

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ЕМОЦІЙНО-ОБРАЗНОГО ПРОЦЕСІНГУ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДАХ

APPLICATION OF THE METHOD OF EMOTIONAL-IMAGERY PROCESSING IN PSYCHOSOMATIC DISORDERS

Смольська Л. М.¹, Шпак С. Г.², Шеховцов В. С.³

^{1,2,3}Національний університет водного господарства та природокористування,
Навчально-науковий інститут економіки та менеджменту, м. Рівне, Україна

¹ORCID: 0000-0001-5514-6822

²ORCID: 0000-0002-2252-3801

³ORCID: 0009-0008-5696-1093

Smolska L. M.¹, Shpak S. G.², Shekhovtsov V. S.³

^{1,2,3}National University of Water and Environmental Engineering, Rivne, Ukraine

DOI <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2025.19.2.24>

Анотації

Вступ. Уперше представлено теоретичні положення, факти та емпіричні матеріали для з'ясування ефективності використання методу емоційно-образного процесінгу (ЕОП) зі зменшення та/або усунення психосоматичних симптомів осіб двох категорій: тих, у кого був запит на допомогу, і тих, у кого спеціального запиту не було, хто в рамках навчання опановував метод ЕОП.

Мета дослідження – з'ясувати витоки, зміст, структуру і доцільність використання методу емоційно-образного процесінгу в клієнтських кейсах із психосоматичними розладами; проаналізувати емпіричні матеріали щодо ефективності методу емоційно-образного процесінгу в порівняльних умовах.

Матеріал і методи. У дослідженні використано методи теоретичного аналізу науково-методичних джерел, емпіричні методи діагностики, експерименту, статистично-математичної обробки. Представлено біліт-аналіз шести клієнтських звернень із психосоматичними симптомами, так само, як і деталізований структурний опис двох професійних кейсів. Експеримент проводився в групі здобувачів неформальної освіти, які навчалися методу ЕОП і спеціального запиту на терапію з приводу психосоматики не мали. Усі учасники діагностувалися до та після експерименту за такими методиками: «Шкала депресії, тривоги та стресу», «Опитувальник здоров'я пацієнта PHQ-15», «Шкала самозвіту симптомів посттравматичного стресового розладу», модифікована анкета «Індекс особистого благополуччя дорослих RWI-A».

Результати. Огляд науково-теоретичних джерел показав, що метод емоційно-образного процесінгу базується на різних класичних модальностях, однак має свої особливості. Дослідження показало, що в експериментальній групі сукупна кількість невротичних та пов'язаних із ними соматичних симптомів після експерименту зменшилася. Суттєво, тобто статистично значимо, вона зменшилася для таких соматичних симптомів як: біль у животі, біль у спині, біль у руках, ногах або суглобах, менструальні болі (дискомфорт), нудота, здуття живота або розлади ШКТ, проблеми зі сном. Терапевтичний звіт двох фахівців, які практикують метод ЕОП, продемонстрував: із числа шести клієнтських психосоматичних звернень за 2024 р. три клієнтки позбулися харчової залежності, у двох з яких зникла тяга до солодкого; у всіх цих трьох зменшилася зайва вага, а в однієї понизилась інсулінорезистентність до норми при цукровому діабеті другого типу. У четвертій клієнтки припинився хронічний кашель; у п'ятій зникли алергічні реакції на невизначений алерген; у шостого клієнта зникли рецидиви папілом на повіках після видалення, при тому, що до психотерапії вони повторно виникали після їх ліквідації лазерним способом. Ефект досягався в усіх цих випадках після кількох сесій.

Висновки. Використання методу емоційно-образного процесінгу та результати досліджень указують на його ефективність та користь у повсякденній практиці фахівців, які працюють із психосоматичними скаргами клієнтів. Також ефективним щодо зменшення та усунення психосоматичних розладів виявився підхід навчання методу в рамках неформальної освіти.

Ключові слова: психосоматичні розлади, метод психотерапії, емоційно-образний процесінг, терапевтична рефлексія, імагінація, трансгенеративний підхід, десоматизація.

Introduction. The study is dedicated to the peculiarities of emotional-imagery processing (EIP) in working with psychosomatic symptoms. For the first time, theoretical concepts, empirical data, and factual evidence are presented to examine the effectiveness of the emotional-imagery processing method in reducing and/or eliminating psychosomatic symptoms in individuals from two categories: those who explicitly requested help and those who had no specific request but were mastering the EIP method as part of their training.

Purpose. The goals of the study are: to find out the essence and feasibility of using the emotional-imagery processing method in clients' cases with psychosomatic disorders; to analyse the empirical materials on the effectiveness of the method in comparative conditions.

Material and methods. Methods of theoretical analysis of scientific and methodological sources, empirical methods including diagnostics and experimentation, as well as statistical and mathematical data processing are given in the study. The article also includes a brief analysis of six client cases concerning psychosomatic symptoms as well as detailed structural description of two professional case studies. The experiment involved a group of individuals engaged in non-formal education who were learning the EIP method and had not expressed any specific therapeutic request regarding psychosomatic. All the participants, were assessed before and after the experiment with the following diagnostic methods: «Depression Anxiety and Stress Scales», «Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15)», «Self-Report Scale of Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms», a modified version of the questionnaire «Personal Wellbeing Index – Adult (PWI-A)».

Results. The review of theoretical and scientific sources revealed that the method of emotional-imagery processing is based on various classical modalities, yet it possesses own specific features. The study demonstrated that in the experimental group, the overall number of neurotic and related somatic symptoms decreased after the intervention. This reduction was significant, i.e., statistically meaningful, for the following somatic symptoms: abdominal pain, back pain, pain in arms, legs, or joints, menstrual pain (discomfort), nausea, bloating or gastrointestinal disturbances, and sleep problems. Interventional reports of two professionals, who practice the EIP method, demonstrated that, among six psychosomatic client cases addressed in 2024, three female clients overcame food addiction – two of whom specifically eliminated cravings for sweets. All these three ones showed a reduction in excess body weight, and one of them demonstrated normalized insulin resistance in the context of type 2 diabetes. A fourth client experienced the complete cessation of chronic coughing; a fifth one no longer exhibited allergic reactions to an unidentified allergen; and a sixth client reported no recurrence of papillomas after removal – whereas previously, the symptoms had returned even after laser treatment. In all these cases, the therapeutic effect was achieved after few sessions.

Conclusions. The use of the emotional-imagery processing method and the research findings indicate its effectiveness and benefit in the everyday practice of psychologists and psychotherapists who work with clients' psychosomatic complaints. The approach of teaching the method within the framework of non-formal education has proven its effectiveness in reducing and eliminating psychosomatic disorders.

Key words: psychosomatic disorders, psychotherapy, emotional-image processing, therapeutic reflection, imagination, transgenerational approach, desomatization.

Вступ. В Україні зростає попит на кваліфіковану медико-психологічну допомогу великій кількості постраждалих у зв'язку з війною та її наслідками, і далі прогнозується зростання цієї тенденції. Психологічний чинник збитків є одним із центральних, оскільки він ускладнює та спричиняє дію багатьох інших чинників. Згідно з даними Управління ООН із координації гуманітарних питань, 14,6 млн людей, тобто 40% нинішнього населення України, уже потребують гуманітарної допомоги та захисту [1]. Ста-

ном на травень 2024 р. Моніторингова місія ООН з прав людини в Україні зафіксувала і підтвердила 32 989 жертв серед цивільного населення починаючи з 24 лютого 2022 р. Із них лише з 2022 по 2023 р. було 11 126 загиблих і 21 863 фізично травмованих в поранених у боях, причому реальні цифри можуть виявитися значно вищими [23].

