоційного інтелекту за Д. В. Люсіним, адаптація О. С. Верітової) дозволило не лише отримати узагальнені оцінки рівня емоційної інтуїції в учасників дослідження, а й проаналізувати, як ця здатність варіюється в межах кожної з досліджуваних груп. Інакше кажучи, ми змогли побачити не лише середні значення, а й виявити внутрішньогрупові відмінності, що дають значно глибше уявлення про особливості емоційного функціонування респондентів, ніж формальні статистичні показники.

Так, найвищий середній бал за шкалою емоційної інтуїції був зафіксований у групі учасників із загальним виснаженням ($M = 30.8$). Це цілком узгоджується з високими значеннями і за іншими параметрами емоційного інтелекту в цій групі. Можна припустити, що ці люди мають виразну емоційну чутливість, легко зчитують і глибоко переживають як власні емоції, так і настрій інших. Проте за відсутності достатніх навичок регуляції така відкритість може перетворитися на виснажливе навантаження – емоції накопичуються, не знаходячи безпечного виходу, і згодом проявляються у формі соматичних симптомів.

Своєю чергою, група з болями в ділянці серця виявила не лише найнижчий середній рівень емоційної інтуїції ($M = 28.5$), але й найбільше стандартне відхилення ($SD = 4.5$). Така варіативність говорить про глибоку розбіжність у тому, як саме переживаються емоції в цій групі. У когось це може бути емоційна стриманість, навіть закритість, а в когось – надмірна вразливість і схильність до переповнення емоціями. Обидва ці полюси можуть провокувати соматичні реакції, особливо коли відсутня навичка балансування між прийняттям емоції й її конструктивним проживанням.

Цікавою особливістю виявилась найбільша однорідність результатів у групі з шлунково-кишковими розладами (згідно з термінами, що застосовуються у Гіссенському опитувальнику соматичних скарг; надалі в тексті використовується уніфікована термінологія). Значення стандартного відхилення в цій групі становило $SD = 2.1$, що може свідчити про наявність стійкого та подібного емоційного профілю серед учасників. Високий рівень

емоційної інтуїції при цьому не супроводжувався вираженою фрагментованістю, що дає підстави припускати спільну емоційно-поведінкову модель реагування. Така внутрішньогрупова злагодженість може мати як адаптивні характеристики, так і проявлятися через тілесну сферу у формі психосоматичних симптомів.

Отже, отримані результати свідчать про диференційовану структуру емоційного інтелекту в осіб з різними типами психосоматичних скарг. Найвищі показники, зокрема за шкалами розпізнавання емоцій та емоційної інтуїції, демонструють особи із загальним виснаженням, що може свідчити про їхню глибоку емоційну чутливість при недостатній регуляторній опрацьованості. Група з болями в ділянці серця виявляє більшу варіативність та схильність до емоційної гіперактивності при водночас слабкій емоційній витривалості. Учасники з шлунково-кишковими розладами демонструють певну збалансованість між емоційною чутливістю та когнітивною її обробкою, що свідчить про адаптивні особливості функціонування їхньої емоційної сфери.

2.3. Психологічні профілі осіб із різними типами психосоматичної симптоматики: результати кореляційного аналізу емоційного інтелекту та психосоматичних скарг

Після детального порівняльного аналізу рівнів емоційного інтелекту в осіб із різними видами психосоматичних скарг ми перейшли до другого етапу – статистичної перевірки взаємозв'язків між психологічними та соматичними змінними. Зокрема, нас цікавило, наскільки рівень загального емоційного інтелекту пов'язаний із вираженістю тілесних симптомів у кожній із груп учасників. Для цього було обрано коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (ρ), який вважається оптимальним у разі невеликої вибірки та можливих відхилень від нормального розподілу.

Аналіз охопив пари змінних: загальний бал емоційного інтелекту (інтегральний показник, що враховує розпізнавання, регулювання й

використання емоцій) та бали за шкалою CSS-8 (яка вимірює суб'єктивну інтенсивність психосоматичних симптомів, таких як біль, втому, шлунковий дискомфорт тощо). Ці показники були зіставлені окремо в межах кожної підгрупи – відповідно до типу домінуючих скарг. Результати аналізу наведено в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Кореляції між загальним рівнем емоційного інтелекту та рівнем психосоматичних скарг (за CSS-8)

Група	r (EI - CSS-8)	Рівень значущості (p)	Інтерпретація
Болі в серці	-0.52	$p < 0.05$	Помірна обернена кореляція
Шлунково-кишкові скарги	-0.38	$p < 0.05$	Слабка обернена кореляція
Загальне виснаження	-0.61	$p < 0.01$	Достатньо сильна обернена кореляція
Біль у різних ділянках тіла	-0.29	$p > 0.05$	Незначуща (тенденція)

Як свідчать результати, найбільш виразні зворотні зв'язки між загальним рівнем емоційного інтелекту та інтенсивністю психосоматичних скарг зафіксовано в групі з загальним виснаженням ($r = -0.61$, $p < 0.01$), що інтерпретується як достатньо сильна обернена кореляція. Детальні психологічні характеристики респондентів із вираженим виснаженням подано у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

**Психоемоційні характеристики осіб із вираженою психосоматичною
скаргою на виснаження**

Компонент	Характеристика
Емоційна обізнаність	Висока — респонденти добре розпізнають власні та чужі емоції
Емоційна інтуїція	Збережена — здатні розуміти емоційні стани без вербалізації
Регуляція емоцій	Помірний рівень — є труднощі з тривалим утриманням емоційної стабільності
Інтроспекція та самокритика	Виражена — схильність до глибокого самоспостереження та самооцінки
Потреба в підтримці	Висока — респонденти демонструють емоційну вразливість та прагнення до прийняття

Відповідно до отриманих результатів, доцільними є психотерапевтична підтримка, розвиток емоційної стійкості та освоєння технік саморегуляції для зниження впливу емоційного виснаження на тілесний стан. Це свідчить про те, що зі зростанням рівня емоційного інтелекту зменшується вираженість соматичних скарг. Помірну обернену кореляцію виявлено в учасників із болями в ділянці серця ($r = -0.52$, $p < 0.05$). Слабку обернену кореляцію — в учасників із шлунково-кишковими скаргами ($r = -0.38$, $p < 0.05$).

До основних симптомів у цієї групи належали функціональні розлади шлунково-кишкового тракту, зокрема: біль у животі, здуття, нестабільна дефекація. Психоемоційні характеристики респондентів наведено у таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

Психоемоційні характеристики осіб із вираженими шлунково-кишковими скаргами

Компонент	Характеристика
Емоційна обізнаність	Знижена — труднощі з ідентифікацією емоційних станів
Регуляція емоцій	Недостатня — високий рівень емоційного напруження та тривожності
Інтуїція та розуміння емоцій інших	Обмежена — знижена здатність до емпатії та інтерпретації невербальних сигналів
Особистісні риси	Емоційна вразливість, схильність до соматизації тривоги

З огляду на результати, доцільною є психотерапевтична робота, спрямована на розвиток емоційної обізнаності, подолання тривожності та формування адаптивних стратегій емоційної регуляції.

Учасники з болями в різних ділянках тіла продемонстрували статистично незначущу, хоча й тенденційно обернену залежність ($r = -0.29$, $p > 0.05$). Для кращого розуміння психоемоційних особливостей цих осіб узагальнено основні характеристики в таблиці 2.7.

Таблиця 2.7

Психоемоційні характеристики осіб із вираженим психосоматичним болем у різних ділянках тіла

Компонент	Характеристика
Емоційна обізнаність	Низька
Регуляція емоцій	Суттєво знижена – спостерігаються імпульсивні реакції, афективні вибухи
Емпатія	Помірна
Мотивація	Знижена
Соціальні навички	Низькі
Характерні психологічні патерни	Фіксація на тілесних симптомах, пасивність, недовіра до психоемоційних пояснень

Для кращої ілюстрації цих результатів було побудовано графік, що демонструє порівняльну силу та значущість кореляційних зв'язків між рівнем емоційного інтелекту та соматичними скаргами в межах кожної групи респондентів (рис. 2.6).

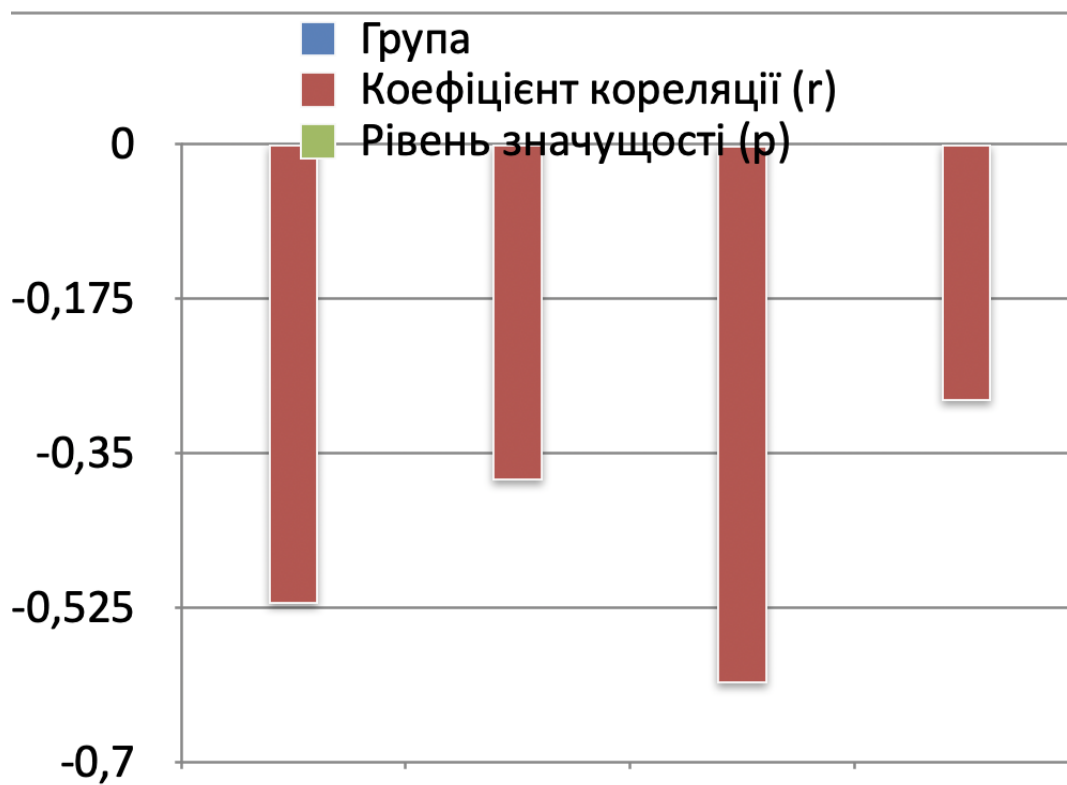


Рис. 2.6 Кореляційні зв'язки між рівнем емоційного інтелекту та інтенсивністю психосоматичних скарг за шкалою SSS-8 у досліджуваних групах

Для узагальнення та зручного візуального представлення виявлених зв'язків між емоційним інтелектом та психосоматичними симптомами подамо їх у схематичному вигляді (рис. 2.7).

