

**КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА
ПСИХОТЕРАПІЇ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

**на тему:
Самодетермінація особистості як фактор впливу на
психосоматичне здоров'я**

Здобувача (ки) 2 курсу ПМ-221
групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
Клінічна психологія
Тарабакіної В.С.
(прізвище та ініціали)
Керівник
Д.ПСИХОЛ.Н., ДОЦ.,
Завязкіна Н.В.
(вчене звання, науковий ступінь, прізвище та
ініціали)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології та кафедри соціальної психології

Протокол № 10 від « 24 » червня 2024р.

Зав. кафедри клінічної психології

Д.ПСИХОЛ.Н., С.Н.С., Лисенко І.П.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Зав. кафедри соціальної психології

К.ПСИХОЛ.Н., Трофімова Д.О.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Київ–2024

ВСТУП**РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖУВАНОЇ ТЕМАТИКИ В ПСИХОЛОГІЧНІЙ ЛІТЕРАТУРІ**

1.1. Базові поняття: психосоматика, психосоматична медицина, психологія здоров'я, психосоматичне здоров'я	9
1.2. Основні концепції психосоматики.....	11
1.3. Поняття самодетермінації та його складові.....	25
1.4. Поняття майндфулнес та його зв'язок із самодетермінацією.....	30
Висновки до розділу I	41

РОЗДІЛ II. МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Цілі, задачі та організація емпіричного дослідження.....	42
2.2. Характеристика вибірки.....	49
Висновки до розділу II	52

РОЗДІЛ III. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1 Описові статистики та перевірка розподілів на нормальність.....	53
3.2 Кореляційні зв'язки між шкалами обраних методик	60
3.2.1 Перевірка гіпотез про середні в групах для обраних методик.....	61
3.2.2. Аналіз кореляційних зв'язків	64
3.2.3 Аналіз лінійної регресії	72
3.2.4. Перевірка на включеність предиктора Соматизація до моделей лінійної регресії решти досліджуваних конструктів.....	78
3.3. Рекомендації для зменшення схильності до психосоматичних проявів	88
Висновки до розділу III.....	97
ВИСНОВКИ.....	101
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	103

ВСТУП

Актуальність теми: людина завжди була частиною системи. Племені, клану, роду. Частиною громади, адептом віросповідання. Містянином чи селянином, громадянином країни, що розвивається, чи надмогутньої держави. Відчувати себе «одним з», включеними у систему цінностей, поглядів, дозволів та заборон є біологічною основою нашої природи. Мільйони років приналежність до групи та наслідування її правил та порядків обумовлювали виживання індивіда. Групи були чітко окреслені, відокремлені, досліджування цінностей та можливостей іншої групи могли дозволити собі одиниці – ризикуючи втратою прийнятності у власному гнізді.

Картинка майбутнього фіксувалася тим, до якої системи людині довелося потрапити. Вжити, зайняти територію, розмножитися – основний біологічний заклик, саме його потрібно було виконати, орієнтуючись на наявні в даній системі умови. Відповідність системі надавала безпеку, передбачуваність, зрозумілість. Визначення себе, своїх власних намірів, орієнтирів що суперечать загальноприйнятим, вибудовування особистої траєкторії могло спричинити відторгнення громадою. Замислюватися над власним покликанням, дивитися ширше, вийти за рамки звичного, визначати свою долю – все це відносно нещодавнє надбання нашої цивілізації. Можливість мігрувати між системами, самовизначатися, створювати динамічні системи на власних засадах виникла не так давно, проте стрімко змінює точку прикладання уваги особистості. Дедалі більше відповідальність за гармонійне проживання свого життя переноситься з системи, яка раніше передбачала і через свої механізми гарантувала його до певної міри, на особистість. Надійність систем та їхні засади трансформуються із шаленою швидкістю. Гендерна приналежність, інститут шлюбу, рівень скляної стелі для жінок, геополітична картина: вчорашня криця сьогодні - сипучі піски.

Звичайно, питання самодетермінації особистості є дуже актуальним на сьогодні і його актуальність лише зростатиме. Воно виходить на передній

план для кожного українця, хто з перших же днів повномасштабного наступу Росії на Україну прийняв рішення залишити родину та вступати в лави ЗСУ, або продовжувати працювати та бути частиною економічного фронту, чи залишаючись де-факто в країні, відгородитися від того що відбувається. Це пріоритетне питання для кожної українки, яка залишилася в країні, чи вивезла дітей за кордон. У той час, коли **жоден вибір не є однозначно схвалений суспільством**, коли динамічна ситуація знову і знову змушує його переглядати, синхронізуватися зі своїми власними цінностями та баченням, самодетермінація дозволяє утримувати увагу на центрі прийняття рішень всередині себе. Зростання викликів на геополітичному рівні лише підкреслює критичну значущість самодетермінації для людей із будь-якої точки світу.

Психосоматичне реагування є одним з найяскравіших проявів напруги, із якою люди стикаються за різних несприятливих життєвих обставин. Зростання невизначеності у суспільстві, втрата загальноприйнятих орієнтирів та опор призводить до збільшення ситуацій, що людиною сприймаються як небезпечні, непередбачувані, загрозливі. І це, своєю чергою, збільшує різноманіття та ступінь виразності психосоматичних проявів. Водночас, за тих самих непростих зовнішніх обставин, знаходяться люди, чия динаміка змін протилежна. Вони краще адаптуються до нових реалій, відчують себе більш спроможними впливати на свою долю, приймають рішення, які дозволяють їм звільнитися від надлишкової емоційної напруги. Ті, чий рівень соматизації лишається незмінним, або навіть зменшується.

Для вивчення цього феномену, на нашу думку, важливо *дослідити самодетермінацію людей із різним рівнем психосоматичного реагування і, відповідно, різним рівнем психосоматичного здоров'я*. Дослідження може допомогти виявити характерні для психосоматичної стійкості аспекти сприйняття себе як автора власного життя, фактори, що допомагають протидіяти негативному впливу середовища, сприяють знаходженню внутрішніх резервів, що забезпечують самостійність вибору, напрямку саморозвитку та самореалізації. Важливим аспектом нашого дослідження є

врахування динаміки у зміні інформаційного поля. Якщо за радянських часів це поле було одноманітним і націленим на те, щоб підпорядковувати особистість потребам групи, сучасна людина щоденно контактує із безпрецедентною за обсягом та різноспрямованістю інформацією. У зв'язку із чим особливої актуальності для побудови власного життя набуває здатність людини відокремлюватися від потоку нав'язаних уявлень, емоцій, безоціково усвідомлювати себе та навколишню реальність. *Дослідження передбачає можливість розглянути як ця здатність до майндфулнес пов'язана із психосоматичним здоров'ям.*

Тему самодетермінації досліджували як автори відповідної теорії Е. Дісі та Р. Раян, так і представники багатьох психологічних напрямків, такі як Е. Фромм, В. Франкл, Р. Мей, Р. Харре, А. Бандура, А. Маслоу, Ж. Нюттен М. Чікзентміхалі та інші. Слід відзначити напрацювання українських авторів Г. Балла, С. Максименка, Л. Сердюк, О. Чиханцової, Н. Артюхіної, А. Сімовоник тощо. Майнфулнес досліджували такі науковці як: Д. Кабат-Зінн, Дж. Тісдал, З. Сігал, М. Вільямс, Д. Пенман.

Аспекти впливу психічного на фізичне представлені у працях представників психоаналітичної концепції (З. Фройд, Ф. Александер, М. Шур), характерологічно орієнтованих концепцій (Х. Кречмер, Ф. Данбар, Г. Фрідман та Р. Розенман, Т. Морріс та С. Грір), теорії стресу (Х. Сельє, Р. Діенстбіер, М. Франкенхаузер, Р. Лазарус), психосоматичній теорії Н. Пезешкіана тощо. Психосоматику досліджувала такі українські вчені як Л. Дідківська, Г. Мозгова, О. Чабан, С. Максименко та інші.

Об'єкт дослідження: психосоматичне здоров'я, самодетермінація та майндфулнес.

Предмет дослідження: взаємозв'язок психосоматичного здоров'я людини із її самодетермінацією загалом та здатністю до майндфулнес, як фактору самодетермінації зокрема.

Мета дослідження: дослідити особливості взаємозв'язку психосоматичного здоров'я людини із самодетермінацією та майндфулнес.

Завдання:

1. Провести теоретичний огляд наявних підходів до визначення психосоматичного здоров'я, самодетермінації та майндфулнес.
2. Провести дослідження самодетермінації та здатності до майндфулнес.
3. Визначити аспекти впливу самодетермінації та майндфулнес на психосоматичне здоров'я.
4. Сформувати та описати рекомендації для зміцнення психосоматичного здоров'я.

Методи дослідження, використані для розв'язання поставлених в роботі завдань:

1. Теоретичні.
2. Емпіричні:
 - Чотиривимірна анкета симптомів (4DSQ), Шкала Соматизації.
 - Шкала Самодетермінації особистості Шелдона в адаптації Осіна. Шкали Автономія та Самовираження.
 - Загальна шкала мотивації (Global Motivation Scale)
 Шкали: Внутрішня мотивація - до знань, Внутрішня мотивація - до досягнення, Внутрішня мотивація - до стимуляції, Зовнішня мотивація – ототожнення, Зовнішня мотивація – інтродекція, Зовнішня мотивація - зовнішня регуляція, Амотивація
 - Шкала інтолерантності до невизначеності Н. Карлетона в адаптації Громової.
 - П'ятифакторний опитувальник майндфулнес. ПОМ-15 в адаптації Я. Каплуненко та В. Кучино. Шкали Спостереження, Опис, Усвідомлена дія, Неосудливість до внутрішнього досвіду, Нереагування.
3. Методи математико-статистичної обробки даних.

Дизайн дослідження: для опису результатів даного дослідження ми взяли до уваги результати опитувальників 108 респондентів віком від 26 до 51 років. 55% респондентів віком до 40 років. Опитувальники заповнили 99 жінок та 9 чоловіків. На момент повномасштабного вторгнення 34% респондентів знаходилися в Україні та не змінювали місця проживання, 40% виїжджали в межах країни або за кордон і повернулися додому, 19% виїхали за кордон і залишаються там.

Тестування відбулося шляхом заповнення тестів та опитувальника на онлайн платформі. Розподіл щодо рівня психосоматичного здоров'я відбувся за результатами заповнення шкали соматизації Чотиривимірної анкети симптомів (4DSQ).

Теоретико-методологічна основа дослідження:

У своїй роботі ми спираємося на сучасну теорію самодетермінації Едварда Десі та Річарда Райана [1, 2, 5], що розглядає її основний компонент - автономію, як еквівалент внутрішньої мотивації людини; та на мета-аналіз зв'язку майндфулнес та автономії [59].

Аналіз напрацювань дослідників показав, що за останні роки багато робіт було присвячено розгляду психосоматики під різними кутами:

- як причини соматичних реакцій та хвороб різного типу,
- як фактора, що впливає на хід лікування/одужання чи навпаки, загострення,
- як рівня психосоматичного здоров'я та динаміки його змін [95,96] у певної групи,
- як аспекту, що є під дією впливу різноманітних зовнішніх факторів (соціальне середовище, соціальні відносини, надмірні години роботи, кібербулінг, використання інтернету, спосіб транспортування дитини до школи тощо) [97-100],
- як аспекту, що може бути скоригований певним типом втручання чи терапії [101, 102].

В контексті нашого дослідження, особливо цікавими є роботи, що розглядають взаємозв'язок психосоматичного здоров'я із вродженими або набутими особливостями людини, як то темперамент, характер, стиль прив'язаності, копінг-стратегії та інше. Зокрема дослідження зв'язку майндфулнес та психосоматичного функціонування [103]; зв'язку якості пристрастей (які тісно пов'язані із мотиваційним компонентом людини) та психосоматичного здоров'я [104].

Теоретична і практична значущість роботи:

Теоретична значущість та наукова новизна роботи полягають в тому, що досліджується зв'язок психосоматичного здоров'я із такими факторами як самодетермінація, тип мотивації, здатність до майндфулнес та толерантність до невизначеності. По-перше, це дослідження бере у розгляд зв'язок конструктів, який до цього моменту не розглядався. По-друге, на відміну від розгляду обставин, подій чи інших сторонніх факторів, що впливають на психосоматичне здоров'я, всі зазначені вище чинники мають потенціал до зміни шляхом власної роботи зі своїм ментальним та психологічним станом. По-третє, дослідження розглядає дані українців під час повномасштабного вторгнення – людей, які живуть із постійним фоновим стресом війни і при цьому демонструють різний рівень психосоматичної реакції.

Практична значущість роботи полягає у можливості використання її результатів психотерапевтами та консультантами як орієнтири для надання психологічної допомоги спрямованої на покращення психосоматичного здоров'я. Також її результати можуть бути корисні для безпосереднього спрямування своєї уваги у відповідні напрямки розвитку людей, що мають схильність до соматизації.