За кожним явним чи нерозпізнаним випадком – не тільки безпосередньо постраждалі люди, а й їхні близькі, а також свідки травматичних подій. Усі вони опиняються в групі

високого ризику посттравматичного стресового розладу та психосоматичних порушень. Таким чином, хвиля психологічного травмування поширюється в значно більшому діапазоні, ніж епіцентр трагічних обставин. Ефективність лікування знижується або унеможлиблюється, якщо не вдаватися до комплексного підходу з психологічним складником в основі. Адже психологічні наслідки, які виникли ще у період масової захворюваності на COVID-19, який спричинив підвищення смертності, створили ситуацію нової епідемії тривожності, страху і безпорадності [7]. Люди прийняли на себе нові виклики у зв'язку з війною. Тому сімейним лікарям доводиться часто мати справу із соматичними проявами незрозумілого походження. Психологічне опрацювання травматичного досвіду соматичного пацієнта – уже не опція, тим паче не конкурентна альтернатива медичному втручанню. Цю необхідність комплексного медико-психологічного підходу розуміє і визнає українська медична галузь, як і все суспільство [11].

Робота з пораненими, потерпілими від утрат у режимі фізичного та нервово-емоційного перевантаження медиків, психологів, представників інших допомагаючих професій створює необхідність дослідження ефективних методів у складі рекреаційно-профілактичних заходів. Згідно з досвідом, заснованим на класичних та сучасних підходах психоаналізу щодо терапії клієнта, для повноцінного його відновлення після гострої чи тривалої латентної психотравми, при лікуванні психосоматичних порушень потрібні спеціальні умови, якісно підготовлений за ефективними методами персонал; потрібен тривалий час.

Ураховуючи вище наведені дані кількості потребуючих психологічного втручання, виникла необхідність розроблення ефективного економного методу радикальної допомоги особам на етапі проживання ними психологічної травми та її наслідків із психосоматичною симптоматикою у складі.

Мета дослідження – обґрунтувати витоки, змістову структуру, доцільність методу емо-

ційно-образного процесінгу в роботі з клієнтами, у яких проявляється психосоматична симптоматика; емпірично дослідити і підтвердити ефективність методу через психологічно запущений процес десоматизації.

Завдання дослідження: зробити огляд науково-теоретичних джерел; здійснити основний виклад матеріалу авторської концепції ЕОП; оприлюднити методи й результати емпіричного дослідження ефективності ЕОП та обговорити їх; узагальнити отримані результати і намітити перспективи подальших досліджень.

Матеріал та методи. У дослідженні представлено теоретичні та практичні матеріали, відповідні поставленій меті; використано теоретико-аналітичний та емпірично-аналітичний методи. Наші дослідження починаються з науково-теоретичного порівняльного пошуку спільного між підходами до тілесності і психосоматики в класичній психотерапії та в методі емоційно-образного процесінгу. Зв'язок між хворобливими проявами в тілі, емоціями, що їх спричинили, та образним відображенням у підсвідомості клієнтів помітили і на нього спиралась в терапевтичному процесі представники психодинамічного напрямку. Сучасні його послідовники стверджують: захворювання провокується не тільки соматичними або психогенними чинниками, а й певною спадковістю (у методі ЕОП – *родовими непереробленими програмами*); особистісною схильністю (у методі ЕОП – *набутими життєвими сценаріями*); провокуючими психологічними обставинами (у методі ЕОП – *тригерним чинником*).

Метод ЕОП спирається на психоаналітичний підхід класиків у тому, що невирішений внутрішній психологічний конфлікт є основним чинником запуску психосоматичних порушень. Методичний підхід апелює до конверсійності симптому, що виникає у тілі як заміна подавлених самим же клієнтом емоцій. Тіло реагує спочатку сигналами, що викликають незручність та функціонально мають привернути на себе увагу й спонукати вирішити ситуацію. Ці сигнали, як раніше і сама емоція, витісняються, притлумлю-

ються; відбувається відчуження від сенсорного сприймання інформації за рахунок підвищення порогу емоційної та тілесної чутливості. Напруга зростає, і в певний момент під тригерними обставинами симптом активізується. Метод ЕОП концептуально бере до уваги, що травмуюча ситуація і процес, який вона запустила, стартували в довербальний період, коли дитина не володіла словами. Тому терапевтична інтервенція базується на відчуттєвому, емоційно-образному й руховому психічному процесах, які забезпечуються активізацією зв'язаних трьох відділів мозку: у середній та нижній мозковій відділі через лімбічну систему інформація про необхідність згенерувати образи за відповідними до них критеріями поступає з верхнього мозкового відділу – неокортексу. Відповідно, перепрограмування зафіксованих стереотипів психічного відображення має відбуватися за участі образів та рухів у станах, які відповідали дитячому періоду максимальної сприйнятливості та експресії – без критичного аналізу. Доступ до програм, які закладалися рано в дитинстві, можливий у станах легкої розфокусованості, у якому перебувають діти. Викликати ці стани та діставатися зон емоційно-образного й тілесно-рухового відображення раннього дитячого шару психіки дорослої людини можна через специфічні словесні тексти, темп і ритм звертань психолога чи психотерапевта, що в сукупності створює атмосферу безпеки. П. Гілберт наголошував на важливості заспокоєння під час активації емоційної реакції, пов'язаної як із реальною, так і з надуманою загрозою [14].

У концепції методу ЕОП ми розглядаємо можливість дії одночасно двох або більше потреб, що проявляються через подавлені емоції в пусковій ситуації. Ці емоції стали в тілі свого роду «зажимами», які посилюються за певних обставин, а потім проявляються вже без таких обставин. Метод ЕОП дає змогу зрозуміти динаміку і мотив симптому, що відщепився від сюжетних умов і «вирвався на свободу», став самостійним і навіть може передаватися наступним поколінням у тій чи іншій інтенсивності, викликаючи соматичні

реакції. У методі ЕОП використовуються легкі трансові стани, у яких вивільняється творчий потенціал психіки, пробуджується інтерес клієнта до свого непізнаного – до образів, які генерує підсвідомість, або пропонує надсвідомість з архетипного багатства родової пам'яті. Запускається ступенева рефлексія [2; 5; 6; 8; 9].

У гештальт-терапії використовуються різні методи терапевтичної рефлексії для дослідження взаємозв'язку між психологічними та фізичними станами людини. Наприклад, можуть використовуватися вправи зі свідомої уваги до тіла. У традиціях гештальт-підходу слід виокремити уявлення про психосоматичний симптом, який від-рефлексовується як незавершена комунікація; невиявлена клієнтом та неназвана емоція; перерваний потік; проекція відчужених переживань на певну частину тіла. Наступні популярні техніки з гештальт-терапії зазвичай використовуються в роботі з клієнтами, у яких є психосоматичні скарги: 1) «Ідентифікація та ототожнення себе із симптомом»: привласнення симптому, визнання себе його автором; 2) «Перевертень»: прийняття себе в новій поведінці й інтегрування в «Я» нових структур досвіду, які раніше відкидалися або заперечувалися; 3) «Порожній стілець»: використання драматичного діалогу між клієнтом і його симптомом; 4) «Лист до тіла»: через письменництво системне осмислення позитивних функцій власного тіла як контейнера, транслятора, трансформатора, генератора важливих для виживання та якісного життя емоцій і відчуттів; 5) «Перебільшення»: передача «мовою тіла» через рухи, жести, пози, міміку й пантоміміку емоцій, образів, фізичних симптомів, що вивільняють інформацію з підсвідомості й притягують образи та інсайти з надсвідомості.