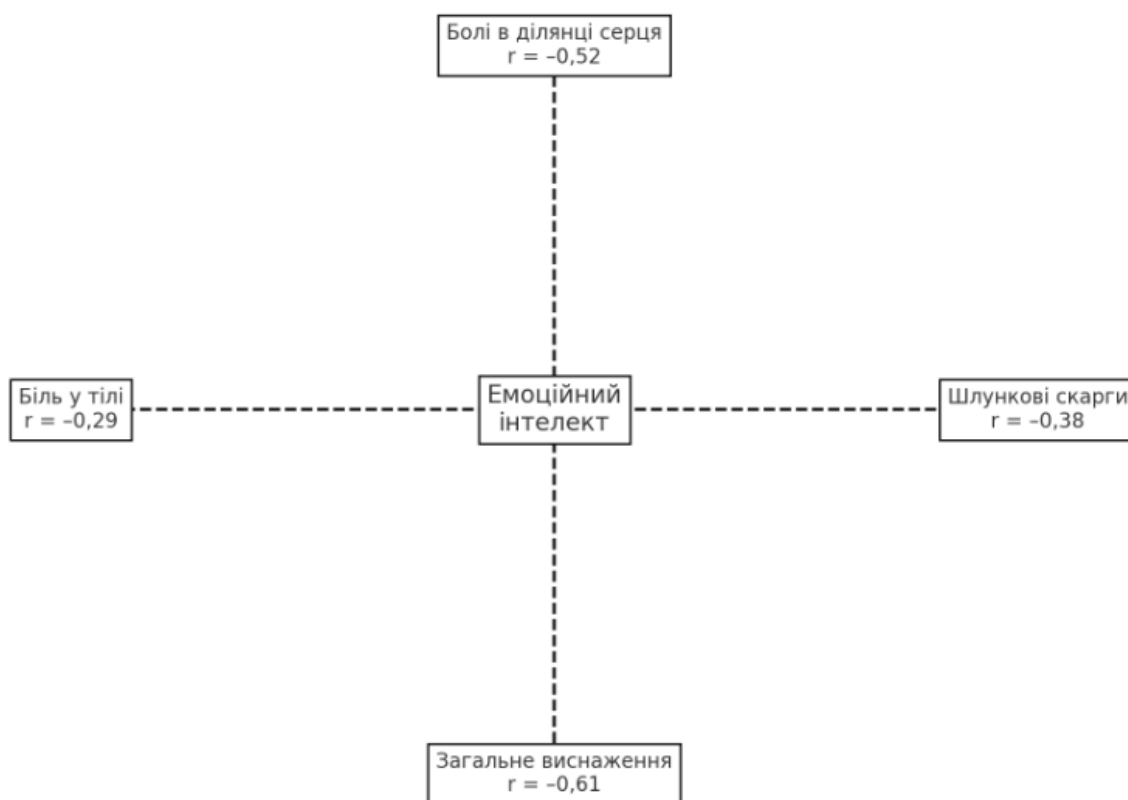


Рис. 2.7. Схематичне представлення зв'язків між емоційним інтелектом та психосоматичними симптомами

У процесі кореляційного аналізу основним завданням було не лише виявити зв'язки між емоційним інтелектом та соматичними проявами, а й надати психологічну інтерпретацію отриманих результатів. Для статистичної обробки застосовувався коефіцієнт кореляції Спірмена, що дозволяє коректно аналізувати дані за умов невеликого обсягу вибірки та можливих відхилень від нормального розподілу.

На рисунку 2.6 подано узагальнене схематичне відображення виявлених взаємозв'язків. Зазначимо, що це не повна карта кореляцій, а лише фрагмент з основними показниками, для яких виявлено статистично значущі або клінічно важливі зв'язки.

Виявлено такі основні кореляційні взаємозв'язки:

- загальне виснаження демонструє сильний зворотний зв'язок з емоційним інтелектом ($r = -0.61$, $p < 0.01$);

- болі в ділянці серця — помірний обернений зв'язок ($r = -0.52$, $p < 0.05$);
- шлункові скарги — менш виражений, але значущий обернений зв'язок ($r = -0.38$, $p < 0.05$);
- біль у тілі — слабкий зворотний зв'язок без досягнення статистичної значущості ($r = -0.29$, $p > 0.05$).

Це може свідчити про те, що в таких випадках тілесні симптоми зумовлені комплексом чинників — не лише рівнем емоційної регуляції, а й індивідуальною тілесною чутливістю, особливостями особистісних установок, а також накопиченим медичним та життєвим досвідом. Водночас, навіть у цій групі простежується тенденція до оберненого зв'язку, що потребує подальшого емпіричного вивчення (див. табл. 2.5).

Таблиця 2.8

Кореляції між показниками регуляції емоцій та рівнем соматичних проявів за шкалами Гіссенського соматичного опитувальника (GSS)

Група	r (Регуляція емоцій – GSS)	Рівень значущості (p)	Інтерпретація
Болі в серці	-0.47	$p < 0.05$	Помірна обернена кореляція
Шлункові скарги	-0.34	$p > 0.05$	Слабка, статистично незначуща
Загальне виснаження	-0.66	$p < 0.01$	Сильна обернена кореляція
Різні ділянки тіла	-0.25	$p > 0.05$	Слабка, незначуща

Наступним кроком у рамках кореляційного аналізу стало вивчення взаємозв'язку між компонентом регуляції емоцій як однією з ключових функцій емоційного інтелекту та рівнем вираженості психосоматичних скарг, що оцінювалися за допомогою шкали 4DSQ. Саме ця шкала дає змогу фіксувати широкий спектр суб'єктивних тілесних переживань, які, за своєю природою, можуть мати як фізіологічне, так і психоемоційне походження.

З психологічної точки зору, емоційна регуляція – це не просто здатність стримувати емоції чи контролювати імпульси [35]. Йдеться про внутрішній процес, який забезпечує емоційну стабільність, здатність відновлювати рівновагу після переживань, трансформувати напруження у прийнятні форми вираження. Тому закономірно, що саме цей компонент емоційного інтелекту безпосередньо пов'язаний із соматичним благополуччям людини.

Результати проведеного аналізу свідчать про те, що найсильніший обернений зв'язок між регуляцією емоцій та вираженістю психосоматичних симптомів виявлено в учасників, які зазначили стани загального виснаження. Це ще раз підкреслює, що саме дефіцит емоційної саморегуляції стає пусковим механізмом соматизації: коли людина не здатна належним чином «перетравлювати» свої емоції, ті накопичуються й виливаються у тілесну симптоматику.

Помірна обернена кореляція виявлена також у групах із болями в серці та серцевими й шлунковими скаргами, що узгоджується з клінічними моделями функціональних соматичних розладів. У цих випадках емоції можуть залишатися непрожитими, “замороженими” в тілі, викликаючи напругу в конкретних системах організму.

Водночас у групі з болями в різних ділянках тіла зв'язок виявився найменш вираженим і статистично незначущим. Це, ймовірно, свідчить про більшу складність і багатофакторність соматичних реакцій у таких осіб, де емоційна регуляція є лише однією з багатьох змінних (табл. 2.9).

Таблиця 2.9

**Кореляція між показниками емоційної інтуїції за шкалою «ЕмІн»
(Д. В. Люсін, адаптація О. С. Верітової) та рівнем соматичних симптомів за
Гіссенським опитувальником соматичних скарг**

Група	r (Опитувальник «ЕмІн» – Гіссенський соматичний опитувальник)	Рівень значущості (p)	Інтерпретація
Болі в ділянці серця	–0.41	$p > 0.05$	Слабка негативна
Серцеві скарги	–0.52	$p < 0.05$	Помірна обернена кореляція
Шлункові скарги	–0.60	$p < 0.01$	Досить сильний зворотний зв'язок
Біль у різних ділянках тіла	–0.37	$p > 0.05$	Тенденція до зворотного зв'язку

Завершуючи кореляційний блок аналізу, особливу увагу ми звернули на взаємозв'язок між емоційною інтуїцією, як афективним компонентом емоційного інтелекту, та вираженістю психосоматичних скарг, що вимірювалася за допомогою Гіссенського опитувальника психосоматичних скарг. Для цього було використано результати шкали емоційного інтелекту «ЕмІн» (опитувальник емоційного інтелекту Д. В. Люсіна, адаптація О. С. Верітової), яка, нагадаємо, дає змогу оцінити не лише здатність до інтерпретації емоційних сигналів, а й чутливість до внутрішніх емоційних станів як своїх, так і чужих.

Емоційна інтуїція – це, по суті, здатність емоційно «зчитувати» себе та інших без тривалого когнітивного аналізу. Люди з високим рівнем цієї здатності часто раніше помічають емоційний дискомфорт і, за сприятливих умов, можуть адаптивно на нього реагувати. Водночас, якщо механізми

регуляції емоцій не достатньо сформовані, така підвищена чутливість може, навпаки, сприяти перевантаженню емоційного поля.

Як показали результати аналізу, найбільш виражена обернена кореляція між рівнем емоційної інтуїції та соматичними симптомами спостерігається саме у групі з загальним виснаженням ($r = -0.60$). Це логічно узгоджується з попередніми даними: надмірна емоційна залученість без можливості «прожити» й «випустити» емоції спричиняє не лише психологічне, а й тілесне виснаження.

Помірні обернені кореляції були виявлені у групах з болями в серці та шлунковими скаргами, що свідчить про потенційну роль емоційної інтуїції як буфера психосоматичного реагування. Проте, ці зв'язки менш інтенсивні, що, ймовірно, пов'язано з індивідуальними відмінностями в емоційній обробці інформації та різною глибиною афективного реагування.

Найменш виражена кореляція спостерігалася у групі з болями в різних ділянках тіла. Це може бути свідченням того, що в цій категорії емоційна інтуїція не відіграє провідної ролі у формуванні психосоматичних скарг, а тілесна симптоматика, ймовірно, формується під впливом інших чинників, наприклад, соматизованої тривожності або невирішених внутрішньоособистісних конфліктів (табл. 2.10).

Таблиця 2.10

**Психологічні прояви осіб з різними видами психосоматичних скарг:
емоційний інтелект, соматична чутливість та емоційна поведінка**

Група	Характеристика емоційного інтелекту	Типова соматична чутливість	Емоційна поведінка
Болі в ділянці серця	Високе розпізнавання, недостатня регуляція, середній рівень використання	Високий рівень тривожності, кардіосоматизація	Емоційна гіперчутливість, схильність до емоційного виснаження

Продовження таблиці 2.10

Шлункові скарги	Середній рівень розпізнавання, вище середнього використання, слабка регуляція	Модерована соматизація, стабільні показники за шкалою CSS-8	Висока емоційна інтуїція, напружене очікування
Загальне виснаження	Високі показники за всіма складовими EI, підвищена емоційна інтуїція	Найвищі рівні соматичного виснаження (за 4DSQ)	Глибока рефлексивність, емоційне вигорання, емпатійне перевантаження
Біль у різних ділянках тіла	Низькі показники EI, слабо виражена інтуїція	Рівномірна соматизація, середні показники за шкалою CSS-8	Дифузна емоційність, фрагментарність емоційного реагування

Отже, таблиця показує, що характер психосоматичних скарг пов'язаний з рівнем емоційного інтелекту та особливостями емоційної поведінки. Особи з загальним виснаженням мають високий EI, але схильні до емоційного вигорання. Натомість при болях у тілі спостерігаються найнижчі показники EI і фрагментарне емоційне реагування. У більшості груп порушена емоційна регуляція, а соматична чутливість варіює від кардіосоматизації до дифузної соматизації.