РОЗДІЛ І.

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖУВАНОЇ ТЕМАТИКИ В ПСИХОЛОГІЧНІЙ ЛІТЕРАТУРІ

1.1. Базові поняття. Психосоматика, психосоматична медицина, психологія здоров'я, психосоматичне здоров'я

Сьогодні, у 2024 році наукове знання переконливо доводить присутність психологічного аспекту у переважній більшості соматичних проявів. Ми можемо дискутувати про механізм і питому вагу впливу на загальну клінічну картину, проте його наявність вже не піддається сумніву.

Розглянемо терміни, що використовуються у психологічній та медичній літературі для опису цього явища:

«Психосоматика» як термін походить від грецьких слів «psyche» (душа) та «soma» (тіло). Вона вивчає вплив психіки з усім її вмістом у вигляді емоцій, переживань, волі, пам'яті, способу мислення на фізіологічні реакції в організмі у вигляді поодиноких симптомів, розвитку або поглиблення різних захворювань. Цей вплив може бути причиною появи соматичного прояву чи недосягнення результату лікування [105]. Формування способу психологічної відповіді на контакт із реальністю відбувається як на біологічному рівні, так і з урахуванням впливу культурних та соціальних факторів. Для дослідження психосоматики використовуються клінічні спостереження, експериментальні дослідження, психофізіологічні методи вивчення взаємозв'язку психіки та тіла.

Психосоматична медицина - це галузь доказової медицини, яка використовує знання психосоматики для діагностики та лікування фізичних захворювань, які мають психологічні фактори у своїй основі. Вона поєднує підходи медицини та психології для комплексного лікування пацієнтів.

Психосоматична медицина може містити в собі фармакотерапію, психотерапію, психоосвіту, релаксаційні методи та інші техніки для поліпшення фізичного та психічного стану пацієнтів.

Психологія здоров'я досліджує психологічні фактори, які впливають на здоров'я та хвороби, а також розвиває стратегії для підтримки та поліпшення психічного здоров'я людей. Психологія здоров'я використовує методи психологічної оцінки, психологічні інтервенції, дослідження психосоціальних факторів, що впливають на здоров'я.

Опису трьох вищезгаданих термінів присвячено багато матеріалу, з якого можна чітко виокремити зміст, тотожність та відмінність одного від іншого.

Зовсім інша ситуація спостерігається із поняттям **«психосоматичного здоров'я»**.

Література рясніє такими поняттями як «психосоматичний розлад», «психосоматоз», «психосоматичне захворювання» та «психосоматичний симптом». Напротивагу, «психосоматичного здоров'я» згадується у сотні разів рідше. Така домінанта негативній модальності цілком зрозуміла: дослідники переважно апелюють до проблематики, пошуку відповідей на «болі суспільства». Утім, в цій роботі ми пропонуємо приділити увагу психосоматичному здоров'ю, як всеосяжному конструкту, що є похідним для мінімізації негативних проявів, що вказано вище.

Знайти чітке визначення цього конструкту виявилось практично неможливо що лише підкріпило нашу дослідницьку цікавість. Адже без усвідомлення, до чого ми хочемо прийти, як визначається і виглядає кінцевий результат докладання наших зусиль, ми, суспільство, діємо не у найефективніший спосіб.

Спроба знайти це визначення, користуючись пошуком у всесвітній мережі українською та англійською мовами була марною. Так само як і пошук серед публікацій на спеціалізованих порталах: PubMed, Google Academy, Collabra. Дійсно, у результатах пошуку можна зустріти згадування

психосоматичного здоров'я, проте переважно у контекстах, що лише перефразують згадані вище поняття дефіцитарного характеру: погіршення, розлади, скарги на психосоматичне здоров'я.

Серед досліджень, що використовують цей термін, лише 2 двох ми зустріли певне його трактування. Так у дослідженні «Самоусвідомлене психосоматичне здоров'я у шведських дітей, підлітків та молоді» ми бачимо наступну конструкцію «Аналіз підтвердив доцільність розгляду соматичних та психологічних проблем, як частин, що взаємодіють і становлять одновимірну конструкцію вищого порядку (психосоматичне здоров'я).» [96] У дослідженні «Множинні пристрасті та психосоматичне здоров'я» [104] останнє трактується як «суб'єктивна життєздатність і соматичні симптоми».

Аби краще розібратися в цьому питанні ми звернулися до визначення здоров'я як такого. У трактуванні ВООЗ «Здоров'я — стан повноцінного фізичного, психічного та соціального добробуту, а не лише відсутність хвороб чи фізичних вад».

Виходячи з наведених вище визначень, ми пропонуємо дослідити **психосоматичне здоров'я** як стан оптимальної регуляції впливу психічного на фізичне без виснаження одного фактору іншим. «Психосоматично здорова людина» не дорівнює «здорова людина», адже вплив на здоров'я роблять й інші чинники. Психосоматично здорова людина оптимізує стан здоров'я в цілому шляхом прямої та вчасної взаємодії із психічним аспектом уникаючи витіснення його дії в бік фізичного (соматизація). Відповідно це говорить про доступ до своїх почуттів, можливість саморефлексії та звернення по допомогу, усвідомлення значущості цієї сторони свого існування тощо.

Розгляньмо основні концепції психосоматики, аби доповнити наше уявлення про те, чим обумовлене психосоматичне здоров'я у різних підходах.

1.2. Основні концепції психосоматики

Важко сказати, чи були часи, коли людство саме «набуло» розуміння про взаємозв'язок психічного та тілесного. Негативні переживання вважалися

першим кроком до хвороб вже у Стародавньому Китаї та Стародавній Індії, а Давньогрецькі вчені, такі як Гіппократ, Аристотель, Сократ та Цицерон, розглядали лікування тіла людини в комплексі із її душевним станом. Скидається на те, що підхід до здоров'я людини, який згодом отримає назву холістичного тобто цілісного, та почне виборювати своє право на існування, був базовим споконвіку.

Якщо це так, то що роз'єднало це вкорінене у віках бачення та наше сьогоденнє, набуте знання про цілісність і невід'ємність взаємовпливу психіки та тіла? Цьому у 17 сторіччі посприяв механістичний підхід Рене Декарта [106], який заперечував зв'язок душі і тіла, розглядаючи їх як взаємодоповнюючі, але відокремлені субстанції. Його концепція набула популярності не на рівному місці. На час Декарта припадала епоха наукових відкриттів та розвитку. Його ідеї про душу і тіло були цікавими для вчених, що шукали розуміння природи людського існування. Ідея декартового дуалізму роз'єднала пізнання тіла та душі, сприяючи розвитку наукових дисциплін, таких як філософія і медицина, та водночас поклала початок науковому та філософському обґрунтуванню їхнього взаємозв'язку.

Появою терміну «психосоматичний» ми завдячуємо німецькому психіатру І. Хайнроту. У своєму «Підручнику із душевних розладів» 1818 р. він зазначив, що «причини безсоння зазвичай психосоматичні, проте кожна життєва сфера може сама по собі бути достатньою їй підставою». Також він вказував на психогенну природу низки захворювань, таких як туберкульоз, рак тощо [106,107]. Як це часто трапляється, ідея, що згодом набуде наукового обґрунтування та визнання [108-110], з'являється вперше як результат емпіричного досвіду окремого дослідника. Як це часто буває, ця ідея висловлює надто узагальнене розуміння, яке іде у розріз із розповсюдженим на цей час підходом. Випробування нових ідей вимагає відведення ресурсу з розвитку тих, що вже зарекомендували себе, вимагає певного імпульсу, віри у потенціал, що в них міститься. Тож ми можемо побачити багато прикладів не лише відсутності підтримки, а й потужного спротиву розгляду ідей, що містять

в собі загрозу для наявної системи. Ми маємо завжди враховувати це явище, аналізуючи прийнятність або відторгнення ідеї у певному часовому проміжку. У 1828 р. німецький психіатр М. Якобі [111] ввів поняття «соматопсихічне», як протилежне та водночас те, що доповнює «психосоматичне».

Далі в історії розвитку психосоматики варто зазначити наступні напрямки:

Психоаналітичні концепції:

Психоаналіз став одним із перших напрямків, який звернувся до проблематики тіла. Ідеї психоаналізу значною мірою сприяли розвитку психосоматики, попри те, що Зигмунд Фройд не вживав відповідного терміну. У психоаналітичній теорії окремі стадії дитячого розвитку пов'язуються зі зміною тілесної локалізації лібідо. Зазначається, що тілесні бажання (зокрема, сексуальні) та уявлення про тіло направляють поведінку людини. Одна з ключових концепцій, яку Фройд використовував для пояснення зв'язку психіки та тіла - це конверсія, механізм вираження психічної напруги або конфлікту через соматичні симптоми. Кожного разу, коли емоції пригнічуються через психічні конфлікти, тобто виключаються із поля свідомості та таким чином позбавляються адекватного виходу, вони стають джерелом хронічного напруження, яке є причиною істеричної симптоматики. Фройд вважав, що психічна напруга може бути «перетворена» на фізичні симптоми, такі як біль, паралічі, неврози тощо. Цей механізм, за Фройдом, був способом захисту психіки від неприємних емоцій чи конфліктів, шляхом перенесення їх на фізичний рівень.

Фройд також вважав, що існує «соматична готовність», тобто фізичний фактор, який впливає на вибір конкретного соматичного симптому або органу для виявлення психічного конфлікту чи емоційної травми. Наприклад, психічна травма, пов'язана зі страхом або гнівом, може виявлятися через соматичний симптом, такий як біль у животі або головний біль.

У своїй роботі «Психопатологія повсякденного життя» [112] збільшену схильність людини до травм Фройд пропонує розглядати як результат

прагнення до самопошкодження або неприйняттого ставлення до тіла. Для ілюстрації він наводить епізод, де жінка ламає ногу, в результаті нещасного випадку, одразу після того, як отримує «догану за погану поведінку» - танцювання кан-кан - від свого чоловіка. Так перелом ноги може виникати внаслідок бажання людини зашкодити собі чи покарати себе.

Фройд відновив інтерес до тіла, що з часів Декарта розглядалося як відокремлений налагоджений механізм, та показав, що тілесні відчуття, бажання та уявлення про тіло є важливою складовою особистості.

Проте у психоаналізі тіло все ще розглядається як об'єкт, керований інстинктами. В концепції «соматичної мови» Ф. Дойча також підкреслюється пасивна роль тіла у вираженні бажань, емоцій та конфліктів. Дойч вважав, що пацієнт завжди транслює вміст свого внутрішнього світу двома мовами - вербальною і соматичною. На відміну від Фройда, він вважав, що розподілу органічних симптомів на такі, що мають та не мають психічного значення, не існує. Дойч припускав, що за відсутності органічних патологій, люди мали б стикатися із неврозами частіше, оскільки ці патології дають неусвідомлений вихід конверсії.[113]

Фройд ввів поняття «конверсійна істерія», коли соматичні симптоми розвиваються як реакція на хронічні емоційні конфлікти. Такі зміни були відзначені у м'язах, що контролюються силою волі, та в органах почуттів.

Він розмежовував органічні симптоми при істеричному та актуальному неврозах, вважаючи, що у випадку останнього мова йде про блокування допуску в психіку небажаного соматичного збудження і, відповідно, подібні прояви не мають значення для психоаналізу. **Франц Александер**, натомість: пропонував розрізняти конверсійні симптоми та вегетативний невроз. Конверсійний симптом - це спроба виразити емоційне напруження через символічне виявлення психологічного вмісту, що виникає у нервово-м'язовій або сенсорно-перцептивній системі та потребує розрядки. Нозологія захворювання, за Александером, залежить від специфічності інтрапсихічного конфлікту, якому відповідають строго визначені емоційні переживання та

фізіологічні зміни. З цього погляду, всі захворювання є, з одного боку, частково психосоматичними, а з іншого - виникають під впливом великої кількості причин.

Вегетативний невроз - це не лише спроба виразити емоцію, а й фізіологічна реакція внутрішніх органів на постійні або ті, що виникають періодично, емоційні стани. Наприклад, підвищений кров'яний тиск під впливом гніву не тільки не послаблює гнів, а і є саме фізіологічною складовою явища гніву загалом. В такий спосіб проявляється адаптація тіла до стану організму в критичній ситуації. Точно так само зріст рівня шлункового виділення під впливом емоційного бажання їжі не є зняттям емоційного напруження; це адаптивна підготовка шлунка до приймання їжі [114]. Ці два поняття різняться за своєю природою та функціональними характеристиками, хоча обидва вони відображають реакцію на психологічні стимули.