Одним із базових елементів методу ЕОП, запозичених із гештальт-терапії, є техніка *порожнього стільця*, яку винайшов і успішно практикував із клієнтами Ф. Перлз. Ця техніка давно стала інтермодальною та використовується не тільки в гештальт-терапії, а й у класичному психоаналізі, юнгіанському аналізі,

у транзактному аналізі, у позитивній психотерапії. У ЕОП використовується модифікована версія цієї техніки. На порожній стілець уявно «висаджується» для бесіди симптом або ділянка тіла клієнта чи відповідний символічний образ. З'ясовується: звідки прийшла проблема, як вона відчувається, як сприймає проблема свого господаря (клієнта), що хоче від нього, яку для нього функцію виконує, чого добивається? Якщо в діалозі виявлено, що симптом належить комусь із родини чи дістався від предків, то на стілець запрошується образ цієї людини, і діалог уже ведеться з нею. Відмінною рисою модифікації цієї техніки в ЕОП є те, що сам клієнт щоразу пересаджується і входить в образ того, хто на стільці. При цьому він може вставати, передавати експресивними рухами в ролі образу свої стани, своє «призначення». Техніка «перебільшення», узятя з гештальт-терапевтичного арсеналу, модифікується через прохання терапевта збільшувати уявні масштаби та реальну інтенсивність рухів клієнта.

Часто виявляється, що проблема виникла в дитинстві, тоді клієнт занурюється в образ дитини відповідного віку. Так можна дістатися до причини заархівованого конфлікту, звідти вичленити фігуру значимого дорослого та організувати сократичний діалог та рухове підкріплення. Далі представимо структурований опис кейсу як матеріалу для методичного аналізу.

Кейс № 1 із медико-психологічної практики ЕОП. Клієнтка була перенаправлена до психолога з припущенням психосоматики лікарем, до якого звернулася зі скаргами на відчуття «пухлини» в горлі. Під час медичного огляду не було виявлено гіперемії та набряків, мигдалики видалені в 12 років, слизові, температура, пульс, тиск – у межах норми; щитоподібну залозу перевіряла, змін не виявлено. За методом ЕОП у стані легкого трансу, слідуючи інструкціям психолога, клієнтка опинилась у ситуації свого трирічного віку, де переживала відчай через розлуку з батьком, який залишив її в групі дитячого садка, а сам пішов на роботу. Під час запрошення «трирічної дівчинки» на «порожній стілець» вона вказала, що «бачить,

як інші діти не плачуть, і їй не можна, але дуже хочеться», а також що її «тримає вихователька, а її тато уходить». Те, що вона відчуває у цей момент у тілі, – це спазм у горлі, який стримує плач і «ще щось». На прохання сказати, що вона у цю мить хоче зробити як трирічна дівчинка, клієнтка відповіла, що хоче «зупинити тата, побігти до нього». У цьому місці вона заплакала, і їй дозволено було це робити до тих пір, поки не настало полегшення. Далі на питання, що б вона зробила, якби тато зупинився, клієнтка сказала, що міцно б його обійняла. Їй було запропоновано це зробити спочатку в уяві, потім реальними рухами. Після цього клієнтці було запропоновано в ролі себе трирічної дівчинки уявити, як вона повернулася у групу дитячого садка і обіймає себе «татовими» обіймами. У процесі терапевтичної сесії було відрефлексовано і виражено затримані в травматичній ситуації емоції страху, сорому, вини і злості (слідували питання: що відчувала клієнтка до себе, до тата, до інших учасників ситуації). Виявилося, що змішані емоції клієнтки утворили внутрішню «розтяжку». Вони були спрямовані від центру болю на різні об'єкти: на виховательку (страх), на тата (біль сепарації, фрустрація), на себе (сором і вина), на дітей-свідків (злість). Різноманітні емоції не були виражені; не були розпізнані як свої власні, потрібні; не були інтегровані в арсенал для повноцінної комунікації. Однак вони не зникли, а зупинилися в тілі. Водночас клієнтка відзначила, що не хоче зараз «проковтнути» ту ситуацію; що вона відчуває «щось втрачене», яке хотіла б собі повернути. Вона показала, що «втрата» в тілі одразу в двох ділянках – у горлі і грудях. У бесіді виявилося, що пізніше щоразу в таких обставинах, коли вона не дозволяла собі виразити незгоду або тривогу покинутості, виникав сильний спазм у горлі. Клієнтка згадала, що невдовзі після того випадку у неї в той же період дитинства діагностували гострий ларингіт, який набув хронічної форми, тривав роками та супроводжувався гнійними ангінами – вони дали ускладнення ревматизмом, через що мигдалики у 12-річному віці були видалені. Далі почалися хронічний нежить та

отити. Під час сесії при «запрошенні» образу горлового симптому (ком у горлі) сісти на стілець на питання, чому саме зараз він виник, як він може бути пов'язаний зі змістом виявленого спогаду, «симптом» відповів, що в даний період часу тато, який давно перетнув рубіж довгожителства, став почуватися зле, погано чути і скаржитися на болі в ногах, поганий сон. Клієнткою було виявлено і пропрацьовано за методом емоційно-образного процесінгу витіснені емоції: незавершену сепарацію, страх наступної втрати, почуття провини перед татом, якого не відвідувала клієнтка кілька років через об'єктивні обставини пандемії та війни. Далі було організовано уявну комунікацію клієнтки з батьком, у ході якої вона висловила свої емоції, попросила пробачення за все, що вважала за потрібне, подякувала татові за любов і чудове дитинство, у якому було багато його якісної присутності; уявно обнялася з ним. На наступних двох сесіях аналогічним чином робота була спрямована на звільнення від страху втрат близьких через природне чи завчасне завершення життєвого циклу; створення уявного простору для нових життєвих циклів. Також було з'ясовано, що проблеми з горлом були й у батька клієнтки, який переживав травму сепарації з його власною матір'ю в роки Другої світової війни, коли мати відправила сина з чужими людьми подалі від окупованого місця, і він отримав звістку про її смерть. І хоча звістка пізніше виявилася хибною, утрата, яку пережив і не дозволяв собі виразити батько клієнтки у його дитячому віці, стала естафетою схильності до травми сепарації.

Кейс № 2 із медико-психологічної практики фахового використання методу ЕОП. 27 вересня 2024 р. клієнтка звернулася зі скаргою на страх смерті від діабету 2-го типу, на який хворіє з березня 2022 р. після початку повномасштабної війни. Під час очної сесії було пропрацьовано страх смерті та виявлено його родинне походження; було знайдено образ, який утілював цей страх; була проведена робота з усвідомлення емоції страху як захисної реакції; було організовано комунікацію з образом і його трансформацію. У ході

сесії проявилися також інші емоції, які клієнтка подавляла, – із ними теж була виконана робота за тим самим протоколом. Процес змін тривав без вольового контролю з боку клієнтки – усе відбувалося спонтанно та скидалося радше на гру.

Робота по запиту з емоцією страху смерті вивела на неусвідомлені раніше клієнткою стани. Усі знайдені емоції та відповідні їм образи мали спільне походження з дитинства, а тригер початку війни активізував у клієнтці внутрішню «безпорадну дитину», яка не впоралася, не адаптувалася до пролонгованого стресу. Отже, хвороба спрацювала як форма захисту від необхідності змінюватися, і клієнтка це прийняла. Робота проводилася за алгоритмами методу ЕОП із виходом на ключові фігури, які задавали стереотипний життєвий сценарій «протистресового завмирання і заїдання». Через утілення в образи, через розмову з ними клієнтка розтотожилася з неефективними внутрішніми приписами та звичними станами й діями.

У даному дослідженні також представлено фактичний матеріал використання методу емоційно-образного процесінгу зі зменшення та/або усунення психосоматичних симптомів осіб, які не мали спеціального запиту, а здобували неформальну освіту, опановуючи метод ЕОП в освітньо-тренінговому центрі професійної асоціації психологів. У процесі навчання учасники експериментальної групи проходили терапевтичні індивідуальні та групові сесії. Було використано традиційний план дослідження у двох групах – контрольній ($n=21$) та експериментально-терапевтичній ($n=27$). Вік учасниць – від 22 до 47 років. Дослідження тривало з 28.08.2024 по 20.11.2024 протягом одинадцяти сесій. Комп'ютерна програма згенерувала випадкову послідовність розподілення учасниць дослідження (усі жінки) за групами. Часовий інтервал між тестуваннями під час та після експерименту в обох групах становив 60 днів. Було підібрано стандартизовані методики дослідження, які напряму або через сприяючі чинники вказують на ознаки психогенності соматичних відхилень. «Шкала депресії, три-

воги та стресу» представлена україномовною версією [4] опитувальника Depression Anxiety and Stress Scales [21]. У ній 21 пункт тестових питань згруповано у три шкали: «Депресія», «Тривога» і «Стрес». Респондентам пропонувалося за 4-бальною шкалою вираженості/частоти оцінити, якою мірою вони відчували симптоми, характерні для депресії, тривоги та стресу протягом останнього тижня.