2.4. Психологічні профілі осіб із різними видами психосоматичних скарг.

Для глибшого розуміння взаємозв'язку між емоційним інтелектом та проявами психосоматичних скарг доцільним є побудова психологічних профілів.

У психологічній науці профіль розглядається як узагальнена система індивідуальних психологічних характеристик, що дозволяє комплексно представити специфіку функціонування особистості в певній сфері.

Такі профілі, зазвичай, включають основні параметри емоційного інтелекту (рівень розпізнавання, регуляції, використання емоцій, емоційну

інтуїцію), а також відповідні соматичні, поведінкові й емоційні особливості, що супроводжують соматичні скарги.

Побудова таких профілів дає змогу інтегрувати результати емпіричного дослідження, систематизувати отримані дані та виявити провідні закономірності формування психосоматичних скарг залежно від особливостей емоційної регуляції. (табл.2.11.).

Таблиця 2.11

Психологічний профіль емоційного інтелекту в осіб з вираженими психосоматичними скаргами на біль в серці

Шкала	Центральна фігура	Характеристика
Високий рівень розпізнавання емоцій	<i>Особа з вираженими психосоматичними скаргами на біль в серці</i>	Усвідомлення емоційних сигналів тіла на високому рівні
Середній рівень регуляції емоцій		Певні труднощі з перенаправленням емоційного збудження
Високий рівень тривожності		Помірно виражена соматизація та вегетативні прояви.
Середній рівень використання емоцій		Емоції частково інтегруються у мислення
Високий рівень розуміння емоцій		Уявлення про власні переживання деталізовані, але переважно внутрішньо спрямовані
Середній рівень емоційної інтуїції		Чутливість до емоційних станів інших зберігається, але не завжди усвідомлюється
Помірний рівень рефлексивності		Самоаналіз ситуацій відбувається, проте недостатньо глибоко

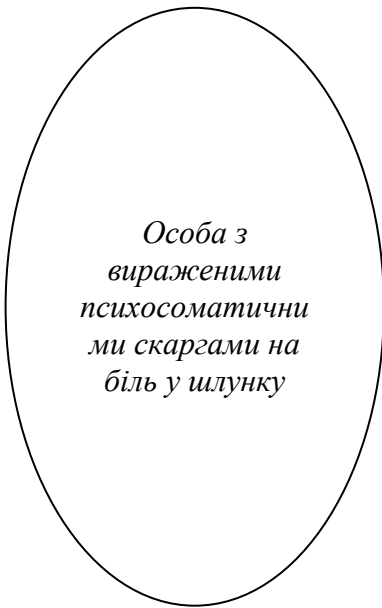
Для поглибленого аналізу психологічних особливостей емоційного інтелекту в осіб із різними видами психосоматичних скарг було здійснено побудову трьох окремих психологічних профілів. Такі профілі відображають структурно-компонентні характеристики емоційного інтелекту, а також дають змогу проаналізувати емоційно-поведінкові особливості осіб, що мають

хронічні психосоматичні симптоми. У межах емпіричного дослідження було виокремлено три групи респондентів залежно від провідних скарг: на біль у шлунку, порушення дихання та головний біль.

Перша група респондентів характеризувалась вираженими скаргами на біль у шлунку, що може бути відображенням емоційного перенапруження, внутрішнього конфлікту або високого рівня психоемоційного стресу. Було проаналізовано рівень розвитку основних складових емоційного інтелекту: усвідомлення власних емоцій, здатність до саморегуляції, емпатія, розуміння емоцій інших та ефективність міжособистісної взаємодії. У результаті побудови відповідного психологічного профілю (табл. 2.12) виявлено специфічні особливості афективної регуляції, які можуть бути пов'язані з соматизацією емоційного напруження.

Таблиця 2.12

Психологічний профіль емоційного інтелекту в осіб з вираженими психосоматичними скаргами на біль у шлунку

Шкала	Центральна фігура	Характеристика
Середній рівень розпізнавання емоцій		Часткове усвідомлення емоційних сигналів
Знижений рівень регуляції емоцій		Емоційне напруження не завжди контролюється, можливе утримання емоцій
Низький рівень використання емоцій у мисленні		Емоційні переживання не інтегруються в когнітивну діяльність
Знижена емоційна інтуїція		Поверхнєве сприйняття та слабе усвідомлення емоційних станів
Низький рівень рефлексивності мислення		Самоаналіз подій та внутрішніх станів обмежений

Графічне зображення рівнів рефлексивності в осіб із психосоматичними скаргами подано на рис. 2.8.

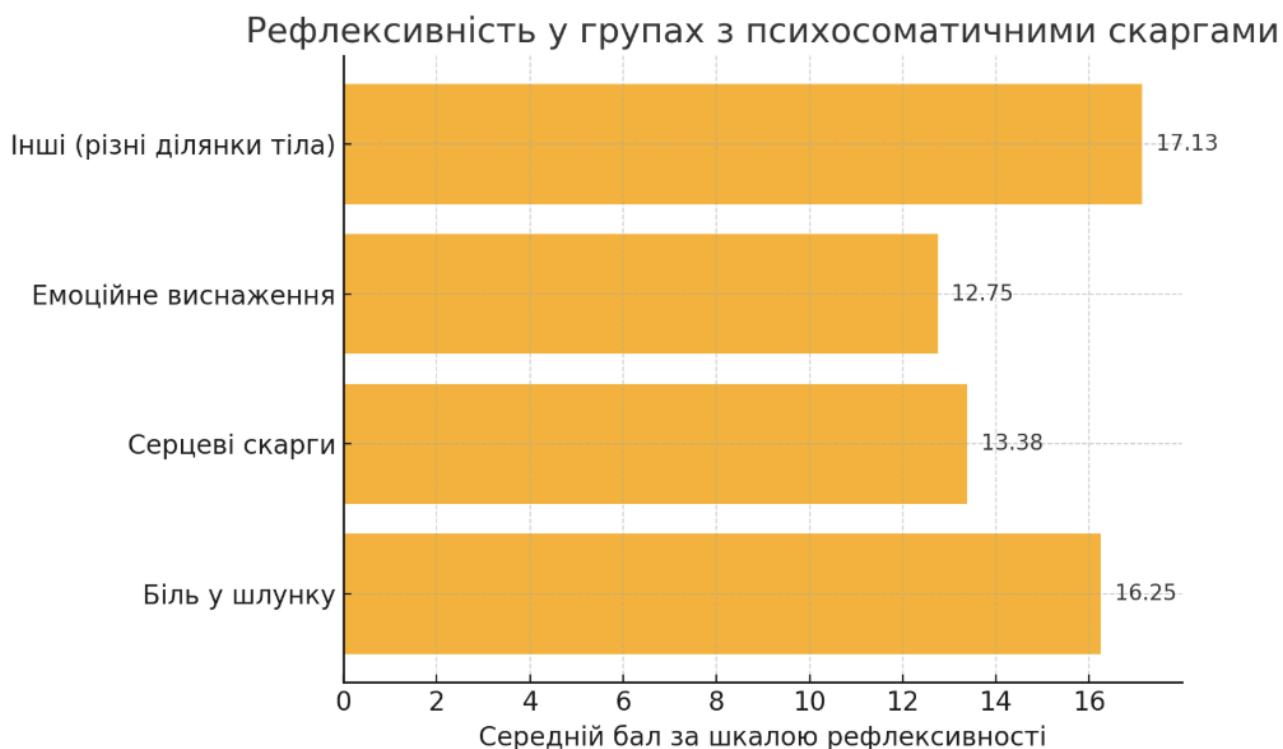


Рис. 2.8. Середні значення за шкалою рефлексивності (Карпов) у групах з різними психосоматичними скаргами

Наступна група включала осіб, у яких домінуючими були скарги на загальне виснаження та соматичний дискомфорт у різних ділянках тіла. За даними Гіссенського опитувальника та шкали соматичних симптомів (SSS-8), саме ці прояви виявилися найбільш інтенсивними в окремої підгрупи респондентів. У психологічному профілі цієї групи (табл. 2.13) проаналізовано особливості емоційної чутливості, регуляції та використання емоцій у мисленні, а також рівень рефлексивності. Отримані дані дають змогу краще зрозуміти, як дефіцит емоційної інтеграції пов'язаний із підвищеним соматичним навантаженням.

Ще одна група респондентів виявила підвищену частоту скарг, пов'язаних із загальним виснаженням, болем у тілі та відчуттям перевантаження. За результатами SSS-8 і PHQ було зафіксовано високі показники соматичного дискомфорту та енергетичної виснаженості. У психологічному профілі цієї групи (табл. 2.14) представлено рівень емоційної

чутливості, труднощі з емоційною регуляцією та особливості мислення, пов'язані з високою рефлексивністю. Це дозволяє інтерпретувати емоційні труднощі як можливий чинник психосоматичних проявів.

Таблиця 2.13

Психологічний профіль емоційного інтелекту в осіб із вираженими психосоматичними скаргами на виснаження

Шкала	Центральна фігура	Характеристика
Високий рівень емоційної чутливості		Емоційна сфера активна, але не врівноважена
Середній рівень емоційної інтуїції		Усвідомлення емоційних станів фрагментарне
Знижена регуляція емоцій		Складно впоратися з внутрішнім емоційним напруженням
Високий рівень рефлексивності мислення		Схильність до самоаналізу та заглиблення у внутрішні стани без подальшої інтеграції

Особи з вираженими психосоматичними серцевими скаргами характеризуються високим рівнем емоційної чутливості, насамперед в аспектах розпізнавання та розуміння емоцій, що супроводжується підвищеною тривожністю. Водночас навички регуляції, управління та інтеграції емоцій виявляються менш сформованими, що формує схильність до соматичного «переносу» непрожитих емоцій у серцево-судинну сферу. Профіль таких осіб відзначається емоційною гіперреактивністю, наявністю вегетативних симптомів, суб'єктивного дистресу та труднощами з емоційною саморегуляцією.

З метою більш глибокого розуміння специфіки емоційного функціонування представників кожної досліджуваної групи було сформовано узагальнені психологічні профілі. Вони відображають не лише середні показники за складовими емоційного інтелекту, але й рівень емоційної інтуїції,

вираженість психосоматичних симптомів та характерні особливості емоційного реагування.

Такий підхід дозволяє перейти від кількісного аналізу до якісного опису емоційно-поведінкових характеристик особистості, що має практичне значення для психологічного консультування та психотерапевтичної роботи. Представлені профілі дають можливість глибше зрозуміти внутрішню логіку зв'язку між емоційними процесами та тілесними симптомами: як саме особистість переживає емоції, як обробляє їх і як реагує тіло, коли ці емоції залишаються непрожитими. Така перспектива відкриває нові можливості для розробки індивідуалізованих психокорекційних стратегій.