У своїй книзі «Психосоматична медицина: її принципи та способи застосування» Александер зазначає, що із визнанням причинної значущості емоційних факторів щодо функціональних розладів, поступово стало очевидним, що в природі не існує чіткого розмежування на «функціональні» та «органічні» розлади. Клініцисти запідозрили, що тривалі функціональні розлади можуть поступово призводити до серйозних органічних порушень, пов'язаних з морфологічними змінами. Наприклад, серцева гіперактивність може призвести до гіпертрофії серцевого м'яза. Тривалі емоційні конфлікти можуть спричиняти спочатку шлунковий невроз, який з часом може перерости в виразку. Внаслідок емоційних конфліктів можуть виникати тривалі коливання кров'яного тиску, що перенапружує судинну систему. Функціональна фаза нестійкого кров'яного тиску з часом може стати причиною судинних органічних змін, що в кінцевому підсумку може призвести до невиліковної злоякісної форми гіпертонічної хвороби. У результаті спостережень сформувався поняття «психогенного органічного розладу». Він розвивається у два етапи: перший - функціональний розлад внутрішнього органу, спричинений хронічним емоційним розладом; і другий

- хронічний функціональний розлад, що поступово призводить до змін у тканинах та до необоротного захворювання органічного характеру.

Розвиваючи психоаналітичне вчення про регрес **М. Шур** стверджував що нормальний розвиток дитини передбачає «десоматизацію», тобто відокремлення психічного компонента активності від тілесного. Психосоматичне захворювання, що виникає внаслідок переживань, з якими людина не може впоратися, є регресією або ресоматизацією, тобто поверненням до стадії психосоматичної єдності.

Характерологічно орієнтовані концепції

Типізація, групування за певними поведінковими, характерологічними ознаками чи будовою тіла дозволяє встановити певні структури та взаємозв'язки між ними, що дають змогу пояснити або передбачити психосоматичні прояви в окремій людині.

Перші згадки про спорідненість темпераментів із певними захворюваннями відносять до поглядів **Гіппократа та Галена** у IV ст. до н.е. Сангвінікам вважалися властивими розлади кровообігу, холерикам та меланхолікам - патології печінки, флегматикам – захворювання шлунково-кишкового тракту.

Австрійський психіатр та психоаналітик **Ханс Кречмер** (початок 20 століття) своєю чергою розглядав цей зв'язок наступним чином:

Сангвініки схильні до серцевих проблем через переважання емоційних реакцій та стресу. Холерики схильні до гастроінтестинальних розладів та виразок через високий рівень стресу та напруження. Меланхоліки можуть мати нахил до неврозів та аутоімунних захворювань через підвищену реакцію на стрес. Флегматики можуть тяжіти до метаболічних розладів та ожиріння через низький рівень активності та мотивації.

Гелен Фландерс Данбар, досліджуючи соціально-психологічний анамнез понад півтори тисячі пацієнтів, прийшла до висновку про те, що у

хворих з однаковими діагнозами (зазвичай, це були хронічні захворювання), спостерігається спільність особистісних рис. За її концепцією, кожному психосоматичному захворюванню відповідає певний тип особистості, унікальна комбінація особистісних характеристик, яку вона називала «особистісним профілем» (наприклад, коронарний, виразковий тип особистості та інші). Так, коронарний тип особистості асоціюється з підвищеним ризиком серцево-судинних захворювань, таких як ішемічна хвороба серця та інфаркт міокарда. Особи з коронарним типом мають тенденцію до високого рівня тривоги, конфліктної поведінки та розладів емоційного стану. Виразковий тип особистості, що пов'язаний з ризиком розвитку виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки. Він характеризується високим рівнем стресу, підвищеною тривожністю, песимістичним мисленням та схильністю до суперечок. Алергічний тип особистості має підвищену схильність до стресу, депресивність та низьку самооцінку. Гастроінтестинальний тип особистості, що асоціюється з функціональними розладами шлунку та кишківника, може виявляти схильність до переїдання, мати підвищену тривогу та схильність до стресу.

Концепція Данбар стала похідною для нового покоління досліджень у психосоматиці. **Г. Фрідман та Р. Розенман** взялися до більш глибокого вивчення коронарного типу особистості. Завдяки стандартизованому інтерв'ю з 25 запитань вони виявили певний набір установок та поведінкових реакцій, який позначили як «поведінку типу А» (ПТА). Основними рисами типу А у поведінці є виражене прагнення до успіху, тенденція до конкуренції, нетерплячість, ворожість, швидкий темп мови та активна жестикуляція. До типу В віднесли решту досліджуваних, що не виявляли зазначеного набору рис. Емпіричні дослідження відводять фактору ворожості ключову роль, якого достатньо для розвитку ішемічної хвороби серця навіть за відсутності решти ознак типу А [115].

Дослідження на вибірці з 3500 здорових чоловіків показало, що за 8 з половиною років від його початку, показник інфаркту міокарда або раптової зупинки серця серед тих, хто демонстрував поведінку типу А, був вдвічі більшим ніж у людей з поведінкою типу В [116].

У 1980 році **Т. Морріс** та **С. Грір** вперше використали термін «поведінка типу С». [117] Результати їх досліджень демонстрували, що реакція на стрес у пацієнтів з онкологічними захворюваннями значно відрізняється від тих, що спостерігаються в осіб із ПТА, і охоплює депресивність, обмеженість у вираженні емоцій та придушення емоцій, особливо злості [116].

Теорія недостатньої вербалізації емоцій

Дж. Немія та **П. Сіфнеос** запропонували теорію недостатньої вербалізації емоцій. Їхній систематичний огляд інтерв'ю з пацієнтами, що страждали на психосоматичні захворювання виявив, що ці пацієнти мають складнощі у описі та ідентифікації своїх почуттів. Зміст думок багатьох з цих пацієнтів відповідав концепту *pensée opératoire* (оперативного мислення). Цей концепт П. Марті та М. де М'Узан означає відсутність фантазії та інші прояви збідненого внутрішнього світу почуттів, ідей про наміри, потреби, а також зосередження на зовнішніх подіях. Вразливість до соматичних захворювань носіїв *pensée opératoire* Марті пояснював дефіцитом менталізації.

У 1976 році Сіфнеос і Немія визначили алекситимію як порушення афективних та когнітивних функцій, що характеризується складністю визнання та вербалізації почуттів, а також відсутністю фантазії. При цьому розрізняються емоції та почуття. Емоції мають нейрофізіологічний компонент і компонент моторного вираження афекту. Обидва компоненти мають бути ментально представлені до усвідомленого проживання почуттів. Алекситимія не є відсутністю емоцій, а скоріше дефіцитом у висвітленні почуттів [118].

Теорії стресу в психосоматиці

Вперше реакцію на стрес описав У. Кеннон у 1932 р. [119] На його думку, емоції еволюційно є психофізіологічною реакцією на стресову подію, що орієнтують організму в бік одного з двох типів реакції: боротьби (гнів) або втечі (страх). Навіть якщо у сучасної людини руховий аспект цих реакцій стає менш лінійним і однозначним, відповідні емоційні переживання та соматовегетативні прояви залишаються, що може спричинити розлади у внутрішніх органах.

Г. Сельє розвинув розуміння стресу у концепції «загального неспецифічного синдрому адаптації». Описаний Кенноном симптомокомплекс він позначив як першу стадію розвитку стресу – стадію тривоги. Наступні 2 стадії - стадія резистентності (ефективного опору стресору та/або адаптації до його впливу) та стадія виснаження (порушення адаптації внаслідок виснаження адаптаційно-компенсаторних ресурсів) – є продовженням неспецифічної реакції організму на будь-який значущий подразник.

Він вважав, що у відповідь на будь-який стресор (а це може бути як неприємна, так і приємна ситуація, має значення лише інтенсивність та новизна вимог, із якими людина стикається), можна спостерігати схожу фізіологічну реакцію. Подальше доведення, що специфічні стресори викликають специфічні емоції, а отже, різні фізіологічні відповіді, не применшує значущості запропонованого Сельє виділення різних стадій у реакції на стрес. Воно дозволило розрізнити гострі та хронічні стресори, які активізують різні відділи вегетативної нервової системи (тобто специфічний стресор активізує у найбільшій мірі той або інший відділ вегетативної нервової системи). Сучасні уявлення про стрес пов'язують його не лише з роботою вегетативної нервової системи, але й з імунною, а також системами пептидної комунікації.

Вольф (1946) намагався розв'язати проблему специфічності з позицій психофізіології. На його думку, специфічною у психосоматичному захворюванні є реакція на стрес конкретного організму.

Теорія фізіологічної міцності **Р. Діенстбіера** стверджує, що реакція на стресор залежатиме від того, як його оцінює індивід. Якщо стресор розглядається як виклик, випробування людини на міцність, показники стійкості організму можуть покращуватися внаслідок періодичного збільшення симпатичного збудження, що відчувається як приємне. Однак, якщо стресор оцінюється як загроза, це викликає негативні емоції і може позначитися на здоров'ї відповідним чином. [120]

М. Франкенхаузер (Frankenhaeuser, 1986) розвинула підхід Діенстбіера. Вона запропонувала класифікацію реакції на стрес відповідно до поєднання у ньому двох базових компонентів: *зусилля*, яке можна визначити як інтерес, прагнення, рішучість, та *дистресу*, що пов'язане із відчуттям тривоги, нудьги та незадоволення. Три основні типи фізіологічної реакції на стрес [121]:

1. Зусилля, що супроводжується дистресом, породжує підвищене виділення катехоламінів і кортизолу. Зазвичай така реакція виникає у відповідь на щоденні невеликі проблеми і пов'язана з переживанням негативних емоцій.
2. Зусилля без дистресу супроводжується збільшенням виділення катехоламінів і пригніченням виділення кортизолу; стан може відчуватися як позитивна емоція, збудження, азарт (стресор сприймається як виклик).
3. Дистрес без зусиль може бути аналогічним стану вивченого безсилля. Він супроводжується збільшенням виділення кортизолу. Такий фізіологічний патерн реакції є характерним для депресії.

У своїй теорії стресу **Р. Лазарус** приділив увагу так званим універсальним стресорам. Чим більше ми віддаляємось від найекстремальніших умов життя до більш м'яких та більш неоднозначних,

тобто до звичайних, банальних стресорів, тим більшим стає різноманіття потенціальних відповідей на них. Те, що є стресовим для одних, не є таким для інших. Очевидно, що не існує об'єктивного способу визначення стресу на рівні умов середовища без посилання на характеристики особистості. І є необхідність визначити характер цього взаємозв'язку для розуміння складного патерну реакції та її адаптаційних результатів, а також для клінічного використання цього розуміння.

«Психологічний стрес - це конкретний взаємозв'язок між особою та середовищем, який оцінюється особою як навантаження або перевищення його чи її ресурсів і загрозу його, чи її благополуччю.» [122]

Аби визначити те, що спричиняє психологічний стрес у різних осіб, необхідно розглядати два головних процеси, які обумовлюють взаємини особистості та середовища.

- 1) когнітивна оцінка - визначення, чому і до якої міри певна взаємодія між особою та середовищем є стресовою.
- 2) копінг - це процес, за допомогою якого індивід пореагує із вимогами взаємин особа-середовище, що оцінені як стресові та з емоціями, які вони породжують.

Лазарус пропонує враховувати вплив не лише значних подій. Дослідження показали, не лише наявність позитивної кореляції буденних проблем із поганим соціальним пристосуванням та пониженим рівнем фізичного здоров'я, а й те, що коефіцієнт цієї кореляції дещо вищий, за кореляцію між значними стресовими ситуаціями та здоров'ям.

Теорії стресу розширили наше розуміння психосоматичних захворювань, проте вони так і не надали пояснень чому одні люди оцінюють певні стресори як контрольовані, а інші – ні.

Психосоматична теорія Н. Пезешкіана

У 1988 році батько позитивної психотерапії Н. Пезешкіан вперше представив Психосоматичну дугу, розроблену для того, щоб описати, візуалізувати і таким чином зрозуміти процес соматизації та, відповідно, знайти найкращі способи впоратися як з психологічною напругою, так і з соматичними симптомами. В подальшому розвитку психосоматичної дуги взяли участь І. Бончева (2012 р.) та А. Реммерс (2018 р.), що застосували до неї актуальні відкриття нейроімунології та нейрофізіології [123-125].