Опитувальник здоров'я пацієнта (Patient Health Questionnaire-15, PHQ-15) [19] призначений для оцінки загального показника соматизації та 15-ти специфічних соматичних симптомів (наприклад, біль у спині, головний біль, закреп або діарея, запаморочення, непритомність, відчуття сильного або прискороного серцебиття, відчуття втоми або відсутності енергії, проблеми зі сном тощо). Досліджувані відповідали, наскільки сильно їх турбували ті чи інші симптоми («зовсім не турбували», «трохи», «сильно») протягом останніх чотирьох тижнів.

Для скринінгу ПТСР використано перекладену й апробовану нами «Шкалу самозвіту симптомів посттравматичного стресового розладу» [14]. Шкала оцінює тяжкість симптомів посттравматичного стресового розладу, якщо він є, за допомогою 17 самооціночних пунктів, що вимірюють три кластери симптомів (повторювані переживання, уникання, підвищене збудження). Кожен пункт оцінюється на основі частоти та тяжкості симптому за шкалою Лайкерта від 0 (зовсім не турбував або тільки один раз) до 3 (майже завжди турбував або п'ять і більше разів на тиждень).

Перекладена і модифікована нами анкета «Індекс особистого благополуччя дорослих» (додано пункт про духовне життя) [16], за допомогою якої досліджувані оцінюють за 10-бальною шкалою (0 – повністю не відчувається благополуччя, 10 – цілком відчувається благополуччя) задоволеність різними аспектами власного життя (здоров'я, безпека, досягнення, особисті стосунки та ін.). Тексти всіх опитувальників за допомогою Google-Forms були доступні досліджуваним. Статистичний аналіз даних був здійснений за допомогою статистичного пакету SPSS-21.

Результати дослідження. Теоретична розвідка дає підстави вважати, що метод показав себе як ефективний завдяки комбінації елементів уже існуючих підходів та специфічним саме для нього рисам. Більше цьому уваги приділено в підрозділі «Дискусія».

Кейс № 1. Симптом «ком у горлі», який до того дошкуляв клієнтці близько двох місяців, став слабнути і зникати вже на першій сесії та пройшов повністю після трьох сесій терапевтичної інтервенції. Він не повертався з 20 січня 2025 р. дотепер. Даний результат є наслідком зміни історії клієнтки; появи її внутрішнього дозволу вийти зі стереотипного сценарію. Те, чого клієнтка не могла усвідомити та позбутися самостійно тривалий час, стало можливим у партнерстві з фахівцем. Психотерапевт, який, поки клієнтка в сесії надягала різні сценарні образи, був для неї то в ролі *контактера* між свідомим і несвідомим, то в ролях *контейнера*, *експозера*, *каталізатора*, *ресурсера*, що і забезпечувало ефективний терапевтичний альянс. Особливим інсайтом стала розпакована й відпрацьована трансгенераційна травма.

Кейс № 2 продемонстрував, що за одну терапевтичну сесію виник такий результат: рівень інсулінорезистентності за показником індексу НОМА знизився до норми. Показник індексу НОМА в клієнтки у червні 2024 р. був 3.26 (рис. 1). Під час повторного обстеження на початку грудня 2024 р. він уже становив 2.54 (рис. 2). Клієнтка підтвердила останній результат як стабільний на кінець лютого 2025 р., повідомивши, що за період із жовтня по грудень 2024 р. її вага знизилась і стабілізувалась із 82 кг до 76 кг на момент контрольного інтерв'ю. Загальне самопочуття покращилося. Тяги до солодкого немає. Зникло постійне почуття голоду і спраги. Кількість рідини, яку випиває клієнтка за добу, зменшилась на 1/3. Зникли сонливість і болі в гомілкових м'язах. Покращився сон. Зникли думки про смерть і страх втрати контролю. Результати в стані здоров'я і самопочуття, отримані після терапії, клієнтка оцінює на 8 балів за 10-бальною шкалою. До втручання вона оцінювала свій стан на 4 з 10. Отже, рівень здоров'я клієнтки

за її суб'єктивною оцінкою покращився на 4 пункти, тобто вдвічі. Аналізи на інсулінорезистентність показали об'єктивне покращення стану здоров'я клієнтки.

INVIVO ТОВ «ІНВІВО КІТІНКА»
10002, м. Житомир, мкр. Пушкінський, 2, офіс 318
Розкриття про виконання ліцензії від 10.10.2022 №1890
ЄДРПОУ 44899620
Інфо-центр, тел.: 0 800 210 777
Сайт: www.invivo.ua

П.І.Б. пацієнта: [REDACTED] Михайлова
Стать: Жінка Рік народження: 1978
Дата зняття: 4 Д.М.С. (Фотопортретна фото)

Дата зняття аналізу: 25.06.2024 0 17 Реєстраційний номер: 10013812506340814150408

Назва дослідження	Результат	Одиниця вимірювання	Референтні значення
Панель №04.03 "Індекс НОМА" (Глюкоза, Інсулін, Індекс НОМА-IR)			
Глюкоза (крів)	5.5	ммоль/л	3.5 - 5.5
Інсулін	33.1	мкдм/мл	2.2 - 25.0
Розрахунок Індeksu НОМА	2.28		до 3.5
Примітка до результату:			
Панель №16.10 "Глюкозотолерантність" (ГГГ, ГГТ, МНВ, АНГ, ГГ, ферментативні)			
Глюкоза натщесерцево (ГГГ)	40.5	ммоль/л	27 - 45
Глюкоза через 1 годину (ГГТ)			
Глюкоза через 2 години (ГГТ)			
Розрахунок Глюкозотолерантності (ГГТ)	75.2	%	75 - 125

Рис. 1. Довідка про обстеження пацієнтки від 25.06.2024

Атестат про акредитацію за національним стандартом ДСТУ EN ISO 15189:2015 (EN ISO 15189:2013, ISO)
Результати лабораторних досліджень № 1000080314096
Дата зняття аналізу: 01.11.2024

П.І.Б. пацієнта: [REDACTED] Михайлова
Дата народження: 27.10.78 Вік: 46 Стать: Ж
Лікар: [REDACTED]
Адреса оформлення замовлення: Рецепція ТОВ Світа Катерина-Одеса
Примітка:

Тиж. вагітності: 0 - 0 Фаза менструального циклу:

Код	Показник	Біоматеріал	Облаштування	Результат	Одиниця вимірювання	Референтні значення
Комплекс №41 "Індекс НОМА" (Інсулін, глюкоза, Індекс НОМА)						
1302	Інсулін	волося кров	Автоматичний імунореактивний аналізатор Abbott CL 6000	10.94	мкдм/мл	2.2 - 25.0
8013	Глюкоза	волося кров	Автоматичний біохімічний аналізатор Abbott J8000	5.23	ммоль/л	3.1 - 5.9
8121	Розрахунок Індeksu НОМА	волося кров		2.54		< 2.7

Завідуюча лабораторією: [REDACTED] Лукашук Ольга Павлівна
Дата і час виконання дослідження: 01.11.2024 20:56:31

Примітка: Результат дослідження є дійсним і вимагає консультації лікаря.
Референтні значення важливі для статистичної оцінки пацієнта.
Біоматеріал: кров для ЗМЗ зберігається до 2 днів, сироватка - до 10 днів, ургентні результати зберігаються до 3 днів.