На завершальному етапі дослідження постала потреба представити результати у синтетичній формі, що узагальнює отримані емпіричні дані та візуалізує механізми взаємодії емоційного інтелекту та психосоматичних симптомів. З цією метою було розроблено інтегративну модель психологічного функціонування, яка поєднує рівень розвитку емоційного інтелекту, характер домінуючої соматичної симптоматики, ймовірні психологічні механізми її виникнення та орієнтовні напрями психокорекції.

За результатами емпіричного дослідження було встановлено, що серед осіб із психосоматичними проявами найбільш поширеними є шлунково-кишкові скарги, загальне виснаження та біль у різних ділянках тіла. Аналіз психологічних профілів дозволив виокремити характерні особливості емоційного інтелекту в кожній із цих груп.

Психологічні особливості емоційного інтелекту в осіб з вираженими шлунково-кишковими скаргами виявляють середній рівень загального емоційного інтелекту при відносно розвиненій емоційній чутливості. Водночас спостерігається недостатній рівень когнітивної обробки емоційного досвіду, слабка вербалізація емоційних станів та тенденція до уникнення афективної експресії. Такі особи часто «проковтують» емоції, не надаючи їм словесної форми, що створює умови для їхньої соматизації. У зв'язку з цим найбільш доцільним напрямом психокорекційної роботи є розвиток навичок емоційної

обізнаності, усвідомлення, називання й вербалізації емоцій, що сприяє зниженню внутрішньої напруги та тілесного навантаження.

У групі осіб із симптомом загального виснаження визначено високий рівень розуміння чужих емоцій, середній рівень управління чужими емоціями, високий рівень розуміння своїх емоцій, низький рівень контролю експресії, знижений рівень управління своїми емоціями та помірний рівень емпатії. Отримані результати свідчать про глибину емоційного функціонування та водночас про труднощі в емоційному самозахисті й саморегуляції.

Особи, що скаржилися на біль у різних ділянках тіла, демонструють найнижчий рівень емоційного інтелекту серед усіх учасників дослідження. У їхньому психологічному профілі спостерігається виражений дефіцит емоційної обізнаності, слабка здатність до ідентифікації та диференціації емоційних станів, що супроводжується низьким рівнем емоційної регуляції. Як наслідок, емоційні переживання не знаходять психічної обробки й проявляються у вигляді дифузної тілесної симптоматики — болю в спині, кінцівках, м'язах без чіткої локалізації або медичного підґрунтя. Для таких осіб ключовим напрямом психокорекційного впливу є формування базових емоційних навичок — розпізнавання, прийняття, прийняття, експресії та регуляції емоцій.

Таким чином, виявлені психологічні особливості емоційного інтелекту в осіб із вираженими психосоматичними скаргами засвідчують наявність закономірного зворотного зв'язку між рівнем емоційного інтелекту та інтенсивністю соматичних проявів. Найбільш уразливою ланкою, яка потребує цілеспрямованої психокорекційної роботи, є саме емоційна регуляція. Результати аналізу підтверджують, що навіть високий рівень емоційного інтелекту не гарантує психологічного благополуччя за відсутності сформованих механізмів емоційного відновлення. Отже, стратегія психологічної допомоги має бути адаптованою до профілю емоційного функціонування та домінуючих психосоматичних симптомів.

Висновки до другого розділу

Підсумовуючи результати емпіричного дослідження, можна зробити висновок, що за кожним тілесним симптомом, зафіксованим у досліджуваних осіб (зокрема: «болі в серці», «хронічна втома», «дискомфорт у шлунково-кишковому тракті», «незрозумілі тілесні відчуття»), простежуються глибші психологічні процеси, пов'язані зі специфікою емоційного реагування, обробки й інтеграції переживань. Аналіз отриманих даних підтвердив, що рівень розвитку емоційного інтелекту має статистично значущий зв'язок із характером і вираженістю психосоматичних проявів. Інакше кажучи, в багатьох випадках тілесні симптоми є не лише результатом фізіологічних змін, а й індикатором емоційної напруги, яка залишилась непрожитою або неусвідомленою.

Згідно з результатами порівняльного аналізу:

- У групі осіб із симптомом загального емоційного виснаження виявлено високий рівень *розуміння чужих емоцій*, середній рівень *управління чужими емоціями*, високий рівень *розуміння своїх емоцій*, низький рівень *контролю експресії* та знижене *управління власними емоціями*. Це свідчить про глибоку емоційну чутливість і здатність до співпереживання, яка, однак, за відсутності навичок регуляції, може ставати фактором емоційного перевантаження і соматизації.
- У групі з болями в різних ділянках тіла зафіксовано найнижчі показники емоційного інтелекту майже за всіма шкалами: низький рівень розпізнавання, використання та розуміння емоцій, а також значне зниження рефлексивності. Це вказує на труднощі з емоційною ідентифікацією та вираженням, через що тіло фактично «виконує» роль мовця, сигналізуючи про приховані переживання через соматичні скарги.
- У групі з серцево-судинними скаргами виявлено високий рівень *розпізнавання емоцій* водночас низький рівень *регуляції* та *управління емоціями*. Такий профіль свідчить про гіперчутливість до емоційних тригерів і неспроможність достатньо ефективно керувати емоційною реакцією, що, своєю

чергою, створює умови для виникнення напруги й тривожних соматичних симптомів у ділянці серця.

- У групі з шлунково-кишковими скаргами діагностовано помірно високий рівень *емоційної інтуїції* при знижених результатах за шкалами *когнітивного опрацювання емоцій* і *рефлексивності*. Це свідчить про соматизовану форму афективного переживання, коли емоції частково залишаються неформульованими й опрацьовуються тілесно, у вигляді шлункових симптомів.

Кореляційний аналіз підтвердив наявність статистично значущих обернених зв'язків між загальним рівнем емоційного інтелекту, зокрема його складовими (*емоційна регуляція, інтуїція, управління емоціями, контроль експресії*) та психосоматичними симптомами (за шкалами PHQ-15, GSS, SSS-8). Найвищі значення коефіцієнтів кореляції виявлено у групі з емоційним виснаженням, що свідчить про тісний зв'язок між якістю емоційної саморегуляції та соматичним благополуччям. В осіб із вищим рівнем емоційної компетентності частота та інтенсивність соматичних скарг значно нижчі, що підкреслює захисну функцію розвинутого емоційного інтелекту в умовах стресу.

РОЗДІЛ 3

ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ В ОСІБ З ВИРАЖЕНИМИ ПСИХОСОМАТИЧНИМИ СКАРГАМИ.

3.1. Тренінгова програма щодо розвитку емоційного інтелекту з осіб з вираженими психосоматичними скаргами.

До формованої частини експерименту були запрошені учасники, які мали наявні психосоматичні скарги (кардіологічні, гастроентерологічні, загальне виснаження, м'язово-скелетний біль), що було визначено на основі попереднього скринінгу за допомогою комплексного анкетування та клінічного опитувальника соматичних симптомів (CSS-8, 4DSQ, SSS-8). До групи включалися особи віком від 25 до 50 років, які погодилися на участь у психологічному дослідженні та дали письмову інформовану згоду. Загальна кількість учасників формованої частини склала 30 осіб, які пройшли повний курс тренінгової програми.

Організація експерименту.

Дослідження передбачало три етапи:

1. Констатувальний етап — проведення первинної діагностики емоційного інтелекту за допомогою методик: MSCEIT V 2.0, опитувальника ЕмІн Д.В. Люсіна та шкал соматичних скарг (CSS-8, 4DSQ, SSS-8).
2. Формувальний етап — реалізація тренінгової програми з розвитку емоційного інтелекту, що включала 10 тренінгових занять.
3. Контрольний етап — повторна діагностика після завершення програми з метою виявлення динаміки змін у розвитку емоційної регуляції та зниженні психосоматичних проявів.

Програма була розроблена на основі теоретичних положень концепцій емоційного інтелекту Дж. Майєра, П. Саловея, Д. Гоулмана, Р. Бар-Она, а також із урахуванням практик когнітивно-поведінкової психотерапії, тілесно-орієнтованих підходів і стрес-менеджменту.

Психосоматичні прояви часто є результатом хронічного емоційного перенапруження, пригнічених афективних переживань та недостатності механізмів психологічної саморегуляції. Наукові дослідження П. Саловея та Дж. Майєра [28], а також праці Д. Гоулмана [11] і Р. Бар-Она [5] підтверджують, що обмеженість у сфері розпізнавання та інтерпретації власних емоцій може призводити до соматизації психологічних труднощів.

Тренінгова робота спрямована на формування й розвиток емоційної обізнаності, здатності до вираження емоційних станів, підвищення толерантності до фрустрацій, а також засвоєння навичок емоційної саморегуляції. Особливу цінність така програма має для осіб, що переживають психосоматичні скарги, оскільки дозволяє знизити рівень внутрішньої напруги та розширити репертуар конструктивних coping-стратегій.

Мета програми — розвиток основних компонентів емоційного інтелекту (розпізнавання, розуміння, управління, експресія) як ресурсу психологічної стійкості в умовах соматичних проявів у осіб з вираженими психосоматичними скаргами.

Завдання програми:

- 1) розширити знання учасників щодо емоційних процесів та їх особливостей їх прояву;
- 2) активізувати навички розпізнавання, вербалізації та регуляції емоцій;
- 3) підвищити рівень емпатії та усвідомлення причинно-наслідкових зв'язків між емоційними переживаннями й тілесними симптомами;
- 4) навчити використовувати емоційну компетентність у щоденній взаємодії.

Розроблена тренінгова програма складається з десяти тематичних занять, спрямованих на розвиток емоційного інтелекту в осіб із вираженими психосоматичними скаргами. Кожне заняття має чітку структуру, що включає вступну частину (привітання, психоедукацію, актуалізацію теми), активну фазу (виконання вправ, групову роботу, обговорення) та завершальну частину (рефлексію, підбиття підсумків, надання домашнього завдання). Тематика

занять охоплює ключові компоненти емоційного інтелекту — розпізнавання, вербалізацію та регуляцію емоцій, розвиток емпатії, екологічне вираження почуттів, а також тілесно-емоційний зв'язок і стратегії самодопомоги. Детальну структуру програми подано в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Тренінгова програма розвитку емоційного інтелекту в осіб з вираженими психосоматичними скаргами

№ заняття	Тема заняття	Структура заняття	Техніки та вправи (з описом)
1	Вступ. Що таке емоційний інтелект	Привітання, знайомство. Правила тренінгу. Коротка теорія по темі. Вправа 1: «Знайомство через емоцію». Вправа 2: Мозковий штурм. Рефлексія. Підсумки, д/з	1. «Знайомство через емоцію» — учасники називають емоцію, яка їх характеризує. 2. Мозковий штурм — ідеї щодо теми ЕІ.
2	Розпізнавання власних емоцій	Привітання. Актуалізація досвіду. Теорія про базові емоції. Вправа 1: «Емоційний щоденник». Вправа 2: Емоційне колесо Плутчика. Рефлексія. Підсумки, д/з.	1. «Емоційний щоденник» — запис емоцій протягом дня. 2. Колесо Плутчика — ідентифікація емоцій за кольорами та силою.
3	Вербалізація емоцій	Привітання. Повторення попереднього. Теорія про вербалізацію емоцій. Вправа 1: «Що я відчуваю?». Вправа 2: Робота з метафорами. Рефлексія. Підсумки, д/з.	1. «Що я відчуваю?» — учасники називають і описують емоції. 2. Метафори — образне представлення емоцій.
4	Причини та тригери емоцій	Привітання. Теорія про тригери. Вправа 1: Аналіз життєвих ситуацій. Вправа 2: Емоційна карта. Рефлексія. Підсумки, д/з.	1. Аналіз ситуацій — що викликало емоцію? 2. «Емоційна карта» — візуалізація тригерів, які викликають емоції.