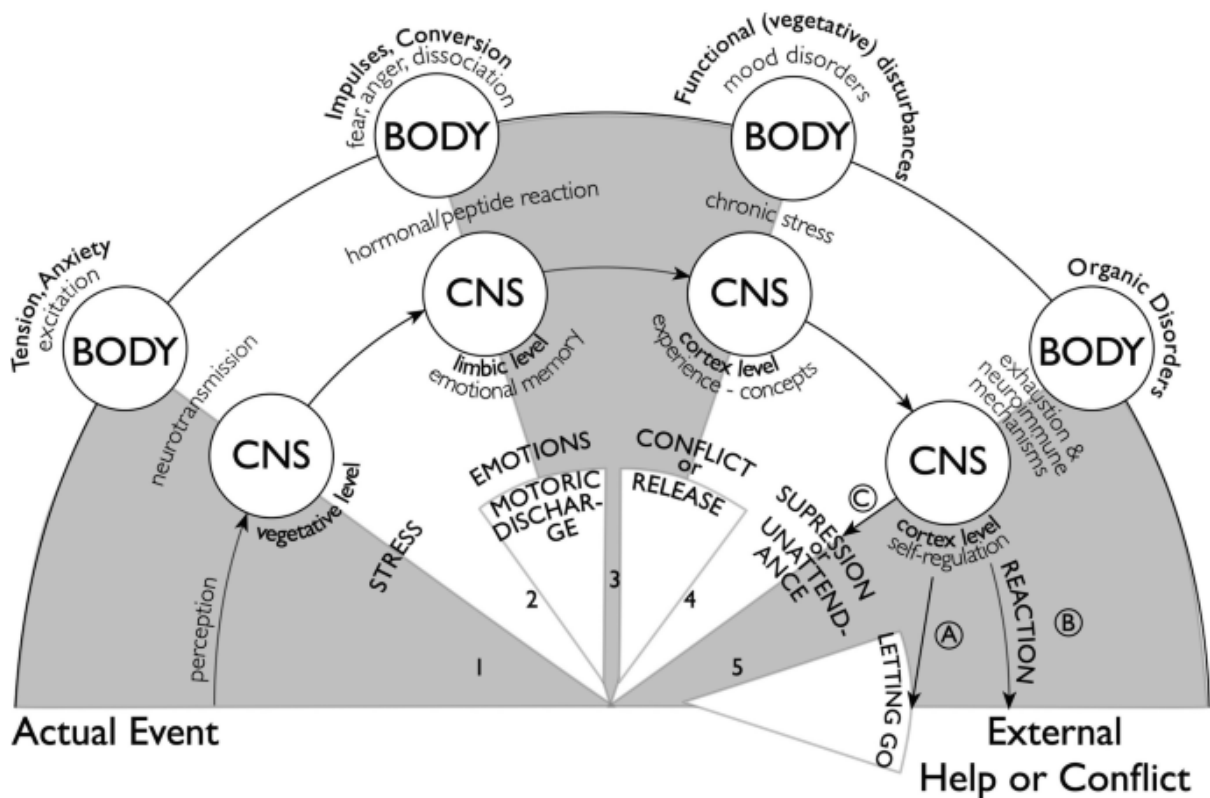


Рис.1.1. Психосоматична дуга Пезешкіана у сучасному виконанні.

Згідно з цим підходом вплив актуальної події проходить послідовно декілька рівнів. Перші два рівні - суто фізіологічні:

- На вегетативному рівні через зміну у нейротрансмісії з'являється збудження, що має отримати розрядку у моторному прояві (дія, рух, тремтіння тощо). Якщо цього не стається, у тілі утворюється напруга, тривога.

- На лімбічному рівні або рівні емоцій долучається пептидна та гормональна реакція тіла. Зміна емоційного фону відбувається доцільно, адже завдання емоції - підготувати тіло і спрямувати енергію на дію відповідно до обставин актуальної події. Емоція, потужність якої не була вивільнена в активному проживанні або відповідній дії призводить до появи конверсійного симптому, що символізує незавершений рух.
- На рівні префронтальної кори відбувається викриття конфлікту. Спостерігається протидія кількох концептів щодо бажань і прагнень людини, розуміння норм і соціальних умов. Тривале перебування в такому конфлікті може розглядатися як хронічний стрес. Впродовж часу багаторазове повторення попередніх двох етапів призводить до появи функціональних (вегетативних) розладів. А. Реммерс порівнює це з тим, що А. Адлер мав на увазі під «слабким» органом, який реагує - і тіло «розмовляє» симптомом, характеризуючи цим підсвідому потребу особи як психодинамічне розуміння психосоматичних реакцій у конкретному культурному середовищі.
- Продовження дисонансу у сприйнятті поточної ситуації та наявних у людини концепцій породжує те, що Пезешкіан назвав «мікротравматичною ситуацією» [125]. Оскільки емоції продовжують виринати, а легітимного виходу для них немає, відбувається перехід до режиму пригнічення. Ігнорування почуттів, що перетворює хронічний стрес на виснаження. Це запускає ланцюжок імунних механізмів, які можуть мати наслідок у різних видах хронічних захворювань.

Виходом з кожного з цих етапів фактично є відповідна реакція - фізіологічна, фізична чи ментальна. Автоматична на першому етапі та така, що потребує усвідомлення та застосування вольового компонента на подальших.

Повернемося до нашого визначення **психосоматичного здоров'я** як стану оптимальної регуляції впливу психічного на фізичне шляхом прямої та вчасної взаємодії із психічним аспектом уникаючи витіснення його дії в бік фізичного (соматизації). Психосоматичні концепції, що ми розглянули вище,

акцентують увагу на різних аспектах, причинах для появи певного способу реагування, можливих інтервенціях для його коригування.

Якщо узагальнити, можна сказати, що психосоматичне здоров'я залежить від можливості людини:

- a. помічати, усвідомлювати та *вербалізувати* всі аспекти свого стану,
- b. помічати та усвідомлювати *сутність конфлікту* своїх бажаних рішень і дій (потенційні зміни) та інших вже наявних концептів, що диссонують із ними, як то власні переконання, уявлення про очікування близьких чи про норми соціуму (сталість),
- c. займати активну позицію у *вирішенні цього конфлікту*,
- d. брати на себе *відповідальність* за весь комплекс наслідків цього вирішення.

Таким чином, з аналізу теорії виходить, що важливими ознаками особистості, яка має тенденцію до високого рівня психосоматичного здоров'я є:

- a. усвідомленість,
- b. здатність вербалізувати свій внутрішній досвід,
- c. розуміння внутрішньої мотивації, справжніх орієнтирів в цілому та належності поточних прагнень до внутрішньої мотивації або зовнішнього регулювання у кожному моменті,
- d. чесність визначати свої конфлікти та воля приймати свої рішення,
- e. орієнтованість на самодетермінацію.

Далі ми розглянемо поняття самодетермінації, типів мотивації та концепту майндфулнес, ключовою ознакою якого є усвідомленість та здатність до опрацювання свого внутрішнього досвіду у якнайповнішому обсязі.

1.3. Поняття самодетермінації та його складові

Теорія самодетермінації (Self-determination theory – SDT) – це макротеорія мотивації людини. Її основна ідея полягає в тому, що люди за своєю суттю є активними, допитливими та орієнтованими на зростання створіннями, які від природи прагнуть цілісного відчуття свого «я» одночасно з інтеграцією власної індивідуальності у ширший соціальний контекст [1]. Батьками сучасної SDT є Едвард Десі та Річард Райан.

Вивчення проблеми самодетермінації проводилося в рамках різних психологічних напрямків, таких як: екзистенціально орієнтовані теорії свободи (Франкл, Мей), теорія суб'єктності Харре, теорія самоефективності Бандури, теорія самоактуалізації Маслоу, теорія часової перспективи Нюттена, феноменологічна теорія Роджерса, позитивна психологія Селігмана, теорія потоку Чиксентмихаї тощо.

У вітчизняній психології розвиток проблеми самодетермінації особистості можна відслідкувати в роботах апологета раціогуманізму Балла Г. О.; засновника напрямку психології самоактивності та суб'єктного становлення особистості Боришевського М. Й.; автора концепції психофізіологічного забезпечення діяльності особистості Кокуна О. М.; фундатора генетичної психології Максименка С. Д.

Зазначимо видатний внесок у розробку та популяризацію концепту самодетермінації в Україні сучасних психологинь. Багато робіт Сердюк Л. З. присвячені самодетермінації та самоорганізації особистісного розвитку, мотивації поведінки та діяльності особистості. Самодетермінація є наскрізним конструктом соціально-психологічної теорії особистого життєконструювання Титаренко Т. М.; нормативної моделі дискурсивного самопроекткування особистості Чепелевої Н. В.; саморозвитку та самопроекткування у старості Смульсон М. Л.

Подібно до інших організмичних теорій розвитку особистості, SDT постулює, що люди спонтанно шукають викликів, переслідують інтереси та прагнуть соціального зв'язку [2]. Завдяки розширенню властивих ним здібностей та інтегрованих мотивів індивіди більш повно актуалізують свій людський потенціал і живуть у спосіб, що в більшій мірі орієнтований на досягнення щастя [3, 4].

Характерними ознаками SDT, що вирізняють цю теорію з-поміж інших є 2 ключові положення [5]:

1) Мотивація розглядається у якісному, а не кількісному вимірі. Розрізняється автономна мотивація (autonomous motivation) та контрольована мотивація (controlled motivation). Автономна мотивація стосується того, що людина робить виходячи з власного бажання, волі та вибору. Така активність супроводжується в повній мірі відчуттям зацікавленості, задоволення та цінності. Контрольована мотивація, навпаки, спонукає до дій задля отримання винагороди або уникнення покарання. Діяльність з такої спонуки відчувається як дія під тиском, за вимогою, вимушена. Ефективність дій з позиції автономної мотивації значно вища за ті, що спонукаються зовнішньо.

2) Незважаючи на те, що тяжіння до особистого зростання та інтеграції є природним для кожного індивіда, його реалізація не можна вважати ані автоматичним наслідком, ані навіть типовим второваним шляхом розвитку. Для підтримки цього процесу і розвитку її оптимальної мотивації та особистого благополуччя критично важливим є задоволення основних психологічних потреб.

Базовими психологічними потребами в SDT вважаються [6]:

- Компетентність (Competence) – передбачає потребу відчувати себе здатним досягти бажаних результатів. Ця потреба стосується розвитку майстерності та прагнення ефективності у важливих для людини сферах,

- Автономія (Autonomy) - відображає потребу особистості відчувати себе ініціатором та забезпечувачем своїх дій. Ця потреба передбачає застосування власної волі та визначення себе тим, хто має кваліфікувати та схвалювати свої дії.
- Пов'язаність (Relatedness) - відображає потребу встановлювати надійні відносини, засновані на почуттях прихильності і приналежності.

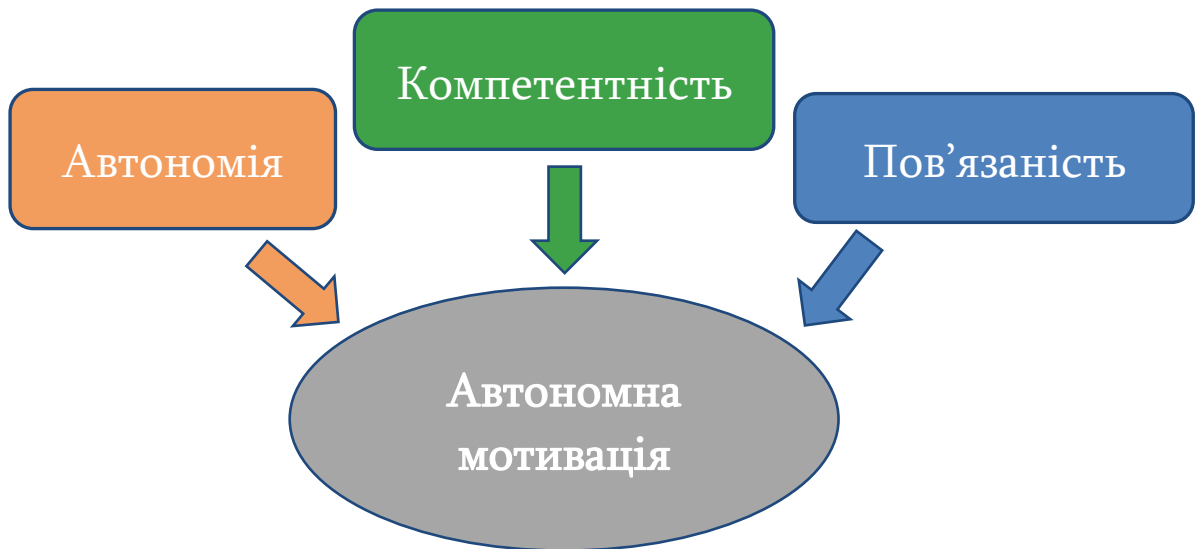


Рис.1.2. Базові психологічні потреби в SDT, що сприяють автономній мотивації.

Значна кількість досліджень показує, що соціальні контексти та особисті стосунки, які сприяють задоволенню цих основних потреб, підсилюють внутрішню мотивацію, саморегуляцію та добре самопочуття; тоді як середовища, способи життя або діяльність, що перешкоджають цим потребам, пов'язані з протилежними наслідками [7]. І, відповідно, найменш інтерналізована форма регулювання, зовнішня, стимулює до вибору поведінки, яка спрямована на отримання певних винагород або уникнення певних негативних непередбачуваних обставин [8].