Рис. 2. Довідка про обстеження пацієнтки від 01.11.2024

Показники обстеження на інсулінорезистентність після терапевтичного втручання за запитом клієнтки стали відповідати нормі та зберігаються такими вже понад пів року.

За результатами роботи в експериментальній групі під час навчання та в контрольній групі, яка навчання не проходила, зібрано дані по різних методиках.

Експериментальна і контрольна групи на початку дослідження не мали статистично значущих відмінностей за діагностичними показниками (U-критерій Мана – Вітні). Після терапевтичного впливу (табл. 1) в експериментально-терапевтичній групі всі діа-

гностичні показники статистично значуще ($p \leq 0,05$) покращилися (W-критерій Вілкоксона), хоча і незначною мірою, на відміну від контрольної групи, діагностичні показники якої не зазнали статистично значущих змін ($p \geq 0,05$). В експериментальній групі середньоарифметичні показники шкал тесту DASS-21 до терапевтичного навчання та після нього статистично значуще відрізняються за критерієм знакових рангів Вілкоксона. Показники за шкалами «Тривожність» (вегетативна реакція та напруга скелетних м'язів при тривожних станах), «Депресія» (переживаннями апатії, дисфорії і безнадійності), «Стрес» (хронічне неспецифічне збудження, що провокує дратівливість та проблеми з розслабленням) після навчання значимо стали нижчими, ніж до нього. Усі показники «Шкали посттравматичної симптоматики» (PSS-SR) до терапевтичного експерименту та після нього статистично значуще відрізняються за критерієм знакових рангів Вілкоксона. Показники за шкалами «Підвищене збудження», «Уникнення повторного досвіду», як і загальний показник ПТСР, після експериментального навчання теж значимо нижчі, ніж до нього.

Міра прояву усіх соматичних симптомів після експерименту також зменшилася. Але суттєво, тобто статистично значимо, вона зменшилася лише для таких симптомів, як: біль у животі, біль у спині, біль у руках і ногах, менструальні болі (дискомфорт), нудота, здуття живота, розлади шлунку, проблеми зі сном. Решта симптомів залишилися на тому ж рівні, що і до терапії. Характерно, що симптоми, міра прояву яких сумарно по групі значимо зменшилась, як правило, траплялися серед досліджуваних найчастіше, що підтверджує неспецифічність соматичних симптомів психогенного походження.

Аналіз самооцінки особистого благополуччя за методикою «Індекс особистого благополуччя дорослих» PWI-A свідчить, що показники по субшкалах «Здоров'я», «Досягнення», «Стосунки з людьми, що оточують», «Упевненість у майбутньому», «Духовність» статистично відрізняються: після учбової

програми вони стали значимо вище, ніж до неї. «Величина ефекту» не є значною – у середньому, від 0,4 до 0,7 бали за 7-бальною шкалою вимірювання. Показники по субшкалах «Матеріальне становище», «Безпека», «Стосунки з близькими людьми» до терапії та після неї статистично значуще не відрізняються. Отже, експериментальні умови вплинули на психосоматичні симптоми певного спектру безпосередньо, що вказує на те, що переважна більшість їх походить із дитинства, а проявляється в теперішніх ситуаціях тригерів війни.

Схильність до посттравматичного стресового розладу та ступінь прояву окремих невротичних симптомів можна прослідкувати за даними діаграми змін показників ментального та соматичного станів після експерименту за методикою «Шкала самозвіту симптомів посттравматичного стресового розладу» (рис. 3). На даній діаграмі представлено кількість досліджуваних (%), у яких змінилися невідповідні нормі показники симптоматики до експерименту на нормальні – після нього.

У результаті терапевтичного впливу помітною є кількість досліджуваних, у яких після

навчальної програми, у якій модулювалися терапевтичні ситуації, показники норми збільшилися: ситуація щодо стресу покращилася для учасників на 26%, щодо депресії – на 33%, щодо тривожності – на 26%, щодо соматизації – на 19%, а відносно елементів ознак ПТСР – на 22%.

Досвід психологів та психотерапевтів асоціації психосоматики та емоційно-образного підходу в терапії, у тому числі фахівців-медиків, які працюють із клієнтами за методом ЕОП, указує на його ефективність та економічність: стійкі результати досягаються за кілька сесій при конкретних скаргах психосоматичного спектру. Так, із числа шести клієнтських психосоматичних звернень за 2024 р. троє клієнток позбулися харчової залежності, у всіх трьох зменшилась зайва вага, а в однієї понизилася інсулінорезистентність до норми при цукровому діабеті другого типу. У четвертої клієнтки припинився хронічний кашель; у п'ятої зникли алергічні реакції на невідзначений алерген; у шостого клієнта зникли рецидиви папілом після видалення, при тому, що до психотерапії вони знову виникали після їх ліквідації лазерним способом. Це

Таблиця 1

Зведені показники даних за методикою «Шкала депресії, тривоги та стресу» в експериментальній та контрольній групах

Діагностичні Шкали	Терапевтична група, М		W – критерій Вілкоксона, (n=27)		Контрольна група, М		W – критерій Вілкоксона, (n=21)	
	До	Після	Z	P	До	Після	Z	P
Шкала «Тривожність», DASS-21	3,8	2,1	-3,138	0,002	4,3	4,4	-0,355	0,723
Шкала «Депресія», DASS-21	4,7	2,3	-3,767	0,001	4,4	4,2	-0,608	0,543
Шкала «Стрес», DASS-21	7,5	5,3	-3,258	0,001	7,4	7,1	-0,876	0,381
Опитувальник здоров'я пацієнта, RHQ-15	7,5	4,7	-3,415	0,001	7,2	6,9	-0,699	0,485
Шкала «Повторне переживання», PSS-SR	2,7	1,5	-2,298	0,022	2,5	2,3	-1,031	0,302
Шкала «Уникання», PSS-SR	4,5	2,5	-2,325	0,020	3,4	3,0	-1,469	0,142
Шкала «Підвищене збудження», PSS-SR	5,3	3,2	-3,177	0,001	4,1	4,1	-0,328	0,743
Шкала посттравматичної симптоматики PSS-SR, загалом	12,4	7,1	-2,759	0,006	10,0	9,5	-1,330	0,183
«Індекс особистого благополуччя дорослих» (PWI-A), загалом	37,5	40,9	-2,813	0,005	38,1	40,5	-1,947	0,052