Продовження таблиці 2.10

5	Емоційна регуляція	Привітання. Теорія про регуляцію емоцій. Вправа 1: «Стоп-кадр». Вправа 2: Дихальні вправи. Вправа 3: Переключення уваги. Рефлексія. Підсумки, д/з.	1. «Стоп-кадр» — пауза перед реакцією. 2. Дихання — повільне свідоме дихання. 3. Переключення уваги — фокус на інше.
6	Емпатія	Привітання. Теорія про емпатію. Вправа 1: «У черевиках іншого». Вправа 2: Обговорення кейсів. Рефлексія. Підсумки, д/з.	1. «У черевиках іншого» — уявити себе на місці іншого. 2. Кейс-аналіз — розбір ситуацій, де потрібна емпатія.
7	Вираження емоцій екологічно	Привітання. Теорія про конструктивне вираження. Вправа 1: «Я-повідомлення». Вправа 2: Рольова гра. Рефлексія. Підсумки, д/з.	1. «Я-повідомлення» — формулювання без агресії. 2. Рольова гра — тренування комунікації у складних емоційних ситуаціях.
8	Тіло й емоції	Привітання. Теорія про тілесність емоцій. Вправа 1: Тілесна карта емоцій. Вправа 2: Усвідомлення тіла. Релаксація. Рефлексія. Підсумки, д/з.	1. Тілесна карта — позначення місць у тілі, де «живуть» емоції. 2. Усвідомлення тіла — вправи на відчуття напруги/розслаблення.
9	Стратегії самодопомог и	Привітання. Теорія про самодопомогу. Вправа 1: Рефреймінг. Вправа 2: Заземлення. Вправа 3: Коробка ресурсів. Рефлексія. Підсумки, д/з.	1. Рефреймінг — зміна погляду на ситуацію. 2. «Заземлення» — повернення до тіла і теперішнього моменту. 3. Коробка ресурсів — створення символів підтримки.
10	Підсумок, зворотний зв'язок	Привітання. Підбиття підсумків. Вправа 1: Колесо змін. Вправа 2: Візуалізація ресурсу. Спільне коло. Рефлексія. Завершення.	1. «Колесо змін» — самооцінка змін за параметрами. 2. Візуалізація ресурсу — уявлення внутрішньої опори, сили, спокою.

Таким чином, тренінгова програма включала поетапний розвиток ключових компонентів емоційного інтелекту — від формування емоційної обізнаності до оволодіння навичками емоційної регуляції та конструктивного вираження емоцій. Особливу увагу було приділено роботі з психосоматичними зв'язками через інтеграцію тілесно-орієнтованих практик та технік саморегуляції. Завдяки застосуванню когнітивно-поведінкових, тілесно-орієнтованих та психоедукаційних підходів учасники тренінгу отримали дієві інструменти для управління емоціями в умовах підвищеного соматичного напруження.

3.2. Результати порівняльного аналізу рівня емоційного інтелекту та психосоматичних скарг після проведення тренінгової програми.

У межах емпіричного дослідження після завершення тренінгової програми розвитку емоційного інтелекту було здійснено кількісний та якісний аналіз динаміки змін у межах експериментальної групи. Особливу увагу було приділено порівнянню показників до та після втручання з одночасним контролем змін у контрольній групі, яка не брала участі у тренінгу. Для статистичної перевірки гіпотез використовувалися t-критерій Стюдента для зв'язаних вибірок (в експериментальній групі), а також t-критерій для незалежних вибірок і критерій Манна–Уїтні (для міжгрупового порівняння).

У межах емпіричного дослідження після завершення тренінгової програми розвитку емоційного інтелекту було здійснено кількісний та якісний аналіз динаміки змін у межах експериментальної групи (ЕГ), що складалася з 20 осіб, які мали виражені психосоматичні скарги й пройшли повний цикл тренінгових сесій. До складу контрольної групи (КГ) увійшли інші 20 респондентів зі схожим соціально-демографічним профілем та аналогічним рівнем емоційного інтелекту і психосоматичних проявів, але без участі у тренінгу. Усі учасники обох груп мали попередню верифікацію скарг за допомогою медичного огляду та психодіагностичних інструментів.

Для статистичної перевірки гіпотез використовувалися t-критерій Стьюдента для зв'язаних вибірок(аналіз динаміки в експериментальній групі), t-критерій для незалежних вибірок(для міжгрупових порівнянь), а також U-критерій Манна–Уїтні для перевірки статистичної значущості в разі невідповідності розподілу даних нормальному. Результати порівняння середніх значень показників емоційного інтелекту та психосоматичних скарг до і після тренінгу в експериментальній групі наведено у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Порівняння середніх значень показників емоційного інтелекту та психосоматичних скарг до і після тренінгу в експериментальній групі (n = 20)

№	Показник	До тренінгу (M±SD)	Після тренінгу (M±SD)	Δ (змiна)	p-значення	Критерій
1	Розпізнавання емоцій (MSCEIT V2.0)	82,3 ± 7,4	89,3 ± 6,5	+8,5%	p < 0,01	t-критерій
2	Регуляція емоцій (MSCEIT V2.0)	75,6 ± 8,9	83,3 ± 7,1	+10,2%	p < 0,01	t-критерій
3	Використання емоцій у діяльності (MSCEIT V2.0)	80,1 ± 6,8	87,4 ± 6,2	+9,1%	p < 0,01	t-критерій
4	Емоційна інтуїція («ЕmIn»)	29,7 ± 3,1	32,3 ± 2,8	+8,8%	p < 0,05	t-критерій
5	Психосоматичні скарги (SSS-8)	21,4 ± 4,5	17,5 ± 3,8	-18%	p < 0,01	t-критерій
6	Соматичні симптоми (GSS)	23,8 ± 5,2	19,7 ± 4,6	-17,2%	p < 0,01	t-критерій
7	Рівень дистресу (4DSQ)	14,2 ± 2,6	12,0 ± 2,1	-15,5%	p < 0,05	t-критерій
8	Рівень тривожності (4DSQ)	13,6 ± 2,4	11,9 ± 2,0	-12,5%	p < 0,05	t-критерій
9	Рівень депресії (4DSQ)	10,7 ± 2,3	9,2 ± 1,8	-14%	p < 0,05	t-критерій

Продовження таблиці 3.2

10	Рівень соматизації (4DSQ)	$12,1 \pm 2,8$	$10,5 \pm 2,3$	-13,2%	$p < 0,05$	t-критерій
----	---------------------------	----------------	----------------	--------	------------	------------

Аналіз отриманих результатів засвідчив наявність вираженої позитивної динаміки за основними компонентами емоційного інтелекту. Найбільші зміни були зафіксовані у сфері емоційної регуляції (+10,2 %), що пояснюється як початково нижчими показниками цієї складової, так і цілеспрямованим фокусом тренінгової програми на розвиток стратегій самоконтролю, зниження емоційної імпульсивності, опанування технік емоційного заземлення та конструктивного вираження почуттів. Позитивна динаміка у здатності до розпізнавання емоцій (+8,5 %) і використанні емоцій у когнітивній діяльності (+9,1 %) свідчить про загальне зростання емоційної обізнаності та когнітивної інтеграції афективних процесів.

Помітне зростання емоційної інтуїції (+2,6 бала за шкалою ЕмІн) підтверджує покращення здатності до емоційного передбачення, зчитування невербальних сигналів та інтуїтивного розуміння міжособистісних взаємодій.

Одночасно зі зростанням емоційних компетентностей у експериментальній групі було зафіксовано значне зниження психосоматичних симптомів. Зокрема, за даними шкали CSS-8, інтенсивність тілесних скарг зменшилася на 18 %. Це стосується таких симптомів, як головний біль, гастроінтестинальний дискомфорт, підвищене серцебиття. Особливо важливим є встановлений статистично значущий зворотний зв'язок між покращенням емоційної регуляції та зменшенням соматичних симптомів (коефіцієнт Спірмена $r = -0,58$, $p < 0,01$), що підтверджує гіпотезу про емоційну детермінованість психосоматичних скарг, висунуту ще у класичних працях П. Саловея та Д. Майєра [28].

Крім того, за шкалою 4DSQ спостерігалось статистично значуще зниження рівня дистресу, тривожності та соматизації в межах 12–15 %. Це вказує на зменшення загального психоемоційного навантаження та підтверджує

системний вплив тренінгового втручання не лише на емоційну сферу, а й на загальний психосоматичний гомеостаз.

У контрольній групі суттєвих змін не зафіксовано. Середні значення залишилися в межах статистичної похибки, а коливання інтенсивності тілесних симптомів не були значущими ($p > 0,05$).

Отже, найбільш виражені зміни спостерігались у компонентах, які до тренінгу виявлялися як «зони дефіциту»: емоційна регуляція, емоційна інтуїція, а також соматична чутливість, пов'язана з психоемоційним навантаженням. Це дає підстави стверджувати, що тренінгова програма була методично точно спрямована на ключові проблемні зони досліджуваної вибірки.

Отримані результати дають підстави припустити доцільність використання подібних тренінгових програм у практиці психологічного консультування, психопрофілактики та відновлювальної роботи з клієнтами, які мають схильність до психосоматичних реакцій. Така програма може бути інтегрована в систему емоційно-орієнтованої психотерапії, реабілітаційні заходи для осіб із підвищеною тривожністю, соматоформними розладами, а також у психоосвітні модулі, що впроваджуються в медичних закладах.

3.3. Практичні аспекти розвитку емоційного інтелекту в осіб із вираженими психосоматичними скаргами

На основі результатів емпіричного дослідження та позитивних відгуків про ефективність тренінгової програми розвитку емоційного інтелекту окреслено низку практичних напрямів роботи. Вони можуть бути корисними для практичних психологів, психотерапевтів, консультантів з психічного здоров'я, а також самих осіб із тенденцією до психосоматичних проявів. Змістовне значення такі підходи можуть мати також для медичних фахівців, які працюють із пацієнтами з функціональними розладами без органічного підґрунтя, і для фахівців з емоційно-орієнтованої психотерапії.

Ці підходи спираються на концептуальні положення емоційного інтелекту, запропоновані П. Саловеем і Д. Майєром, Д. Гоулманом, Р. Бар-Оном, а також на емпіричні результати, отримані в ході дослідження.