Типи мотивації

SDT постулює, що люди щедро наділені внутрішньою мотивацією та їм властива поведінка, що стимулюється задоволенням від самого від процесу діяльності. **Внутрішня мотивація** (intrinsic motivation) є прерогативою у

таких видах діяльності, як гра, дослідження, спорт та відпочинок, де люди використовують свої здібності та спостерігають зростання. Внутрішню мотивацію можна прирівнювати до людської автономії, якщо відповідна діяльність в дійсності сприймається як результат самовизначення та власного волевиявлення.

Попри важливість внутрішньої мотивації для навчання та розвитку, більшість щоденних справ навряд скеровані саме нею. Наша рутинна діяльність має інструментальну природу, тобто певна дія чи послідовність дій є інструментом підтримки на належному рівні всіх аспектів нашої життєдіяльності. Відповідно, значна частина нашої поведінки підпадає під визначення **зовнішньої мотивації** (extrinsic motivation). Хоча багато дослідників розглядали зовнішню мотивацію виключно як обумовлену зовнішніми факторами чи контрольовану [9], SDT зазначає складність і неоднозначність цього концепту. Модель зовнішнього регулювання у SDT охоплює спектр від висококонтрольованих до високоавтономних форм саморегуляції [10, 1].

Зовнішнє регулювання (external regulation) є найбільш контрольованою формою регулювання в цьому спектрі. До нього належить поведінка, яку спричиняють зовнішні обставини у вигляді нагород чи покарань. Зовнішнє регулювання може спричинити певну поведінку, але часто вона не триває довго та/або супроводжується негативним ефектом [11].

Інтроектоване регулювання (introjected regulation) - наступна форма зовнішньої мотивації, в якій рівень зовнішнього контролю більш опосередкований. Інтроектовані дії виконуються для того, щоб отримати схвалення від себе та/або від інших. Цей наче б то «внутрішній» потяг насправді визначається як контрольований, оскільки особа відчуває себе змушеною уникати провини, потенційного несхвалення, або, навпаки, здобувати повагу та підвищення самооцінки. Інтроекція може бути потужним мотиватором, та її супроводжує нестабільність наполегливості, стрес і гірше самопочуття [12].

Ідентифіковане регулювання (identified regulation) знаходиться на більш автономному кінці цього спектру. Індивід визначає безпосередньо себе, свої бажання, прагнення та цілі причиною для певних дій чи поведінки. Цей тип регулювання пов'язаний із більшою наполегливістю, кращими результатами та більш позитивним ефектом, ніж контрольовані форми регулювання.

Інтегроване регулювання (integrated regulation) є найбільш автономною формою зовнішньої мотивації, за якої особа повністю засвоює ідентифіковане регулювання, ототожнює його із собою, через узгодження з іншими власними цінностями та цілями. Оскільки таке регулювання має найвищий рівень інтерналізації і сприймається людиною як власне [13], у більшості досліджень в рамках SDT цей аспект виокремлюється.

Амотивація (amotivation) відноситься до дефіциту або відсутності мотивації і спостерігається, коли люди не усвідомлюють зв'язку між своїми діями та їх наслідками.

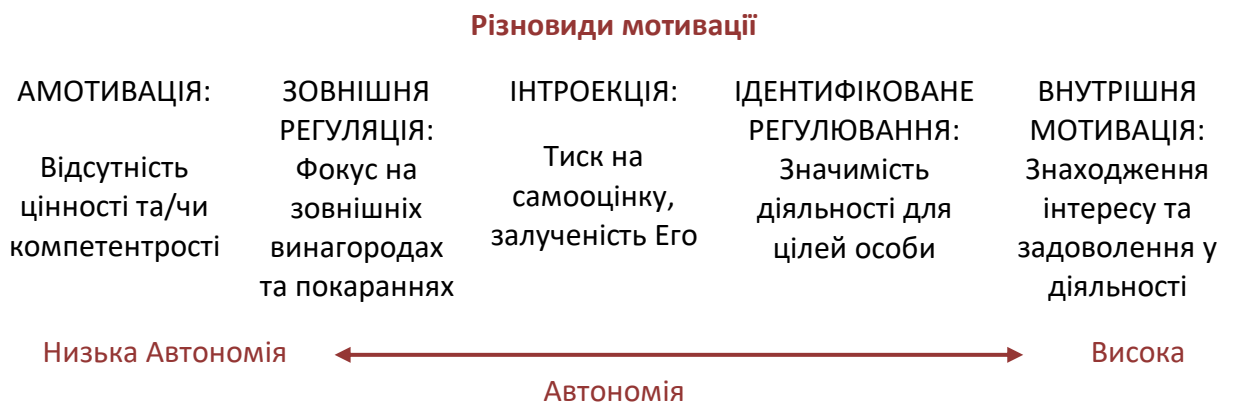


Рис. 1.3. Класифікація видів мотивації в SDT відповідно до рівню автономії.

На даному етапі сотні досліджень підтвердили: (а) що цей спектр регулювання утворює континуум автономії [8, 14]; і (б) що більш ефективне регулювання поведінки і покращене благополуччя пов'язані з вищою відносною автономією в різних областях [15, 16, 17, 18].

Окрім процесів регулювання, через які досягається певний результат, SDT також стосується вмісту результатів чи цілей та пов'язаних із ними наслідків для благополуччя. Дослідження в різних культурах показали, що

працюючи над досягненням внутрішніх цілей (таких як особисте зростання, доєднання до групи чи внесок у спільноту), позитивно впливає на задоволення основних потреб і різноманітних наслідків благополуччя. На противагу, зовнішні цілі та прагнення, що орієнтуються на зовнішні цінності (багатство, імідж або слава), ідуть в розріз із потребами і, відповідно, пов'язані з більшим неблагополуччям [19, 20, 21]. Дослідження також встановили, що досягнення внутрішніх цілей прогнозує триваліше благополуччя порівняно із досягненням зовнішніх цілей [22].

Ці два типи прагнень мають настільки значущі відмінності в наслідках, оскільки в кінцевому рахунку вони або сприяють задоволенню основних психологічних потреб або підривають його. (Ryan, Sheldon, Kasser, & Deci, 1996). Внутрішні цілі мають тісніший зв'язок із задоволенням фундаментальних потреб. Наприклад, волонтерство, якщо воно здійснюється з внутрішніх потреб, наповнює відчуттям автономії (оскільки дія є волевиявленою), компетентності (оскільки людина має позитивний вплив) та пов'язаності (оскільки вона вступає у взаємодію). Це, в свою чергу, сприяє підвищенню відчуття благополуччя. На противагу волонтерство, орієнтоване на визнання, як і будь-які зовнішні прагнення, тісніше пов'язане з отриманням зовнішнього схвалення чи видимих ознак своєї цінності. Відповідно воно менш здатно задовільнити потреби, та може навіть відволікати від них, що призводить до збільшення відчуття неблагополуччя [23, 24, 25].

1.4. Поняття майндфулнес та його зв'язок з самодетермінацією

Концепт «майндфулнес» - один з наріжних каменів східної філософії. У буддизмі його знають як «sati», що палійською мовою означає «пам'ять» або «зберігання» і може бути перекладено як «пам'ятати спостерігати». Він органічно вплітається у східне світосприйняття, як частина досвіду проживання моменту, відповідь на потребу індивіда зрозуміти загальну природу обумовлення [26]. Західну цивілізацію такий процес не надто цікавив до моменту відкриття його інструментальної цінності. Так у 1980 році

майндфулнес розпочав свою ходу західним світом з легкої руки Джона Кабат-Зінна, який дослідив використання майндфулнес-практик для зменшення хронічного болю. Його дещо іронічне визначення майндфулнес як «навмисного приділення безоціювкової уваги даному моменту, так, наче ваше життя залежить від цього» [27], підкреслює практичну важливість вольового наміру.

В українській мові немає однозначного, лаконічного і вичерпного аналогу цьому терміну. Тож, аби максимально відокремити і окреслити сутність феномену в цій роботі ми продовжимо використовувати запозичений термін «майндфулнес». Існує три основні контексти в яких цей термін використовується.

Ситуативний майндфулнес (state mindfulness) - конкретний стан свідомості [26], бутя в моменті. Може спостерігатися як під час практикування відповідних технік, так і в побутових життєвих епізодах, як, наприклад, споживання їжі, ходьба, керування автомобілем, коли автоматизовані дії стають предметом уваги на короткий період часу. «Ми помічаємо положення наших рук і відчуття тримання ножа та бублика. Ми усвідомлюємо наші тіла сидячи в автомобілі під час кермування, і помічаємо інші автомобілі, дорогу та краєвид» [28, ст. 21];

Особистий майндфулнес (dispositional або trait mindfulness) – психологічна риса, здатність бути у стані безоціювочного відкритого сприйняття реальності в щоденному житті [29];

Практика майндфулнес – процес опановування стану майндфулнес. Практика може бути:

формальна – передбачає використання спеціально підібраних технік, таких як медитація-майндфулнес чи техніки зменшення стресу на основі майндфулнесу [30]. «Це наче ходити в ментальний тренажерний зал» [26]. Основні 3 типи майндфулнес-медитації, що поширені в західному світі: зосередження уваги (концентрація), відкрите спостереження (mindfulness per se) та любляча доброта та співчуття [26]. Перші 2 типи безпосередньо

тренують різні аспекти уваги та безоцінкового усвідомлення. Третій тип націлений на якість усвідомлення а не на його спрямування [31]. Спільним для всіх типів медитації є центральне місце відкритого усвідомлення моменту за моментом;

неформальна – застосування навичок майндфулнес у повсякденному житті. Так, під час їжі ми неквапливо, уникаючи усіх можливих подразників, що не пов'язані безпосередньо з їжею, включаємося в процес всіма своїми сенсорами. Через споглядання того, який вигляд має їжа, як вона розташована на тарілці. Ми спостерігаємо свої відчуття від потрапляння їжі до рота, рухи м'язів під час пережовування, розрізняємо смак, спостерігаємо за процесом ковтання [32]. Власне, будь-який автоматизований процес, що ми рутинно виконуємо може стати фрагментом майндфулнес-практики: ходіння, миття посуду, чищення зубів тощо.

На практиці ця трійця тісно взаємопов'язана. Майндфулнес-техніки спрямовані на підвищення рівня ситуативного майндфулнесу впродовж та деякий час після практикування.

Стартовий рівень особистісного майндфулнесу впливатиме на ефективність втручань на основі майндфулнесу, особливо для початківців у медитаційній практиці. Людям з вищим рівнем особистісного майндфулнесу може бути легше вивчати та впроваджувати практику медитації та технік майндфулнесу, порівняно із тими, хто схильний відволікатись від теперішнього моменту [33].

Відзначається і наявність зворотного зв'язку. У багатьох дослідженнях [33, 34, 35] висувається припущення, що майндфулнес-практики можуть сприяти підвищенню рівня особистісного майндфулнесу. З нейробіологічної точки зору це має наступне пояснення: повторювана активація нейронних мереж стану майндфулнесу, яка відбувається під час практик, з часом може призводити до нейропластичних змін у функціонуванні та структурі мозку. Відповідно це призводить до збільшення рівня особистісного майндфулнесу [33].

Різні концептуальні моделі акцентують увагу на різних аспектах майнфулнес.

За Кабат-Зінном базовими компонентами майндфулнес є Неосуливість, Терпіння, Сприйняття початківця, Довіра, Непрагнення, Прийняття та Відпускання [36].

Двокомпонентна модель майнфулнес Бішопа складається з саморегуляції уваги, через яку остання утримується на теперішньому моменті без відволікання на минуле чи майбутнє та сприйняття досвіду, що відбувається через призму цікавості, відкритості до нового та прийняття [37].

Лірі та Тейт виділяють зменшений внутрішній монолог, відсутність судження та дії [38].

Формулювання Ленгер підкреслює активні когнітивні операції щодо сприйняття вхідних сигналів зовнішнього середовища, таких як створення нових категорій та пошук різних перспектив. (Ленгер, 2014),

Орсильйо та Ромер розглядають майндфулнес як стан «розширеної уваги» з метою сприйняти те, що людина переживає у своєму внутрішньому світі і те, що відбувається навколо неї. І доповнюють це визначення аспектами обережної та щирої цікавості до свого досвіду; свіжий погляд, ніби ви ніколи з тим досі не стикалися; самоспівчуття [39].

Квінтесенцією різних підходів до визначення та вимірювання факторів майндфулнес стала модель майнфулнес від Баер. В ній конструкт майндфулнесу як єдність п'яти факторів:

- Усвідомлена дія - здатність усвідомлювати дії, причини для них, їхній зміст та наслідки,
- Неосудливість - здатність сприймати свої думки та емоції як факт, без віднесення їх до якоїсь категорії,
- Нереактивність - здатність утриматися від негайної реакції на негативні подразники,
- Спостереження - здатність до спрямування та утримання уваги на внутрішніх та зовнішніх стимулах,

- Опис - здатність до вербального опису внутрішнього досвіду [40].