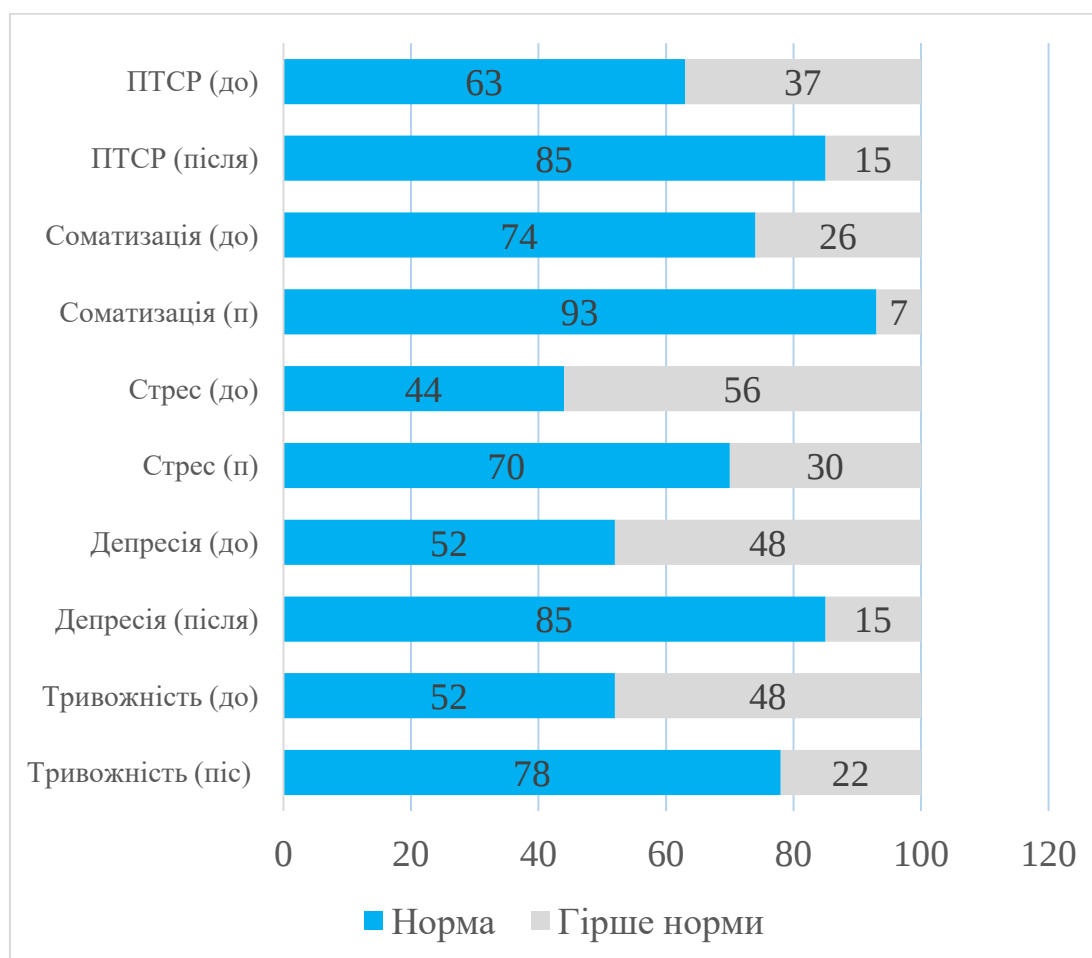


Рис. 3. Діаграма змін показників ментального та соматичного станів за методикою «Шкала самозвіту симптомів посттравматичного стресового розладу»

перелік прикладів тільки від двох фахівців, що представляли ці дані під час супервізійного шерінгу в лютому 2025 р.

Дискусія. Метод емоційно-образного процесінгу, що діє в обхід логічного раціонального обговорення та вольових зусиль із боку клієнта, вказує на шлях, відповідний духовній природі людини, у якої є потреба в творчості та грі, у змінених, відцентрованих від звичного образу «Я», станах. У терапевтичному процесі клієнт починає відчувати себе режисером подій у власному світі, однак не єдиним його автором.

Сімейно-родинна психосоматична естафета, що передається з покоління в покоління, розглядається в методі ЕОП як трансгенераційний процес соматизації архівованих у генетичній пам'яті травм. Основні поло-

ження трансгенераційного підходу представлено Н. Абрахам і А. Шутценбергер [10; 21]. Вони полягають у тому, що переживання, недовиражені попередніми поколіннями, проступають в емоційних станах і певних стереотипних реакціях нащадків. За дослідженнями А. А. Шутценбергер, засновниці трансгенераційного напрямку в психотерапії, «...пережита травма прихована в серці і тілі нащадків... як вираження сімейного та соціального трансгенераційного несвідомого» [21]. За трансгенераційним підходом після виявлення походження травми терапія проводиться засобами усвідомлення в діалозі між пацієнтом і терапевтом. У методі ЕОП «переплавити» застарілі зажими в тілі – це запустити *процесінг* як систему процесів у фазових мікромодулях. Інколи потрібно проводити кілька

циклів із повторним проходженням фаз, зміст яких щоразу самочинно видозмінюється. Ця спонтанна видозміна утримує увагу, інтерес клієнта і терапевта, дає ресурсність та робить терапевтичний процес захоплюючим.

У багатьох психодинамічних напрямках передбачено слідування за клієнтом у недирективний спосіб. За методом ЕОП керована терапевтом фазовість, прямі вказівки між фазами, директивно ініційоване повторне заходження клієнта в мікромодулі передбачає, між тим, свободу його асоціацій та самовираження через образи та рухи. Такий подвійний директивно-недирективний підхід стимулює інтерес і повагу клієнта до власного життєвого матеріалу, у якому стає можливою *десоматизація*, тобто позбавлення болю і тілесного дискомфорту через зміну парадигми внутрішнього світу клієнта.

У кожному циклі є послідовні фази-мікромодулі, що становлять авторську модель в ЕОП, яка дістала назву «7 В»:

- 1) *Відчувати* стан, емоції, виявити їх у тілі.
- 2) *Впізнати* як своє/чуже.
- 3) *Визнати* їх право на існування і потрібність.
- 4) *Виразити* стан через уявні образи, рухи тіла та дихання.
- 5) *Вербалізувати* – підібрати слова та описати те, що відбувається; увійти в діалог та трансформувати.
- 6) *Верифікувати* – перевірити, чи зник симптом, чи потрібно продовжити роботу до повного його зникнення.
- 7) *Вбудувати* набутий досвід у життя – самостійно застосовувати метод у випадках термінової необхідності.

У ході апробації методу ЕОП виявилось, що як в індивідуальній онтогенетичній історії клієнта, так і в історії родоходу йому як суб'єкту перетворень важливо не просто пізнавати факти подій та «артефакти» в тілі, а дозволити їм стати творчим процесом, трансформуватися через образи – стати ресурсом клієнта. Переробка життєвого матеріалу в розумінні ЕОП – не «важка» робота, а захоплююче партнерство, де клієнту і терапевту належать розподілені на двох ролі дизайнера та ко-дизайнера. Такого

рольового спарингу не спостерігається в жодній з існуючих модальностей. Із метою запуску десоматизації в ЕОП використовується м'який «сталкерінг» безпечного проходження клієнтом небезпечних ділянок родової пам'яті, щоб відчувати емоції предків як життєвий динамічний матеріал у собі, «дизайнері» роду; стати допитливим дослідником та ретранслятором; прожити, використати, інтегрувати ті переживання в живу тонку матерію буття. Метод ЕОП дає змогу зібрати, «зцілити» архітектуру психіки людини зі знаходженням у ній емоційно заряджених образів, що утримуються, як бранці у підвалі підсвідомості; розпізнати в них важливі й потрібні емоції та звільнити їх.

В існуючих психодинамічних підходах страждання, або «робота горя», за висловом Еріка Ліндемана, – важливий природний процес прийняття, проживання і відпускання не лише емоцій і почуттів, а й фізичних відчуттів, пов'язаних із реакцією на втрату. Часто пацієнт чи клієнт приховує стан горя від самого себе – спрацьовує захист образу «благополучного Я». Е. Ліндман дослідив, що існують ознаки горювання через утрату близької людини [20]. За методом ЕОП фахівець може відстежити навіть неусвідомлюване *недогорювання* трансгенеративних родових втрат. ЕОП допомагає пережити втрату, звільнитися від обмежень, пристосуватися до реалій життя у його неперервній плінності і відкривати себе та світ заново – без страху до минулого чи ностальгії за ним. Для цього використовуються імагінації за мотивами, відповідними до запиту, до історії та стану клієнта.

Імагінації – відомий елемент психоаналітичної терапії. Так, кататимно-імагінативна психотерапія (КІП), розроблена німецьким лікарем-психіатром Х. Льюїнером та адаптована в Україні З. Кісарчук в Інституті психології ім. Г.С. Костюка, використовує імагінації. У класичному її представленні терапевт застосовує фіксовану ієрархію мотивів та відповідні імагінаційні «наводки» в недирективний спосіб. У ЕОП у процесі імагінації образів, потім у сократичному діалозі, відбувається знайомство з витісненим страж-

данням, прийняття або відпускання його як важливого і значимого; кульмінаційне вираження станів через ідеомоторні та реальні рухи, переживання катарсису. Клієнт з інтересом спостерігає за внутрішніми сценами, які розгортаються; за змінами в тілі під час імагінації та змінами власної поведінки в процесі сесії й після неї.