Психологічна робота з особами, які мають виражені психосоматичні скарги, потребує особливого підходу, що базується на розумінні глибинного зв'язку між емоційною сферою та соматичними проявами. Емпіричні результати проведеного дослідження свідчать про те, що у таких осіб нерідко спостерігається порушення навичок емоційного розпізнавання, регуляції, інтуїтивного розуміння внутрішніх станів. Це, у свою чергу, ускладнює інтеграцію емоційного досвіду та формує умови для його перенесення у тілесну площину.

Практика показує, що важливим першим кроком є формування здатності до усвідомлення емоцій. Багато хто з респондентів демонструє труднощі у визнанні навіть базових афектів. Для цього ефективними виявляються прості інструменти: регулярне ведення емоційного щоденника, щоденні «емоційні паузи», коли людині пропонують кілька разів на день зупинитися і позначити, що саме вона зараз відчуває. Добре працюють також метафоричні методи – образи, асоціації, які опосередковано виводять емоції у свідомість.

У групах, де фіксувався високий рівень емоційної чутливості, зокрема у випадках з функціональними ШКТ-скаргами, спостерігалася тенденція до гіперемпатійності, яка без належної навички регуляції переростає у психосоматичне виснаження. У таких випадках необхідно навчати людину емоційній гігієні: усвідомлювати межу між «я переживаю разом з іншими» і «я втрачаю себе в чужих емоціях». Простий контактний тренінг, де в парах відпрацьовується емпатійне слухання без злиття, часто дає сильні результати. Не менш корисним є включення тілесно-орієнтованих вправ – людина, яка краще відчуває своє тіло, зазвичай краще орієнтується і в емоційних сигналах.

Окрему увагу варто приділити вербалізації емоцій. У дослідженні ця складова була найслабшою серед респондентів із болями в різних ділянках тіла. Нездатність назвати свій стан, описати його словами, часто супроводжується

наростанням тілесної тривоги. Тут ефективно працює просте навчання «емоційної грамоти» – вивчення назв емоцій, тренування «емоційного речення»: що я відчуваю, де в тілі це проявляється, яку потребу я маю. Ці вправи прості, але дають потужний ефект – зменшують розсіяну соматизацію, структурують внутрішній світ.

Профілактика емоційного виснаження також виявилась важливим аспектом дослідження. Парадоксально, але особи з високим рівнем емоційного інтелекту в окремих випадках демонстрували підвищений ризик емоційного вигорання. Часто це люди, які чуйно реагують на емоційний стан інших, але не мають сформованих навичок своєчасного емоційного відновлення. У таких випадках доцільним може бути використання практик самоспівчуття, вправ, що підвищують тілесну усвідомленість (зокрема «сканування тіла»), а також формування вміння розпізнавати й дотримуватись власних емоційних меж — наприклад, визначати момент, коли необхідно зробити паузу, відмовитися чи відійти від перевантаження.

Важливим чинником успіху є індивідуалізація будь-якої програми психологічної допомоги. Те, що добре працює для однієї категорії, може бути неефективним для іншої. У межах дослідження ми побачили значну різницю у структурі емоційного профілю залежно від типу психосоматичних скарг: кардіосоматичні випадки частіше супроводжувалися афективною гіперактивацією, шлункові – підвищеною вразливістю до зовнішніх подразників, а біль у різних ділянках тіла – загальною емоційною нестабільністю. Тому на початковому етапі необхідна діагностика, формування індивідуального профілю, а вже потім – підбір тренінгових або терапевтичних форматів.

Резюмуючи, можна сказати, що ефективна допомога особам із психосоматичними скаргами потребує роботи не лише з тілом, а передусім з емоційною сферою.

Найкращі результати спостерігаються тоді, коли поєднуються когнітивні, тілесні, емоційні та міжособистісні практики. Такий інтегративний підхід

сприяє глибшому проживанню й осмисленню власного емоційного досвіду, зменшенню рівня психосоматичної напруги та формуванню більш стійкої, адаптивної моделі поведінки.

Виявлені підходи можуть бути використані як у межах системної психотерапевтичної роботи, так і при розробці цільових тренінгових програм, що впроваджуються в медичних закладах, центрах психосоціальної допомоги та програмах емоційного відновлення військових, внутрішньо переміщених осіб і волонтерів. У подібних випадках психологічна допомога не може бути універсальною або стандартизованою: ефективність психотерапевтичної інтервенції значною мірою залежить від урахування індивідуальної динаміки, характеру симптоматики та емоційного профілю кожної окремої особи.

Досвід цього дослідження засвідчив, що робота з емоційною сферою має безпосередній вплив на зменшення інтенсивності психосоматичних скарг. Показники, зафіксовані до і після тренінгу, демонструють як покращення навичок розпізнавання та регуляції емоцій, так і статистично значуще зниження суб'єктивного рівня дистресу, тривожності та соматизації. Цей ефект є свідченням реальної можливості профілактики хронізації соматичних симптомів через цілеспрямовану психоемоційну роботу.

Підсумовуючи, можна стверджувати, що розвиток емоційного інтелекту в осіб з психосоматичними скаргами має не лише психотерапевтичну, а й превентивну цінність. Така робота відкриває простір для більшої суб'єктивної автономії, знижує ризик залежності від фармакологічної терапії, а головне – повертає людині відчуття внутрішнього контролю над власним тілом, емоціями й життям у цілому.

Висновки до третього розділу

У межах практичного етапу дослідження було розроблено, реалізовано та проаналізовано ефективність тренінгової програми розвитку емоційного інтелекту осіб із вираженими психосоматичними скаргами. Результати

проведеної роботи підтвердили високу доцільність цілеспрямованого розвитку емоційних компетентностей як засобу покращення психоемоційного стану та зниження інтенсивності тілесних симптомів.

У межах тренінгової програми, побудованої на концептуальних положеннях П. Саловея і Д. Майєра, Д. Гоулмана та Р. Бар-Она, вдалося досягти суттєвого підвищення рівня емоційного інтелекту в учасників експериментальної групи. Найбільший приріст було зафіксовано у навичках емоційної регуляції, що є критично важливим чинником у запобіганні соматизації психологічної напруги. Одночасно спостерігалось достовірне зниження показників психосоматичних скарг, дистресу та тривожності.

Порівняльний аналіз із контрольною групою, яка не брала участі у тренінгу, додатково підтвердив специфічний вплив розвитку емоційного інтелекту на покращення соматичного і психоемоційного благополуччя, що узгоджується із теоретичними положеннями про інтегративну природу емоційного функціонування людини.

Отримані результати емпіричного дослідження засвідчують доцільність системного та індивідуалізованого підходу до розвитку емоційної компетентності в осіб із психосоматичними скаргами. Особливу увагу привертають аспекти, пов'язані з формуванням навичок самоусвідомлення, емоційної регуляції, емпатії, вербалізації емоційного досвіду, профілактики емоційного виснаження, а також адаптації тренінгових стратегій відповідно до індивідуальних особливостей особистості.

Результати практичного етапу дослідження підкреслюють вагому роль емоційного інтелекту у формуванні як психологічного, так і соматичного благополуччя, що відкриває перспективи подальшого включення програм емоційного розвитку в контексти психологічної допомоги та психопрофілактичної роботи.

ВИСНОВКИ

Дослідження психологічних особливостей емоційного інтелекту в осіб з вираженими психосоматичними скаргами дозволило отримати нові дані щодо взаємозв'язку емоційної регуляції та соматичних проявів у контексті психосоматичної симптоматики.

У ході теоретичного аналізу опрацьовано сучасні підходи до визначення емоційного інтелекту (концепції П. Саловея, Д. Майєра, Д. Гоулмана, Р. Бар-Она та вітчизняних авторів). Емоційний інтелект визначено як інтегральну характеристику особистості, що охоплює здатність до розпізнавання, усвідомлення, розуміння, регуляції та конструктивного використання емоцій у внутрішньому житті та міжособистісній взаємодії. Описано його основні компоненти: емоційне усвідомлення, когнітивну інтерпретацію, регуляцію емоційних станів, мотиваційну складову та емпатію.

Узагальнено підходи до трактування психосоматичних скарг як тілесних симптомів функціонального характеру без органічного медичного підґрунтя, що зумовлені психологічними та емоційними чинниками. Розглянуто психофізіологічні, психодинамічні та когнітивно-поведінкові моделі психосоматичних розладів. Виокремлено роль емоційного дистресу, неусвідомлених конфліктів і труднощів у вербалізації емоцій у розвитку психосоматичних проявів. Порушення емоційної регуляції визначено як один з основних механізмів трансформації емоційної напруги у соматичні симптоми.

За результатами емпіричного дослідження з'ясовано, що в осіб з вираженими серцевими скаргами спостерігається високий рівень емоційної чутливості, особливо у сферах розпізнавання та розуміння емоцій, що поєднується з підвищеною тривожністю та недостатньо сформованими навичками емоційної саморегуляції.

В осіб з вираженими шлунково-кишковими скаргами відзначається середній рівень емоційного усвідомлення і розпізнавання емоцій при помірно знижених показниках емоційної регуляції, що супроводжується стійкою соматизацією на фоні емоційної нестабільності та напруженого очікування.

Особи з вираженим загальним виснаженням демонструють високі інтегральні показники емоційного інтелекту, але мають схильність до психоемоційного вигорання, емоційного виснаження, підвищеної рефлексивності та суб'єктивного дистресу.

Такі результати підтверджують наявність специфічних типів емоційного реагування та особливостей регуляції емоцій, що безпосередньо пов'язані з характером психосоматичних скарг.

Доведено, що недостатній розвиток емоційного інтелекту, зокрема компонентів емоційного усвідомлення, регуляції та емпатії, сприяє підвищеній соматизації психологічної напруги. Встановлено, що особи з низьким рівнем емоційного інтелекту демонструють знижені можливості до своєчасного розпізнавання власних емоційних станів, що ускладнює їх психічну переробку та призводить до соматичних проявів. Незалежно від вікових груп, брак ефективної емоційної регуляції створює передумови до накопичення хронічної напруги та психосоматичних розладів.

Емпіричне дослідження дозволило виявити статистично значущі обернені кореляції між рівнем розвитку емоційного інтелекту та вираженістю психосоматичних скарг. Найвищий зворотний зв'язок зафіксовано для симптомів загального виснаження ($r = -0.61$), що підкреслює особливу роль емоційної саморегуляції у профілактиці виснажуючих психосоматичних станів. Менш виражені, але достовірні зв'язки виявлено між емоційним інтелектом та шлунковими ($r = -0.38$) і кардіальними скаргами ($r = -0.52$). Для групи з болями в різних ділянках тіла зв'язок виявився слабким та статистично незначущим ($r = -0.29$), що вказує на багатофакторність формування даної симптоматики.

Узагальнено особливості функціонування психосоматичних проявів залежно від рівня розвитку емоційного інтелекту, що відображають характерні типи емоційного реагування та психологічні механізми формування соматичних симптомів. Розроблено тренінгову програму розвитку емоційного інтелекту для осіб із психосоматичними скаргами. Після її впровадження зафіксовано позитивну динаміку: учасники продемонстрували підвищення здатності до

розпізнавання та регуляції емоцій, вербалізації переживань та зростання емпатії. Одночасно спостерігалось зниження інтенсивності психосоматичних симптомів за шкалами "Психосоматичні скарги" (SSS-8), "Соматичні симптоми" (GSS), "Рівень дистресу" (4DSQ-Distress), "Рівень тривожності" (4DSQ-Anxiety), "Рівень депресії" (4DSQ-Depression) та "Рівень соматизації" (4DSQ-Somatization), що підтверджує ефективність розвитку емоційного інтелекту як психокорекційного інструменту.