В рамках SDT майндфулнес розуміється, як стан свідомості відкритий до сприйняття, коли увага, поінформована чутливим усвідомленням про те, що відбувається у данний момент, прицільно спостерігає внутрішні (психологічні та соматичні відчуття) та зовнішні події [29].

Увага та усвідомлення, ключові елементи визначення майндфулнес, є важливими складовими свідомості [29]. «Усвідомлення є фоновою «системою стеження» свідомості, що відслідковує внутрішні та зовнішні події. А увага, з іншого боку, є механізмом фокусування на певному стимулі, який присутній у свідомому сприйнятті. Таким чином, індивід може усвідомлювати безліч подразників, але це увага скеровує фокус на щось конкретне межах «фону» усвідомленого» [41, ст. 822].

Усі аспекти зацентровані у роботах інших дослідників дійсно асоційовані з усвідомленими станами [42, 43, 44], але з точки зору Брауна та Раяна, всі ці інші елементи походять з відкритої та сприйнятливої уваги, і багато з них є наслідками здатності до майндфулнес. Важливо розрізнити концепцію майндфулнес від конструктів самоусвідомлення та рефлексивної свідомості. Наприклад, особиста самосвідомість описується як тенденція бути обізнаним щодо внутрішніх станів [45]. Проте цей тип самосвідомості може відображати будь-який внутрішній стан, включаючи негативні реакції чи оціночні диспозиції щодо внутрішніх чи зовнішніх подій, а не відкритість, націлену на прийняття. Так само рефлексивна свідомість [46] вказує на метакогнітивні процеси, які задіюють думки, емоції та інший вміст свідомості, і, відповідно, може включати різноманітні когнітивні та інтелектуальні операції та упередження. Напротивагу, майндфулнес є «дорефлексивним». Він базується на перцептивному та безоцінковому характері: це означає просто і відкрито спостерігати поточні події, сприймати з «голою увагою» [47, ст. 32]. Це не думки або когніції, а скоріше простір між ними, який встановлює

контекст, де вони виникають [44]. Використовуючи метафору Дзен, ця якість свідомості схожа на відполіроване дзеркало, яке просто відображає те, що з'являється перед ним, без спотворень або концептуальних роздумів. Розрив між свідомістю (контекстом) та ментальним змістом (децентралізація [48] та десенсибілізація [49]), дозволяє більш автономне саморегулювання, оскільки поведінка ґрунтується на автентичному усвідомленні, а не на викривленому когніціями продукті. Ця неупереджена сприйнятливість не є відокремленістю від реальності, а скоріше більш «включеною участю в невинному процесі життя» [50, ст. 84].

Теорія самодетермінації подібно до багатьох інших філософських і психологічних підходів, розглядає усвідомлення як критичний компонент здорової саморегуляції та благополуччя [3, 10, 51].

Основою волевого та самостійно спрямованого регулювання є здатність узгодити поведінку із особистим цінностями та потребами [52], поєднувати конгруентність та чутливість до зовнішніх обставин. Коли усвідомлення останніх блокована, також зменшується здатність людини звертати уваги на підказки щодо базових потреб, мобілізувати стійкість і свідомо самостійно організовувати і регулювати дії [53]. Отже майндфулнес визначається як аспект свідомості, що науково підтверджено пов'язаний із збільшенням автономії [29]. Опора на майндфулнес дає людям усвідомлення всієї повноти реальності, більшу здатність приймати обґрунтовані рішення, задіюючи свій "контролер самосумісності" [54] і більш інтегрований спосіб функціонування.

Мотиви поведінки значною мірою визначають ступінь залучення та наслідки для загального стану людини: ті, хто йдуть за автентичними інтересами та цінностями, в цілому більше життєздатні та здорові. Відповідно до SDT, руху людини по такій траєкторії сприяє допомога оточення у задоволенні потреб у автономії, компетентності та пов'язаності. Зауважимо, що підтримка пов'язаності та компетентності може сприяти але не є достатньою для інтеграції, яка є необхідним процесом для справжньої

саморегуляції [55, 56, 57]. Окрім цього людині потрібно вільно опрацьовувати та схвалювати свої мотиви та способи регуляції, а також поєднувати їхнє розуміння з іншими аспектами себе, аби задовольнити потребу в автономії.

Бути по справжньому автономним можна лише за чіткого усвідомлення своїх цінностей та цілей, і вибору дій, які цьому відповідають, Майндфулнес дозволяє осягнути себе та підтримує саморефлексію, необхідну для співставлення цінностей та поведінки.

Перше дослідження зв'язку майндфулнес та аспектів SDT із використанням шкали MAAS (The Mindful Attention Awareness Scale) [58] виявило позитивну кореляцію особистого та ситуативного майндфулнес з особистою та ситуативною автономією, та з пов'язаністю і компетентністю. Додаткове дослідження за методом вибірки переживань продемонстрував що а) вищі рівні обох видів майндфулнес передбають більш автономну діяльність у повсякденному житті і менший рівень неприємних емоцій, б) що більш вольовій саморегуляції та емоційному благополуччю сприяють навіть короткотермінові стани майндфулнес [29].

Найсвіжіший мета-аналіз зв'язку майндфулнес та автономії демонструє негативний зв'язок амотивації, зовнішньої та інтроектованої мотивації із майндфулнес, і навпаки ідентифікована та внутрішня мотивації мають позитивний зв'язок з майндфулнес [59]



Рис.1.4. Теоретична модель поєднання майндфулнес із різними видами мотивації у SDT.

До механізмів та процесів, через які утворюються позитивні взаємозв'язки між автономною регуляцією та майндфулнес належать: а) перешкоджання автоматичній дезадаптивній поведінці; б) сприяння зменшенню залучення емоцій та когнітивного викривленн', звільнення себе з-під впливу внутрішніх та зовнішніх тисків.

Значна частина нашої повсякденної поведінки, думок та дій відбувається автоматично без намагань усвідомлення [51, 60, 61]. Автоматизація поведінки вивільняє наші когнітивні ресурси для більш важливих завдань і дозволяє швидко реагувати на виклики [62, 63], та є і ціна у цього покращення. Людина, що діє із свідомістю на «автопілоті», більш схильна до поведінки, що шкодить їй або створює проблеми, оскільки остання не відповідає особистісним цінностям [52, 64, 65, 66]. Варто свідомості прокинутися, як стають помітними обумовлені реакції та підстави для дій, що сприяє самоактуалізованій та автономній поведінці [43]. Підвищена увага та усвідомлення запобігають утворенню автоматичних звичок чи реакцій [67]. Здатність майндфулнес слугувати фактором захисту від автоматизації поведінки підтверджується наступним дослідженням. Усвідомлення своїх стереотипів щодо літніх людей сповільнило автоматичну активацію відповідних думок у відповідь на тригер [68].

Рівень особистого майндфулнес корелює із відповідністю між оцінкою прихованого, несвідомого емоційного стану (оціненого за допомогою ІАТ [69]) та показником самозвіту [29]. Оскільки неявні показники не контролюються свідомістю, ці говорить про те, що люди із вищим рівнем майндфулнес краще налаштовані на свої несвідомі емоції. Майндфулнес створює простір для доцільної рефлексії, з якої б точки особа не виходила. Ті, хто більш налаштований на свої емоції, знаходяться в кращому положенні аби бути на зв'язку зі своїм справжнім «я» і бути щирими. Особи, які мають неявну тенденцію до контрольованої мотивації, але здатні зупинитися та переформатовувати свій шлях, здатні поводитися більш автономно.

Незалежно від напрямку відносин між неявними та явними показниками, відкрите усвідомлення сприяє інтеграції та автентичної саморегуляції.

Ще одне дослідження Брауна та Раяна [29] виявило, що майндфулнес пов'язаний із емоційним інтелектом [70], зокрема у вимірі, який тісно пов'язаний з емоційним самопізнанням: чіткістю емоційного досвіду. Вважається, що таке саморозуміння є ключовим результатом усвідомлення зосередженого на теперішньому, що є необхідним для саморегуляції та більш інтегрованого функціонування.

«Особи, які функціонують автономно... реагують на реальність, а не керуються упередженнями, закладеними Его» [71]. Вони розглядають себе (self) як процес інтеграції та асиміляції, а не як результат самооцінки.

Наразі є два основні визначення self: «self-як-процес», та «self-як-об'єкт». Поняття «self-як-об'єкт» визначає особу через певні ролі, атрибути, приналежність до груп. Ці засвоєними і культурно обумовлені образи себе передбачають необхідність відповідати певним стандартам [72]. Якщо намагання утриматися в межах таких самопредставлень стає основною метою, це призводить до тривожності, конфліктів і захисних реакцій [73].

З іншого боку бачення «self-як-процес» тлумачить self як вроджені інтегративні тенденції людей до зростання та створення узгодженості в їхніх досвідах. Поведінка, обумовлена таким баченням більше підпорядковується самосхваленню, є щирою і менш пов'язана з контрольованою регуляцією [53]. Майндфулнес сприяє регуляції «self-як-процес» через більше погодження на та зацікавленість в тому, що відбувається, та відокремлення особи від оціночних ментальних концепцій, залученості его та упереджень до себе - усіх характеристик «self-як-об'єкт» [74].

Зростає кількість доказів зв'язку майндфулнес із (1) меншою включеністю его, захисних реакцій, та стресу в цілому та (2) більш автономною саморегуляцією. Багато досліджень в рамках SDT продемонстрували, як інвестування в результати з позиції его гальмують автономію, збільшують тиск і напругу та знижують здатність до життя [75].

Дії, які виконуються вдумливо та уважно, менше піддаються впливам его, і менше призводять до значних стресових реакцій [72, 76, 77, 78]. Майндфулнес «означає зсув точки особистісної суб'єктивності від концептуального зображення себе та інших до самого усвідомлення» [73, ст.82]. Так він зменшує тиск, що створює позиція «self-як-об'єкт» [74], і визволяє особу від часто автоматичних когнітивних викривлень та захисних реакцій, які можуть заважати інтегративному процесу, що лежить в основі справжньої саморегуляції чи автономії [72, 73, 79]. За такої умови успіхи або невдачі не стосуються самоцінності людини, вони не мають деструктивної влади над її станом, а розглядаються як частина процесу особистісного зростання. «Спокіне его» дозволяє їм діяти вільно, що є шляхом до інтегрованого функціонування [74, 80].

Кілька досліджень підтримують аргумент, що майндфулнес, що базується на реальності та відокремлений від его-спричинених обставин і самоцентричних упереджень, зменшує реактивність на загрозові чи стресові ситуації [73, 81]. Ця тема отримала розвиток у дослідженнях щодо конфліктів у стосунках [82, 83], соціального відчуження [83], емоційних загроз [84] та інших загроз для его. Відкрите й уважне сприймання ситуацій сприяє зменшенню оборонних реакцій на негативні ситуації, що, в свою чергу, збільшує адаптивні відповіді та благополуччя [73, 85, 86]. Інший приклад демонструє, як майндфулнес, сприяючи менш оборонним моделям мислення та більшій відкритості до викликів, ініціює нижчий рівень негативного оцінювання ситуацій та сприйнятого стресу [78, 87, 88]. Якщо подивитися на це з іншого ракурсу, можна побачити, що майндфулнес здатний стимулювати самосхвалену поведінку, що сприяє більш поміркованому вибору [29, 78]. Це, в свою чергу, може давати підставу для більшої терпимості до неприємних ситуацій, зменшуючи з часом вплив стресорів та покращуючи загальний стан людини.

Все більше досліджень вказує на те, що майндфулнес збільшує фокусування на внутрішніх прагненнях, що призводить до більшого

благополуччя та здорового способу життя [89]. Також майндфулнес пов'язується з більшою емпатією та співчуттям до інших [43, 90]. Він сприяє здоровим романтичним відносинам [82], підсилюючи схильність утримувати увагу не лише на собі, а і на партнері навіть в стресових ситуаціях.

Також майндфулнес пов'язується з укріпленням внутрішніх цінностей, таких як участь у громаді, взаємини, екологічне управління, порівняно з зовнішніми цінностями, такими як популярність і багатство [89, 91]. Браун і Кассер вважають, що майндфулнес може сприяти більш осмисленому ставленню до своєї споживацької поведінки та її екологічними наслідками. В свою чергу посилення екологічного та просоціального аспектів поведінки приносить втіху, що поліпшує загальний стан людини [92, 93].

Одним із механізмів впливу майндфулнес на суб'єктивне благополуччя [94] виявлена його здатність зменшувати показник невідповідності фінансових бажань (різниця між наявним і бажаним), при тому що різниця у фінансовому статусі чи нещодавні зміни в цій сфері не є факторами впливу.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ I

У даному розділі ми ознайомилися із базовими поняттями щодо психосоматики та із психосоматичними концепціями від різних науковців; виокремили поняття психосоматичного здоров'я та сформулювали основні ознаки особистості, що має тенденцію до його високого рівня.