Таким чином, новизна підходу емоційно-образної терапії полягає у такому: 1) Для терапії ЕОП ментальних та соматичних порушень використовується триєдиний вплив: а) згенерованих підсвідомістю динамічних образів; б) розпакованих у тілі емоцій, розпізнаних як соматичні прояви; в) ініційованих ментальних дій, що підкріплюються фізичними рухами. Цей вплив запускає трансформацію образу «Я», який набуває цільності у його психічному і тілесному, суб'єктному і середовищному компонентах. 2) Модальність ЕОП частково базується на визнаних психотерапевтичних методах: гештальт-терапії; кататимно-імагінативній терапії; трансгенераційній психотерапії; транзактному аналізу у його класичному представленні та в похідних напрямках психосинтезу, IFS-терапії, сімейних розстановках; юнгіанському психоаналізу; психотілесній терапії; орієнтованій на рішення короткочасній терапії BSFT, нейролінгвістичному програмуванні, емоційно-фокусованій терапії. 3) У модальності ЕОП стимулюється не тільки емоційно-образна динаміка на ментальному рівні в сократичному діалозі, а й на рівні тілесної рухової експресії. 4) Відмінною ознакою методу ЕОП є *процесінг* (система одночасних та/або хронологічних процесів переробки досвіду). Інтроспекція, модифікація та зміни запускаються й підтримуються завдяки балансу між директивними настановами та недирективним саморозгортанням нового у відчуттях та інсайтах клієнта.

Виявлена ефективність методу ЕОП у роботі з психосоматичними порушеннями пояснюється кількома факторами: опорою на потреби, досвід, уяву клієнта; усуненням розщеплення клієнта на себе та відчужені емоції; створенням умов переробки та інтеграції досвіду, у тому числі трансгенераційного; увагою до

тіла в його симптомах, ресурсах; роботою із життєвим сценарієм, у тому числі родовим сценарним матеріалом, який не тільки може створювати хворобливі симптоми, а й містити в собі потенціал для адаптації та компенсації; стратегією векторного процесінгу самовідновлення і саморозвитку клієнта як цілісної системи «психіка – тіло», що перебуває у неперервному життєвому потоці.

Висновки. Емоційно-образний процесінг побудований на вже існуючих наукових джерелах, доказових способах психологічної допомоги, однак він має концептуально-структурну специфіку, що дає можливість клієнту за відносно короткий період часу усунути психогенні чинники та позбутися психосоматичних порушень.

ЕОП, як демонструє професійний досвід задіяних у дослідженні психологів, може ефективно застосовуватися у роботі з психосоматичними клієнтами, які ще не розпізнали потребу в медичному обстеженні та лікуванні. Професійне психологічне навчання, присвячене психосоматичним клієнтським запитам, дає змогу виявити у себе поширені соматичні проблеми, пов'язані з болями та дискомфортом. Освітні умови практикування методу можуть сприяти покращенню стану через апробацію технік під час виконання навчальних завдань.

Водночас емоційно-образний процесінг може стати ефективним додатком до комплексної роботи з тими, хто вже знаходиться на диспансерному обліку в медичних закладах і хто тривалий час лікується без суттєвих покращень. Використання методу психологічного впливу ЕОП створює у таких випадках ситуацію внутрішнього дозволу на покращення стану або одужання.

Перспективою подальших досліджень є перевірка ефективності методу емоційно-образного процесінгу в роботі з пацієнтами на предмет скарг різної нозології, а також у роботі з тими, хто переживає втрату, хто знаходиться на етапі реабілітації після поранення, спортивних, бойових травм, ПТСР.

Інформація про конфлікт інтересів. Відсутній конфлікт інтересів.

Література

1. Глобальний гуманітарний огляд УКГП ООН, грудень 2023 року. 2024. URL: <https://www.unocha.org/publications/report/world/global-humanitarian-overview-2024-enarfres>
2. Губа Н. Рефлексія: проблематика формулювання концепту. *Наукові записки. Серія «Психологія»*. 2024. Вип. 3(5). С. 13–19. <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-3-2>
3. Іллющенко С. Психологічний зміст феномена рефлексії як властивості, процесу, стану. *Вісник Національного університету оборони України* 2021. № 4(57). С. 32–43. <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2020-57-4-32-43>
4. Мельник Ю., Стадник А. Шкала депресії, тривоги та стресу : методичний посібник (українська версія). Харків : ХОГОКЗ, 2023. 12 с. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/65092/1/Melnyk.Stadnik.4.2023.DASS.pdf>
5. Обискалов І. Рефлексія: поняття, види, функції, психологічна структура. *Журнал сучасної психології*. 2023. № 4(31). С. 48–57. URL: <https://journalsofznu.zp.ua/index.php/psych/article/view/3942>
6. Палій А., Сльчанінова Т., Шевченко В. Рефлексія як структуротворчий компонент професійної діяльності. *Перспективи та інновації науки*. 2024. № 6(40). С. 867–876. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-6\(40\)-867-876](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-6(40)-867-876)
7. Чабан О., Хаустова О. Психічне здоров'я в період пандемії COVID-19. Особливості психологічної кризи, тривоги, страху та тривожних розладів. *НейроNevs: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2020. № 3(114). С. 26–36. <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2020.3.11678>
8. Чаплак Я., Чуйко Г. Рефлексія як метакогнітивний феномен психології. *Psychological journal*. 2021. Вип. 7. № 9(53). С. 35–47. URL: <https://archer.chnu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/4189>
9. Шевченко Н. Рефлексивність як чинник розвитку особистості психолога-консультанта. *Журнал сучасної психології*. 2022. № 4. С. 85–92. <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2022-4-10>
10. Abraham N., Torok M. The Shell and the Kernel. *Renewals of Psychoanalysis*, Volume 1. London, 1994. 280 p. URL: <https://press.uchicago.edu/ucp/books/book/chicago/S/bo3636993.html>
11. Chaban O., Khaustova O., Sak L. A psychosomatic approach to the diagnosis and treatment of anxiety in patients with chronic noncommunicable diseases. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. [Internet]. 2020 May 21 [cited 2025 Jun. 3], 5(1). <https://doi.org/10.26766/pmgp.v5i1.229>
12. Fava G., Cosci F., Sonino N. Current psychosomatic practice. *Psychother Psychosom*. 2017, 86(1). pp. 13–30. <https://doi.org/10.1159/000448856>
13. Foa E., Riggs D., Dancu C. et al. Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Trauma Stress*. 1993, № 6. pp. 459–473. <https://doi.org/10.1007/BF00974317>
14. Gilbert P. A Brief Outline of the Evolutionary Approach for Compassion Focused Therapy. *EC Psychology and Psychiatry*. 2017, 3(6). pp. 218–227. URL: <https://ecronicon.net/assets/ecpp/pdf/ECPP-03-00107.pdf>
15. International Wellbeing Group. Personal Wellbeing Index: 5th Edition. Melbourne: Australian Centre on Quality of Life. Deakin University. 2024. URL: <https://www.acqol.com.au/uploads/pwi-a/pwi-a-english.pdf>
16. Kirby J. Compassion interventions: The programs, the evidence, and implications for research and practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2016, 90(3). pp. 432–455. <https://doi.org/10.1111/papt.12104>
17. Kroenke K., Spitzer R., Williams J. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*. 2002, 64(2). pp. 258–266. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00008>
18. Leaviss J., Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine*. 2015, 45(5). pp. 927–945. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002141>
19. Lovibond S., Lovibond P. Manual for the Depression Anxiety and Stress Scales. (2nd Ed.). Sydney: Psychology Foundation, 1995. URL: <https://search.worldcat.org/title/Manual-for-the-depression-anxiety-stress-scales/oclc/222009504>
20. Satin D. Community Mental Health, Erich Lindemann, and Social Conscience in American Psychiatry – a Source Book of the History of Ideas and Ideologies. New York: Routledge, 2020. <https://dash.harvard.edu/entities/publication/621ef515-e4ce-4f8d-a677-6eab40ba1464>

21. Schützenberger A. The Ancestor Syndrome: Transgenerational Psychotherapy and the Hidden Links in the Family Tree. Routledge. 1998. 224 p. URL: <https://www.routledge.com/The-Ancestor-Syndrome-Transgenerational-Psychotherapy-and-the-Hidden-Links-in-the-Family-Tree/Schutzenberger/p/book/9780415191876?srsId=AfmBOoqz6ueQGz5SLtzM5RJK3nY4V7eoYxGves1wWNgNWQawrsnTBEvI>

22. Stefan C., Cheie L. Self-compassion and social anxiety in late adolescence: contributions of self-reflection and insight. *Self and identity*. 2020. pp.1–13. <https://doi.org/10.1080/15298868.2020.1861082>.