На основі результатів дослідження окреслено ключові напрями розвитку емоційної компетентності, що включають формування емоційної усвідомленості, вдосконалення навичок вербалізації почуттів, тренування стресостійкості та підвищення рівня емпатії. Перспективним напрямом подальших досліджень є вивчення особливостей емоційного інтелекту з урахуванням типу психосоматичних розладів, а також інтеграція оцінки емоційних компетенцій у практику психосоматичної допомоги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Августюк М. М. Теоретичний аналіз концептуальних підходів до операціоналізації емоційного інтелекту // Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія: Психологія. – 2021. – № 13. – С. 81–87.
2. Алексеєнко Т. Ф. Мотивація в цінності групування школярів у малі групи // Соціальна педагогіка: теорія та практика. – 2020. – № 2. – С. 24–30.
3. Аршава І. Ф. Емоційна стійкість людини та її діагностика : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.02 – Психофізіологія / Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. – Київ, 2007. – 436 с.
4. Аршава І. Ф. Підходи до операціоналізації феномену «емоційна стійкість» як основи для вдосконалення його діагностики // Проблеми загальної та педагогічної психології. – Київ, 2006. – Т. 8. – Ч. 9. – С. 13–20.
5. Бар-Он Р. Емоційний та соціальний інтелект: аналіз та застосування // Психологія: журнал досліджень та практики. – 2006. – Т. 18, № 1. – С. 13–25.
6. Барна М. В. Програма соціально-психологічного тренінгу з розвитку емпатійності майбутніх практичних психологів // Практична психологія та соціальна робота. – 2006. – № 12. – С. 50–66.
7. Барчі Б. В., Чуричканич А. А. Психологічні особливості Я-концепції особистості // Сучасні тенденції розвитку науки і освіти : зб. тез Всеукр. наук.-практ. конф., 16–17 травня 2019 р. – Мукачево : МДУ, 2019. – С. 656.
8. Бекіньова Л. Б. Теоретичні підходи до проблеми емоційної саморегуляції особистості [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://distance.dsu.dp.ua/ukr/conference/2015/osvitniy_dosvid/Bekinova.pdf
9. Бужинська С. М., Скляр С. С., Даніліч-Скакун А. А. Стресостійкість студентів як складник успішності навчання у ЗВО // Габітус. – 2021. – Вип. 23. – С. 55–59.

10. Вдовиченко А. В. Особливості копінг-поведінки особистості у життєвих та професійних ситуаціях // Вісник ЧНПУ. Серія «Психологічні науки». – 2013. – С. 17–20.
11. Гільман А. Ю. Терапевтичний випадок: короткострокова психологічна допомога при тривожному стані клієнта з вираженими психосоматичними скаргами // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник УМСА. – 2020. – Т. 20, вип. 1 (69). – С. 218–222.
12. Гільман А. Ю., Кулеша Н. П. Упровадження навчально-терапевтичної програми «Психосоматика» в практичну діяльність психолога // Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія: Психологія. – 2019. – № 9. – С. 85–90.
13. Гоулман Д. Емоційний інтелект / пер. з англ. – Київ : Віват, 2019. – 512 с.
14. Гриньова М. В., Кононова М. М. Саморегуляція навчальної діяльності та професійний розвиток студентської молоді : монографія. – Полтава : Астроя, 2021. – 384 с.
15. Журавльова Л. П. Емпатія в системі особистісних чинників успішної управлінської діяльності // Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць / ред. кол. С. Д. Максименко (гол. ред.) та ін. – Київ : Наук. світ, 2008. – С. 92–95.
16. Журавльова Л. П. Методологічні засади дослідження емпатії людини // Вісник Прикарпатського університету. Серія: Філософські та психологічні науки. – Спец. випуск. – 2008. – С. 152–155.
17. Занюк С. С. Мотиваційний тренінг. Формування мотивації навчальної діяльності у студентів та старшокласників // Практична психологія та соціальна робота. – 2002. – № 8. – С. 31–42.
18. Кляпець О. Я., Лазоренко Б. П., Лепіхова Л. А., Савінов В. В. Методики вивчення повсякденного стресу і способів розв'язання кризових життєвих ситуацій / За ред. Т. М. Титаренко. – Київ : Міленіум, 2009. – 120 с.

19. Колісник Л. О. Проблема діагностики емоційного інтелекту // Проблеми сучасної психології : зб. наук. праць / Кам'янець-Подільський національний університет ім. Івана Огієнка, Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. – Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2014. – Вип. 26. – С. 278–285.
20. Коломієць Т. В. Особливості емпатійної міжособистісної взаємодії в юнацькому віці : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 – педагогічна та вікова психологія. – Житомир, 2015. – 197 с.
21. Комар З. Психологічна стійкість воїна. – Київ : Посольство Великої Британії в Україні, Stabilization Support Services, 2017. – 184 с.
22. Кононова М. М., Карпенко А. О. Концептуальні проблеми емпатії у психологічних дослідженнях // Theoretical foundations in practice and science : збірник матеріалів XIV International Science Conference, 21–24 грудня 2021 р., Bilbao, Spain. – С. 513–515.
23. Копотун М. М. Ціннісні орієнтації як соціально-психологічний чинник життєвого цілепокладання студентської молоді // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12 : Психологічні науки. – 2009. – № 26(50), ч. 1. – С. 257–264.
24. Корольчук В. М. Психологічні засади дослідження стресостійкості особистості // Наукові студії із соціальної та політичної психології. – 2011. – Вип. 26. – С. 183–192.
25. Корольчук М. С. Психофізіологія діяльності : підручник. – Київ : Єльга, Ніка-центр, 2003. – 400 с.
26. Кудінова М. С. Структурно-компонентний аналіз феномена стресостійкості особистості // Теоретичні і прикладні проблеми психології. – 2014. – № 1(34). – С. 156–173.
27. Куценко Я. М. Емоційний інтелект: проблеми діагностики // Проблеми сучасної психології. – 2011. – Вип. 14. – С. 417–426.
28. Лемак М. В., Петрище Ю. В. Психологу для роботи: діагностичні методики. – Ужгород : Видавництво А. Гаркуші, 2012. – 616 с.

29. Лисенко Л. Н. Емпатія як компонент професійної компетентності у студентів // Education and science of today: intersector issues and development of sciences : зб. наук. праць «ΛΟΓΟΣ» за матеріалами I міжнар. наук.-практ. конф., 7 березня 2021 р., Cambridge. – Cambridge; Вінниця : Р.С. Publishing House & European Scientific Platform, 2021. – Т. 3. – С. 147–150.
30. Майєр Дж. Д., Саловей П. Л., Карузо Д. Р. Теорія емоційного інтелекту. Моделі та методи // Психологія: журнал досліджень і практики. – 2004. – Т. 20, № 2. – С. 13–30.
31. Максименко С. Д. Структура особистості: теоретико-методологічний аспект дослідження // Наукові записки Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / за ред. С. Д. Максименка. – Київ : Нора-прінт, 2004. – Вип. 24. – С. 3–15.
32. Малхазов О. Р. Технологія формування емоційної стійкості осіб, що переживають наслідки травматичних подій // Психологічні науки: проблеми і здобутки. – 2018. – Вип. 2. – С. 132–147.
33. Малхазов О. Р., Кокун О. М. Профвідбір та впровадження новітніх технічних засобів у роботі з персоналом // Соціальна психологія. – 2005. – № 4 (12). – С. 84–90.
34. Мигаль Г. В., Протасенко О. Ф. Стресостійкість людини-оператора. Методи підвищення стресостійкості [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://docplayer.net/30299844-Stresostiystkist> (дата звернення: 10.04.2025).
35. Моргун В. Ф. Основи психодіагностичної діагностики : навч. посібник. – Київ : Слово, 2009. – 464 с.
36. Назаров О. О., Кучеренко С. М., Кучеренко Н. С. Деякі аспекти організації роботи з психологічної допомоги вимушеним переселенцям // Теорія і практика сучасної психології. – 2019. – Вип. 3. – Т. 2. – С. 145–149.
37. Назаров О. О. та ін. Психологічні особливості базових копінг-стратегій та особистісних копінг-ресурсів працівників пожежно-рятувальних підрозділів МНС України : монографія. – Харків : Вид-во УЦЗУ, 2008. – 184 с.

38. Носенко Е. Л. Емоційний інтелект як соціально значуща інтегральна властивість особистості // Психологія і суспільство. – Тернопіль : Інститут експериментальних систем освіти, 2004. – С. 85–92.
39. Пашко Т. А. Емоційний інтелект як складова професійної компетентності керівника // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12 : Психологічні науки. – 2008. – № 21 (45). – С. 161–167.
40. Пенькова О. І. Проблема саморегуляції особистості: ціннісний аспект // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». – 2016. – Вип. 2. – Т. 1. – С. 114–119.
41. Bar-On R. Emotional intelligence: An integral part of positive psychology // South African Journal of Psychology. – 2010. – Vol. 40, no. 1. – P. 54–62.
42. Connor K. M., Davidson J. R. T. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) // Depression and Anxiety. – 2003. – Vol. 18. – P. 76–82.
43. Davidson R. J. Affective neuroscience and psychophysiology: Toward a synthesis // Psychophysiology. – 2003. – Vol. 40, no. 5. – P. 655–665.
44. Goleman D. Emotional Intelligence. – New York : Bantam Books, 1995. – 352 p.
45. Gross J. J. Emotion regulation: Conceptual foundations // In: Gross J. J. (Ed.). Handbook of emotion regulation. – New York : Guilford Press, 2007. – P. 3–24.
46. Lazarus R. S. Emotion and Adaptation. – New York : Oxford University Press, 1991. – 576 p.
47. Matthews G., Zeidner M., Roberts R. D. Emotional Intelligence: Science and Myth. – Cambridge : MIT Press, 2002. – 432 p.
48. Mayer J. D., Salovey P., Caruso D. R. Emotional intelligence: Theory, findings, and implications // Psychological Inquiry. – 2004. – Vol. 15, no. 3. – P. 197–215.