Ми розглянули поняття самодетермінації та його складові, ознайомилися із різними типами мотивації та побачили тісний зв'язок між ними та серцевинною частиною самодетермінації - автономією. Науково доведено, що лише відповідь на внутрішні потреби та аутентичні цінності, яка є наслідком автономної мотивації, здатна по справжньому наповнити і задовольнити людину, забезпечити гарне почуття на всіх рівнях.

Ми взяли у розгляд поняття майндфулнес, як стану спостережливості та сприйняття. У той час як мотивація надає енергію для поведінки, майндфулнес допомагає людям бути більш усвідомленими та краще обробляти свій досвід. Усвідомлення таким чином надає плідний ґрунт для автономії, надаючи доступ до інформації, яка дозволяє приймати доцільні рішення і робить людей менш вразливими до его-керування, оборонних реакцій та надмірного сприйняття стресу.

В даному розділі ми розглянули теоретичну частину для побудови подальшого дослідження, в результаті якого ми хотіли б з'ясувати як саме самодетермінація, схильність до певного типу мотивації та здатність до майндфулнес впливають на рівень психосоматичного здоров'я людини.

РОЗДІЛ II. МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Цілі, задачі та організація емпіричного дослідження

Основною метою даного дослідження є експериментальне обґрунтування особливостей психосоматичного здоров'я людини із самодетермінацією та майндфулнес.

Задачами дослідження є визначення аспектів впливу самодетермінації та майндфулнес на психосоматичне здоров'я, виділення з поміж складових цих конструктів ті елементи, що демонструють найбільший зв'язок із рівнем психосоматичного здоров'я, та формування програми, орієнтованої на зміцнення психосоматичного здоров'я через роботу із цими елементами.

Окрім вищезгаданого зв'язку психосоматичного здоров'я із самодетермінацією та майндфулнес, ми також вирішили дослідити, в який спосіб корелюють між собою безпосередньо ці два останніх конструкта.

Для досягнення цієї цілі, нами були обрані наступні методики:

1. Чотиривимірна анкета симптомів (4DSQ),
2. Шкала Самодетермінації особистості Шелдона в адаптації Осіна,
3. Загальна шкала мотивації (Global Motivation Scale).
4. Шкала інтолерантності до невизначеності Н. Карлетона в адаптації Громової.
5. П'ятифакторний опитувальник майндфулнес. ПОМ-15 в адаптації Я. Каплуненко та В. Кучино.

Чотиривимірна анкета симптомів (4DSQ), Шкала Соматизації.

Чотиривимірна анкета симптомів (4DSQ) - це опитувальник для самозаповнення. Він був розроблений у первинній медичній допомозі для розрізнення неспецифічного загального дистресу від депресії, тривоги та соматизації. У роботі, що оцінювала валідність його критеріїв та конструкту

були використані дані з 10 різних досліджень у первинній медичній допомозі [126]. Критеріальну валідність оцінювали, порівнюючи показники 4DSQ з клінічними діагнозами, діагностуванням лікарями-терапевтами будь-якої психосоціальної проблеми для шкали Дистресу, стандартизованими психіатричними діагнозами для шкал Депресії та Тривоги, а також підозрою лікарів-терапевтів щодо соматизації для шкали Соматизації. Для дослідження асоціацій використовували аналізи ROC та логістичну регресію. Конструктивну валідність оцінювали, досліджуючи взаємозв'язки між шкалами, факторну структуру, асоціації з іншими опитувальниками симптомів та асоціації зі стресом, особистістю та соціальною функціонуванням. Факторну структуру 4DSQ оцінювали за допомогою аналізу підтверджуючої факторної структури (CFA). Асоціації з іншими опитувальниками оцінювали за допомогою кореляцій Пірсона та регресійних аналізів.

Результати показали, що шкала Дістресу була пов'язана з будь-яким психосоціальним діагнозом (площа під кривою ROC [AUC] 0,79), шкала Депресії була пов'язана з важкою депресією (AUC = 0,83), шкала Тривоги була пов'язана з тривожним розладом (AUC = 0,66), а шкала Соматизації була пов'язана з підозрою лікарів-терапевтів щодо соматизації (AUC = 0,65). Щодо конструктивної валідності, шкали 4DSQ мали значні міжкореляції ($r = 0,35-0,71$). Однак 30-40% варіації кожної шкали були унікальними для цієї шкали.

Для нашої роботи ми взяли в опитувальник шкалу Соматизації даного опитувальника, оскільки нас в розрізі даного дослідження цікавив саме факт наявності або відсутності фізичних проявів як критерія психосоматичного здоров'я. Шкала Соматицазії містить 16 питань про наявність протягом 6 місяців соматичних проявів таких як запаморочення, біль у певних ділянках тіла, здуття живота, тиск у грудях тощо. Варіанти відповідей використовують 5-бальну шкалу, що змінюється від 0 – «Ні» до 5 – «Дуже часто/постійно».

Шкала Самодетермінації особистості Шелдона в адаптації Осіна.

В цьому дослідженні здатність до самодетермінації розглядалася нами як один з найвагоміших чинників, що опосередковано сприяють психосоматичному здоров'ю. Даний опитувальник є адаптацією шкали самодетермінації К.Шелдона, що була виправлена, суттєво доповнена та неодноразово використана в рамках українських досліджень [127, 128]. Тест оцінює, наскільки особа відчуває, що вона сама контролює хід свого життя і наскільки цей хід відповідає її власним прагненням.

За результатами заповнення опитувальника утворюється дві шкали: *шкала Автономії* та *шкала Самовираження*.

Шкала Автономії вимірює ступінь сприйманого вибору, тобто те, наскільки людина сприймає своє життя, як таке, в якому є місце її вибору; наскільки своїми рішеннями вона здатна впливати на траєкторію власного розвитку та хід подій навколо себе. Люди з високими рівнем за цією шкалою (від 39 до 45 балів) сприймають життя як підвладне їх власному контролю, відчувають, що вони самі здатні обирати напрям власного життя і приймати рішення, що визначають його хід. Таким чином, вони переймають на себе відповідальність за хід свого життя.

Люди з низькими балами (від 9 до 26) навпаки відчувають, що їх життя визначається не стільки їх власними бажаннями і зусиллями, скільки зовнішніми чинниками; вони переживають відсутність вибору. Це переживання може відображати дійсну ситуацію (коли обставини змушують людину діяти так, як вона не хотіла б), а може бути прихованою формою зняття із себе відповідальності за власне життя. Середні бали (від 27 до 38) свідчать про середній рівень переживання вибору (дослідницький бланк див. у додатку Е).

Шкала самовираження вимірює, якою мірою людина переживає власне життя як таке, що відповідає її бажанням, потребам і цінностям. Високі бали (від 45 до 50) свідчать про переживання самовираження. Ця відповідність

пов'язана з переживанням самототожності, коли людина сприймає свої почуття і дії як свої власні, не прагнучи дистанціюватися від них.

Низькі бали (від 10 до 30) свідчать про незадоволення життям, відчуття, що життя проживається не так, як хотілося б. Це зумовлено переживанням самовідчуження, коли людина прагне дистанціюватися від власних почуттів і вчинків.

Шкала Самодетермінації містить 20 пар протилежних тверджень щодо похідну точку прийняття рішень або відчуттів, що супроводжують діяльність людини. Респондент зазначає яке твердження з пари краще відповідає йому у даний період його життя, користуючись 5-бальною шкалою. Варіанти відповідей передбачають таке оцінювання: 1 - вірно тільки твердження А, 2 - вірно скоріше твердження А, 3 - обидва твердження частково вірні, 4 - вірно скоріше твердження В, 5 - вірно тільки твердження В.

Загальна шкала мотивації (Global Motivation Scale або GMS)

Аби розвинути дослідження впливу самодетермінації на психосоматичне здоров'я ми засторували шкалу, що визначає підґрунтя для самодетермінації особистості, а саме – тип мотивації.

GMS складається з 28 пунктів, які містять висловлення причин, чому особи виконують різні дії, що відображають три типи мотивації – внутрішню, зовнішню та амотивацію. Варіанти відповідей у GMS використовують 7-бальну шкалу, що змінюється від 1 – «Не відповідає зовсім» до 7 – «Відповідає повністю» [129].

Людина тим більш автономна, чим більш її рішення і дії продиктовані внутрішньою мотивацією. З внутрішньої мотивації ми робимо те, у виконанні чого відчуваємо потребу, цінність для себе. І саме такі дії нас найбільше тішать, вдовольняють, наповнюють. Три з семи шкал цього опитувальника присвячені дослідженню внутрішньої мотивації, які розподіляються за типами: *Внутрішня мотивація - до знань, Внутрішня мотивація - до*

досягнення, *Внутрішня мотивація - до стимуляції*. Вищі показники за цими шкалами демонструють, котра з видів внутрішньої мотивації є провідною.

Проте, не все в житті ми робимо виключно з великого бажання та «в легкості». Нам може подобатися частина певної діяльності, наприклад, готувати смачний обід, але зовсім не мотивувати складання списку покупок чи похід в магазин за необхідними продуктами. За виконання дій, які не надихають самі по собі, але є важливими для досягнення нашої більшої мети, відповідає показник шкали *Зовнішня мотивація - ототожнення*. Хоча він і відноситься до блоку Зовнішньої, де-факто це інструмент досягнення особистих внутрішніх цілей. Цей тип регулювання пов'язаний із більшою наполегливістю, кращими результатами та більш позитивним ефектом, ніж контрольовані форми регулювання. Вищий показник тут проявляє більшу імовірність втілювати свої ідеї та мрії в реальність.

Шкала *Зовнішня мотивація - інтроекція* досліджує форму зовнішньої мотивації, в якій рівень зовнішнього контролю більш опосередкований. Інтроектовані дії виконуються для того, щоб отримати схвалення від себе та/або від інших. Цей наче б то «внутрішній» потяг насправді визначається як контрольований, оскільки особа відчуває себе змушеною уникати провини, потенційного несхвалення, або, навпаки, здобувати повагу та підвищення самооцінки. Інтроекція може бути потужним мотиватором, та її супроводжує нестабільність наполегливості, стрес і гірше самопочуття.

Зовнішня мотивація - зовнішня регуляція є найбільш контрольованою формою регулювання в цьому спектрі. До неї належить поведінка, яку спричиняють зовнішні обставини у вигляді нагород чи покарань. Зовнішнє регулювання може спричиняти певну поведінку, але часто вона не триває довго та/або супроводжується негативним ефектом

Амотивація відноситься до дефіциту або відсутності мотивації і спостерігається, коли люди не усвідомлюють зв'язку між своїми діями та їх наслідками.

П'ятифакторний опитувальник майндфулнес. ПОМ-15 в адаптації Я. Каплуненко та В. Кучино.

Найсвіжіший мета-аналіз зв'язку майндфулнес та автономії демонструє негативний зв'язок амотивації, зовнішньої та інроектованої мотивації із майндфулнес, і навпаки ідентифікована та внутрішня мотивації мають позитивний зв'язок з майндфулнес [59]. Враховуючі це, ми вирішили дослідити зв'язок безпосередньо конструкту майндфулнес та його факторів із психосоматичним здоров'ям.

П'ятифакторний опитувальник майндфулнес (ПОМ-15) [130] – це шкала самооцінки. Відповіді на 15 запитань, що вимірюють усвідомлення думок, переживань та поведінки у повсякденному житті, формують 5 субшкал:

Шкала *Спостереження* – відображає, як ми бачимо, відчуваємо та сприймаємо внутрішній і зовнішній світ навколо нас і обираємо стимули, які вимагають нашої уваги та зосередженості;

Шкала *Опис* - відображає, як ми визначаємо свій досвід і описуємо його словами собі та іншим;

Шкала *Усвідомлена дія* – відображає дії, які ми обираємо після того, як звернемо увагу на наявну в поточному моменті інформацію. Визначає, чи діємо ми на основі швидких суджень та реакцій, чи виходимо з «режиму автопілоту», перш ніж реагувати на ситуацію;

Шкала *Неосудливість до внутрішнього досвіду* – здатність не засуджувати свій внутрішній досвід, вимірює самосприйняття та емпатію стосовно себе та інших;

Шкала *Нереагування* – активна відстороненість від негативних думок і емоцій, що дозволяє сприймати їх заяви та утримуватись від реагування на них.

Варіанти відповідей із значенням балів від 1 «ніколи» до 5 «завжди».

Запитання були видібрані з оригінальної повної версії ПОМ-39. П'ять факторних шкал продемонстрували адекватну або хорошу внутрішню узгодженість. Ієрархічний факторний аналіз показав, що чотири із

запропонованих факторів, а саме: «опис», «усвідомлена дія», «неосудливість» та «нереагування», є структурними компонентами загальної моделі майндфулнес, а також, що взаємодія різних складових усвідомлення може змінюватись, залежно від наявності досвіду медитації.