23. World Bank. Ukraine – Third Rapid Damage and Needs Assessment (RDNA): February 2022. December 2023 (English). Washington, D.C.: World Bank Group. URL: <http://documents.worldbank.org/curated/en/099021324115085807>

References

1. Hlobalnyi humanitarnyi ohliad UKHP OON, hruden 2023 roku. (2024). [UN OCHA Global Humanitarian Review, December 2023]. <https://www.unocha.org/publications/report/world/global-humanitarian-overview-2024-enarfres>. [in Ukrainian].

2. Huba N. (2024). Refleksiia: problematyka formuluuvannia kontseptu [Reflection: Problems of Concept Formulation]. *Naukovi Zapysky. Seriia: Psykholohiia*. Vypusk 3(5), 13–19. <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-3-2> [in Ukrainian].

3. Illiushchenko S. (2021). Psykholohichniy zmist fenomena refleksii yak vlastyvosti, protsesu, stanu [Psychological content of the phenomenon of reflection as a property, process, state]. *Visnyk Natsionalnoho universytetu oborony Ukrainy*. 4(57), 32–43. <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2020-57-4-32-43> [in Ukrainian].

4. Melnyk Yu., Stadnik A. (2023). Shkala depresii, tryvohy ta stresu: metod. posib. (ukr. versiia) [Depression, Anxiety and Stress Scale: A Methodological Guide (Ukrainian version)] Kharkiv: KhOHOKZ. <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/65092/1/Melnyk.Stadnik.4.2023.DASS.pdf> [in Ukrainian].

5. Obyskalov I. (2023). Refleksiia: poniattia, vydy, funktsii, psykholohichna struktura [Reflection: concept, types, functions, psychological structure]. *Zhurnal suchasnoi*

psykholohii. 4(31), 48–57. <https://journalsofznu.zp.ua/index.php/psych/article/view/3942> [in Ukrainian].

6. Palii A., Yelchaninova T., Shevchenko V. (2024). Refleksiia yak strukturotvorchyi komponent profesiinoi diialnosti [Reflection as a Structure-Forming Component of Professional Activity]. *Perspektyvy ta innovatsii nauky*. 6(40), 867–876. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-6\(40\)-867-876](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-6(40)-867-876). [in Ukrainian].

7. Chaban O., Khaustova O. (2020). Psykhichne zdorovia v period pandemii COVID-19. Osoblyvosti psykholohichnoi kryzy, tryvohy, strakhu ta tryvozhenykh rozladiv [Mental health during the Covid-19 pandemic. Features of psychological crisis, anxiety, fear and anxiety disorders]. *NeiroNevs: psykhonevrolohiia ta neiropsykhiatriia*. 3(114), 26–36. <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2020.3.11678>. [in Ukrainian].

8. Chaplak Ya., Chuiko H. (2021). Refleksiia yak metakohnityvnyi fenomen psykholohii [Reflection as a metacognitive phenomenon of psychology]. *Psychological journal*. 7(9/53), 35–47. <https://archer.chnu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/4189>. [in Ukrainian].

9. Shevchenko N. (2022). Refleksyvnist yak chynnyk rozvytku osobystosti psykhologa-konsultanta [Reflexivity as a factor in the development of the personality of a psychologist-consultant]. *Zhurnal suchasnoi psykholohii*. 4, 85–92. <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2022-4-10> [in Ukrainian].

10. Abraham N., Torok M. (1994). The Shell and the Kernel. *Renewals of Psychoanalysis*, Volume 1. London, 280 p. <https://press.uchicago.edu/ucp/books/book/chicago/S/bo3636993.html>

11. Chaban O., Khaustova O., Sak L. (2020). A psychosomatic approach to the diagnosis and treatment of anxiety in patients with chronic noncommunicable diseases. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 5(1). <https://doi.org/10.26766/pmgp.v5i1.229>

12. Fava G., Cosci F., Sonino N. (2017). Current psychosomatic practice. *Psychother Psychosom*. 86 (1), 13–30. <https://doi.org/10.1159/000448856>

13. Foa, E., Riggs D., Dancu C. et al. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Trauma Stress*. 6, 459–473. <https://doi.org/10.1007/BF00974317>

14. Gilbert P. (2017). A Brief Outline of the Evolutionary Approach for Compassion Focused Therapy. *EC Psychology and Psychiatry*, 3(6), 218–227. <https://ecronicon.net/assets/ecpp/pdf/ECPP-03-00107.pdf>
15. International Wellbeing Group. (2013). Personal Wellbeing Index: 5th Edition. Melbourne: Australian Centre on Quality of Life. Deakin University. <https://www.acqol.com.au/uploads/pwi-a/pwi-a-english.pdf>
16. Kirby J. (2016). Compassion interventions: The programs, the evidence, and implications for research and practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 90(3), 432–455. <https://doi.org/10.1111/papt.12104>
17. Kroenke K., Spitzer R., Williams J. (2002). The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*. 64(2), 258–266. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00008>
18. Leaviss J. and Uttley L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine*. 45(5), 927–945. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002141>
19. Lovibond S., Lovibond P. (1995). Manual for the Depression Anxiety and Stress Scales. (2nd Ed.). Sydney: Psychology Foundation. <https://search.worldcat.org/title/Manual-for-the-depression-anxiety-stress-scales/oclc/222009504>
20. Satin D. (2020). Community Mental Health, Erich Lindemann, and Social Conscience in American Psychiatry – a Source Book of the History of Ideas and Ideologies. New York: Routledge. URL: <https://dash.harvard.edu/entities/publication/621ef515-e4ce-4f8d-a677-6eab40ba1464>
21. Schützenberger A. (1998). The Ancestor Syndrome: Transgenerational Psychotherapy and the Hidden Links in the Family Tree. Routledge, 224. <https://www.routledge.com/The-Ancestor-Syndrome-Transgenerational-Psychotherapy-and-the-Hidden-Links-in-the-Family-Tree/Schutzenberger/p/book/9780415191876?srsId=AfmBOoqz6ueQGz5SLtzM5RJk3nY4V7eoYxGveslwWNgNWQawrsnTBEvI>
22. Stefan C. & Cheie L. (2022). Self-compassion and social anxiety in late adolescence: Contributions of self-reflection and insight. *Self and Identity*. 21(2), 210–222. <https://doi.org/10.1080/15298868.2020.1861082>
23. World Bank. Ukraine – Third Rapid Damage and Needs Assessment (RDNA3). (2023). Feb 2022 – Dec 2023. Washington, D.C.: World Bank Group. URL: <http://documents.worldbank.org/curated/en/099021324115085807>

Прийнято до публікації: 18.06.2025

Опубліковано: 30.07.2025

Accepted for publication on: 18.06.2025

Published on: 30.07.2025