49. Salovey P., Mayer J. D. Emotional Intelligence // Imagination, Cognition and Personality. – 1990. – Vol. 9. – P. 185–211.
50. Schutte N. S., Malouff J. M., Hall L. E. et al. Development and validation of a measure of emotional intelligence // Personality and Individual Differences. – 1998. – Vol. 25. – P. 167–177.
51. Tugade M. M., Fredrickson B. L., Barrett L. F. Psychological resilience and positive emotional granularity: Examining the benefits of positive emotions on coping and health // Journal of Personality. – 2004. – Vol. 72, no. 6. – P. 1161–1190.
52. Zautra A. J., Hall J. S., Murray K. E. Resilience: A new definition of health for people and communities // In: Reich J. W., Zautra A. J., Hall J. S. (Eds.). Handbook of Adult Resilience. – New York : Guilford Press, 2010. – P. 3–29.
53. Zimmerman M. A. Resiliency theory: A strengths-based approach to research and practice for adolescent health // Health Education & Behavior. – 2013. – Vol. 40, no. 4. – P. 381–383.
54. Hilman A. Yu., Kulesha N. The knowledge about symptoms and its genesis as a factor for the development of psychosomatic disorders in youth // Youth Voice Journal: Young People In Education. – 2021. – Vol. 1. – P. 23–29. – ISBN (Online): 978-1-911634-20-1. – Available from: <https://www.rj4allpublications.com/product/the-knowledge-about-symptoms-and-its-genesis-as-a-factor-for-the-development-of-psychosomatic-disorders-in-youth/>
55. Hilman A. Yu., Matlasevych O., Kulesha N., Balashov E. Peculiarities of attitude to the disease in adulthood // Journal of Cognitive Science. – 2021. – Vol. 22, Iss. 1(307). – P. 111–134.

ДОДАТКИ

Додаток А

Авторська анкета психосоматичних скарг

Мета анкети

Анкета спрямована на виявлення наявності, характеру та частоти психосоматичних симптомів з метою подальшої класифікації учасників відповідно до типу домінуючих скарг. Її зміст сформовано на основі узагальнених діагностичних критеріїв DSM-5, шкал PHQ-15, SSS-8, а також клінічних протоколів, адаптованих до українського контексту.

Інструкція для респондента

Перед початком заповнення необхідно ознайомитися з переліком симптомів, наведеним нижче. Слід позначити галочкою (✓) ті симптоми, які спостерігались упродовж останніх 4 тижнів. Особливу увагу варто звернути на ті прояви, які виникали часто або були постійними.

БЛОК 1. БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ

- ☐ Частий головний біль
- ☐ Біль у грудній клітці
- ☐ М'язовий біль
- ☐ Біль у суглобах
- ☐ Біль у попереку
- ☐ Інші (вказати): _____

БЛОК 2. КАРДІОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ

- ☐ Серцебиття/тахікардія без фізичного навантаження
- ☐ Відчуття "завмирання" серця
- ☐ Перепади артеріального тиску
- ☐ Біль у ділянці серця без виявленої патології

- ☐ Аритмія
- ☐ Інші: _____

БЛОК 3. ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНІ СИМПТОМИ

- ☐ Здуття живота
- ☐ Біль у шлунку (без виразки, гастриту)
- ☐ Часті нудоти
- ☐ Нестійкий стул (чергування діареї/запору)
- ☐ Втрата апетиту
- ☐ Інші: _____

БЛОК 4. ВЕГЕТАТИВНІ ПОРУШЕННЯ

- ☐ Надмірне потовиділення
- ☐ Тремор (тремтіння)
- ☐ Озноб без температури
- ☐ Запаморочення
- ☐ Проблеми з терморегуляцією
- ☐ Інші: _____

БЛОК 5. ПСИХОЕМОЦІЙНІ ПРОЯВИ

- ☐ Безсоння або поверхневий сон
- ☐ Емоційне виснаження
- ☐ Часте відчуття тривоги
- ☐ Апатія або байдужість
- ☐ Зниження настрою
- ☐ Відчуття "внутрішньої напруги"
- ☐ Інші: _____

ДОДАТКОВІ ПИТАННЯ

1. Скільки з вищезазначених симптомів Ви відчуваєте регулярно (2-3 рази на тиждень або більше)? _____

2. Чи проходили Ви медичне обстеження щодо цих симптомів?

☐ Так ☐ Ні

3. Чи було виявлено фізичну причину цих симптомів?

☐ Так ☐ Ні ☐ Не пам'ятаю

4. Який із симптомів турбує Вас найчастіше? _____

Примітка: Анкета розроблена спеціально для цього дослідження й не є стандартизованим інструментом, але базується на клінічно визнаних симптоматичних групах, притаманних психосоматичним розладам.

**Структура тренінгової програми розвитку емоційного інтелекту осіб
з вираженими психосоматичними скаргами (розширений варіант)**

№	Назва заняття	Цілі заняття	Опис змісту та вправ	Очікувані результати
1	Вступ. Знайомство. Психоедукація про емоційний інтелект	Сформувати мотивацію до участі в тренінгу; надати базове уявлення про емоційний інтелект і психосоматичні реакції	Вступ, привітання, знайомство. Міні-лекція «Що таке емоційний інтелект?» Вправа «Знайомство через емоцію» Групова дискусія «Емоції — вороги чи союзники?» Рефлексія, домашнє завдання	Учасники знайомляться між собою, розуміють мету тренінгу, усвідомлюють важливість емоцій
2	Емоції та тіло: психосоматичний міст	Пояснити зв'язок емоцій і тілесних симптомів	Вправа «Карта тіла» Медитація «Сканування тіла» Обговорення «Що говорить моє тіло?» Рефлексія, домашнє завдання	Зростає тілесна усвідомленість, зв'язок емоцій і тілесних відчуттів
3	Розпізнавання емоцій	Розвинути навички ідентифікації власних і чужих емоцій	Вправа з «колом емоцій» (Plutchik) Гра «Обличчя емоцій» Мікросценки з вираженням емоцій	Учасники вчаться розпізнавати емоції, розширюють

Продовження таблиці додатка Б

			Рефлексія, домашнє завдання	емоційний словник
4	Емоційна виразність: дозвіл і форма	Навчити екологічно виражати емоції	Вправа «Я-повідомлення» Рольова гра «Конфлікт на роботі / в родині» Арт-вправа «Мій гнів / мій страх» Рефлексія, домашнє завдання	Формуються навички конструктивного вираження емоцій
5	Регуляція емоцій	Освоїти техніки самозаспокоєння та емоційного балансу	Дихальні вправи (квадратне дихання, 4-7-8) Когнітивне реструктурування Заповнення «Щоденника емоцій» Рефлексія, домашнє завдання	Учасники опановують інструменти регуляції емоцій та стабілізації стану
6	Емпатія та співпереживання	Розвинути здатність до емоційного відгуку та емпатії	Вправа «У чужих черевиках» Перегляд відео з емоційною сценою Обговорення в парах «Що ти відчуваєш?» Рефлексія, домашнє завдання	Поглиблюється розуміння почуттів інших, посилюється емпатія

Продовження таблиці додатка Б

7	Емоційна підтримка і стратегії самодопомоги	Навчити надавати та приймати емоційну підтримку	Вправа «Емоційна аптечка» Обговорення «Що я роблю для себе, коли боляче?» Вправа «Рука підтримки» Рефлексія, домашнє завдання	Зростає навичка підтримки себе та інших у складних ситуаціях
8	Підсумок. Інтеграція і ресурсне завершення	Закріпити досвід, створити образ внутрішнього ресурсу	Рефлексивне коло «Що я виношу з тренінгу?» Арт-вправа «Мій ресурс» (колаж, візуалізація) Символічне закриття групи	Завершується тренінг, формується відчуття ресурсу, позитивний досвід інтегрується

Організаційні моменти:

Кількість учасників: 8–12 осіб

Тривалість заняття: 90 хв

Форма проведення: очна / онлайн

Формат: замкнута група, щотижневі зустрічі

Таблиця з результатами тестування емоційного інтелекту

Номер учасни ка	Психосомат ична скарга	Розпізнава ння емоцій (MSCEIT)	Регулюва ння емоцій (MSCEIT)	Використа ння емоцій у розв'язан ні проблем (MSCEIT)	Оцінк и за шкал ою «Емі н»	Загальн ий бал емоційн ого інтелек ту
1	Серце	75	72	70	30	73
2	ШКТ	60	65	62	20	62
3	Виснаження	80	78	76	35	79
4	Різні ділянки тіла	55	50	48	18	54
5	Серце	70	68	69	28	69
6	ШКТ	68	74	72	32	74
7	Виснаження	73	72	80	30	75
8	Різні ділянки тіла	82	70	73	25	80
9	Серце	78	80	76	20	79
10	ШКТ	85	65	70	33	79
11	Виснаження	74	67	75	27	77

Продовження таблиці додатка В

12	Різні ділянки тіла	65	62	63	28	64
13	Серце	62	74	80	29	73
14	ШКТ	60	71	65	31	71
15	Виснаження	79	75	79	34	79
16	Різні ділянки тіла	71	65	70	27	70
17	Серце	79	72	72	33	75
18	ШКТ	66	66	73	29	73
19	Виснаження	74	74	75	32	76
20	Різні ділянки тіла	67	72	77	30	77
21	Серце	70	75	78	31	76
22	ШКТ	71	72	80	32	78
23	Виснаження	75	72	68	30	75
24	Різні ділянки тіла	63	74	74	28	74
25	Серце	78	70	75	33	77
26	ШКТ	74	70	72	30	73
27	Виснаження	72	74	75	31	77

Продовження таблиці додатка В

28	Різні ділянки тіла	70	75	74	32	74
29	Серце	74	68	71	29	77
30	ШКТ	77	75	78	30	77
31	Виснаження	75	69	71	28	74
32	Різні ділянки тіла	76	71	74	33	79
33	Серце	79	76	75	32	77
34	ШКТ	76	75	79	31	76
35	Виснаження	74	76	71	30	74
36	Різні ділянки тіла	72	75	74	28	77
37	Серце	75	74	72	33	74
38	ШКТ	72	74	75	30	75
39	Виснаження	74	76	74	32	76
40	Різні ділянки тіла	73	72	77	30	74

Оцінка психосоматичних симптомів у учасників дослідження

Номер учасника	Тип психосоматичних симптомів	Результати за шкалою Гіссенського опитувальника	Результати за шкалою CSS-8	Результати за шкалою 4DSQ
1	Серце	7	22	35
2	ШКТ	5	15	28
3	Виснаження	8	24	38
4	Різні ділянки тіла	6	20	33
5	Серце	6	18	30
6	ШКТ	7	21	32
7	Виснаження	6	20	34
8	Різні ділянки тіла	5	15	30
9	Серце	7	23	33
10	ШКТ	8	22	35
11	Виснаження	6	21	30
12	Різні ділянки тіла	5	19	31
13	Серце	8	24	37
14	ШКТ	7	23	33
15	Виснаження	6	22	34

Продовження таблиці додатка Г

16	Різні ділянки тіла	5	21	31
17	Серце	7	22	34
18	ШКТ	6	20	32
19	Виснаження	7	23	35
20	Різні ділянки тіла	6	21	31
21	Серце	7	23	34
22	ШКТ	7	22	33
23	Виснаження	6	25	36
24	Різні ділянки тіла	7	24	34
25	Серце	6	21	31
26	ШКТ	7	22	35
27	Виснаження	7	24	34
28	Різні ділянки тіла	6	23	32
29	Серце	6	19	34
30	ШКТ	7	20	33
31	Виснаження	7	25	34
32	Різні ділянки тіла	6	22	30
33	Серце	7	24	32
34	ШКТ	7	22	31

Продовження таблиці додатка Г

35	Виснаження	6	20	33
36	Різні ділянки тіла	7	21	34
37	Серце	7	23	32
38	ШКТ	6	22	33
39	Виснаження	7	20	30
40	Різні ділянки тіла	7	21	32