Автори оригінальної версії опитувальника [40] дослідили взаємозв'язок між майндфулнес та іншими концептуально пов'язаними змінними. Наприклад, фактор «опису» є найважливішим для розуміння взаємозв'язків майндфулнес з емоційним інтелектом та алекситимією. Фактор «усвідомлена дія» є центральним щодо відносин з дисоціацією та схильністю до відволікання. Фактор «спостереження» був очікувано позитивно пов'язаний з відкритістю, емоційним інтелектом і самосприяттям. Та на противагу прогнозам дослідників він також позитивно корелював з дисоціацією, схильністю до відволікання, психологічними симптомами та придушенням думок. Розгляд результатів на підвибірці учасників із досвідом медитації показав, що ці чотири несподівані позитивні кореляції були незначущими, тоді як решта значних кореляцій лишилися незмінними або стали значно більшими у прогнозованому напрямку. Це вказує на чутливість результатів до змін у рівні розвитку здатності до майндфулнес, що робить методику гарним інструментом вимірювання динаміки психотерапевтичних впливів та ефективності терапевтичних програм, базованих на майндфулнес. Відповідну диференціацію за рівнем розвитку здатності до майндфулнес зазначають і автори української адаптації методики.

Шкала інтолерантності до невизначеності Н. Карлетона в адаптації Громової.

Загальновизнано, що значний внесок у формування психосоматичних симптомів створює тривога, яка в свою чергу є негативним результатом сприйняття потенціалу невизначеності. Для того, щоб врахувати цей чинник впливу на психосоматичне здоров'я, ми застосували шкалу інтолерантності до

невизначеності Н. Карлетона в адаптації Громової – одну з найбільш вживаних методик в цій тематиці [131]. У ній досліджується 2 аспекти:

Прогностична тривога, або тривога очікування – це тривога про те, що тільки передбачається, тобто про події, пов’язані з майбутнім. Людині з високими показниками за цією шкалою “потрібно знати все наперед”, оскільки їй важко витримувати напруження очікування невідомого.

Гнітюча тривога більше пов’язана з поточним станом особистості, невірою людини у власні сили та можливість контролювати події. Думки про майбутнє у людини з високими показниками за цією шкалою не народжують напруження, а підсилюють вже існуюче.

До участі у дослідженні було запрошено жінок та чоловіків, українців що знаходилися в Україні, виїхали за її межі під час повномасштабного вторгнення, або вже якийсь час проживали за кордоном. Інформація про дослідження була розповсюджена у соцмережах. Опитувальник містив питання по демографічним даним (вік, стать, місце проживання), а також 5 опитувальників за методиками, наведеними вище. Він був створений українською мовою та розміщений на сайті www.1ka.si. Участь у дослідженні була додатково вмотивована можливістю для респондентів взяти участь у спеціальному вебінарі, виграти безкоштовну індивідуальну консультацію від дослідниці та отримати на e-mail розгорнуті результати дослідження. Участь у дослідженні була обмежена 2-тижневим терміном, переважна більшість респондентів взяли участь в дослідженні впродовж першого тижня.

2.2. Характеристика вибірки

Всього у дослідженні взяло участь 116 осіб віком від 21 до 76 років.

Статистика відвідування та заповнення опитувальника з сайту www.1ka.si

- | | | |
|---|-----|------|
| • Відкрили сторінку із описом дослідження | 511 | 100% |
| • Відкрили першу сторінку із питаннями (демографія) | 218 | 43% |
| • Частково заповнили опитувальник | 146 | 29% |
| • Відповілі на всі питання опитувальника | 116 | 23% |

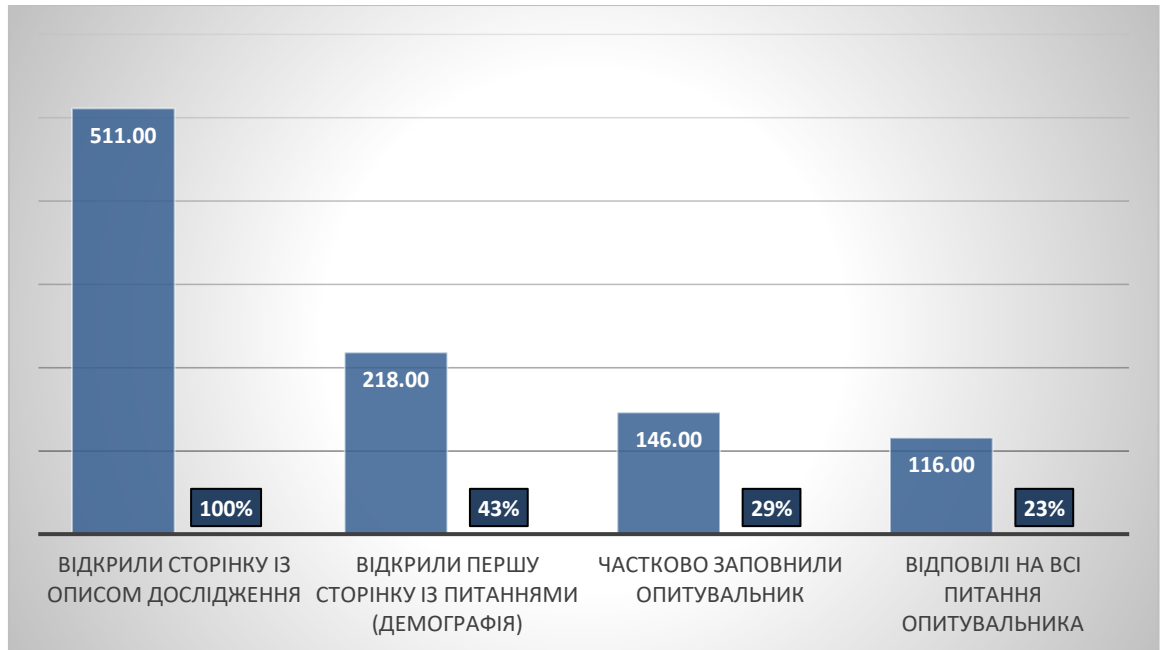


Рис.2.1. Статистика відкриття та заповнення опитувальника

Для опису результатів даного дослідження ми взяли до уваги результати опитувальників 108 респондентів віком від 26 до 51 років. 55% респондентів віком до 40 років. Опитувальники заповнили 99 жінок та 9 чоловіків.

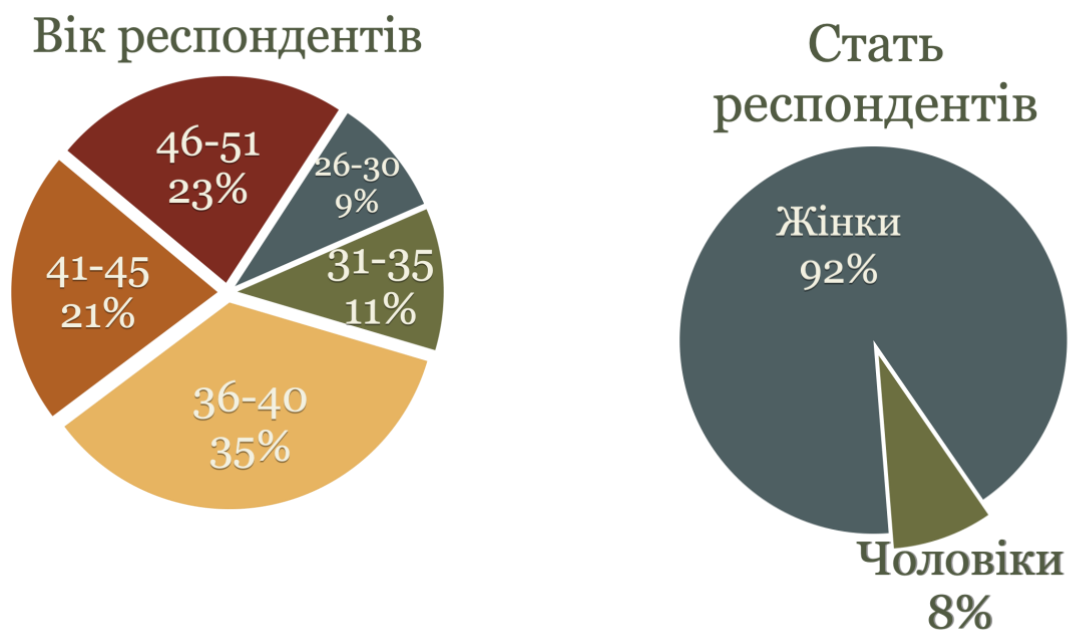


Рис.2.2. Характеристики вибірки за віком та статтю

На момент повномасштабного вторгнення 34% респондентів знаходилися в Україні і не змінювали місця проживання, 40% виїжджали в межах країни або закордон і повернулися додому, 19% виїхали за кордон і залишаються там, 7% залишилися в Україні і виїхали за кордон і повернулися додому.

- не змінювали місця проживання
- виїжджали і повернулися додому
- виїхали за кордон і залишаються там
- інше

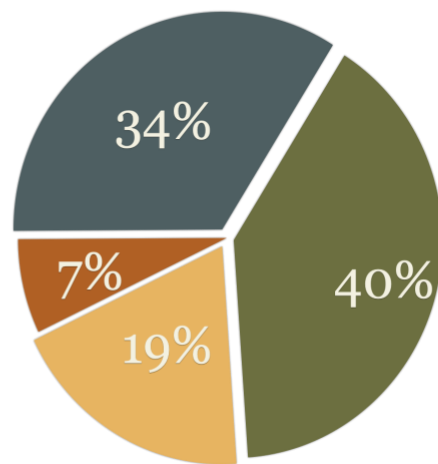


Рис.2.3. Характеристики вибірки за зміною місця проживання з моменту повномасштабного вторгнення

Респонденти були розподілені на 2 групи за рівнем соматизації, спираючися на результати за шкалою Соматизація Чотиривимірної анкети симптомів (4DSQ) – можлива кількість балів тут варіювалася від 0 до 27. До експериментальної групи увійшли ті, чий рівень соматизації був найнижчий (від 0 до 10 балів), і, відповідно, рівень психосоматичного здоров'я вищий. Респонденти із вищими показниками соматизації (від 11 до 27) і, відповідно, нижчим рівнем психосоматичного здоров'я, увійшли до контрольної групи. Експериментальна група – 55 осіб, контрольна – 53.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ II

Даний розділ ми присвятили опису цілей, задач та організації емпіричного дослідження.

Виходячи з того, що в рамках дослідження була висунута гіпотеза про те, що самодетермінація та майндфулнес мають взаємозв'язок із психосоматичним здоров'ям, ми обрали п'ять методик та коротко описали і пояснили наш вибір в розрізі досягнення цілі даного дослідження. Ми коротко зазначили, чому саме та інша методика були обрані для нашого дослідження, а також дали ввідну інформацію про її формат та результати заповнення опитувальника.

Описуючи характеристику вибірки, ми зазначили той факт, що сторінку з описом дослідження відкрили 511 осіб, на першу сторінку нашого дослідження із чотирма питаннями демографічного характеру перейшло 218 респондентів, частково заповнили опитувальник 146, а відповіли на всі питання опитувальника 116 з них. Враховуючи те, що інформація про опитування розповсюджувалася через різні за рівнем обізнаності та відповідності тематиці дослідження канали у соцмережах та власні контакти, ми можемо припустити, що перший контакт з опитувальником міг відбуватися механістично, без суттєвого осмисленого наміру. Проте факт остаточного заповнення опитувальника майже 80% респондентів, яки його розпочали, дозволяє припустити, що ця тема є достатньо цікавою і перспективною для подальших досліджень.

РОЗДІЛ III. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1 Описові статистики та перевірка розподілів на нормальність

У першу чергу ми вирішили представити описові статистики за шкалами обраних нами методик. Середні та середні квадратичні відхилення за експериментальною групою (із вищими показниками психосоматичного здоров'я) та контрольною групою (із нижчими показниками психосоматичного здоров'я) представлені в таблицях 3.1-3.5.

Таблиця 3.1

Описові статистики для Шкала Соматизації, Чотирирівимірної анкета симптомів (4DSQ)

	Середнє		Середнє квадратичне відхилення	
	Експерим.	Контрольна	Експерим.	Контрольна
Соматизація	6.44	14.6	2.33	3.36



Рис. 3.1. Середні за шкалою Соматизація в експериментальній та контрольній групах.

Таблиця 3.2

**Описові статистики для опитувальника
Самодетермінації особистості Шелдона**

	Середнє		Середнє квадратичне відхилення	
	Експерим.	Контрольна	Експерим.	Контрольна
Автономія	36.5	34.5	7.32	7.68
Самовираження	41.1	35.4	7.07	8.06

Діаграма на рис. 3.2 наочно демонструє суттєво вищий рівень Самовираження у тих, хто має вищий рівень психосоматичного здоров'я.

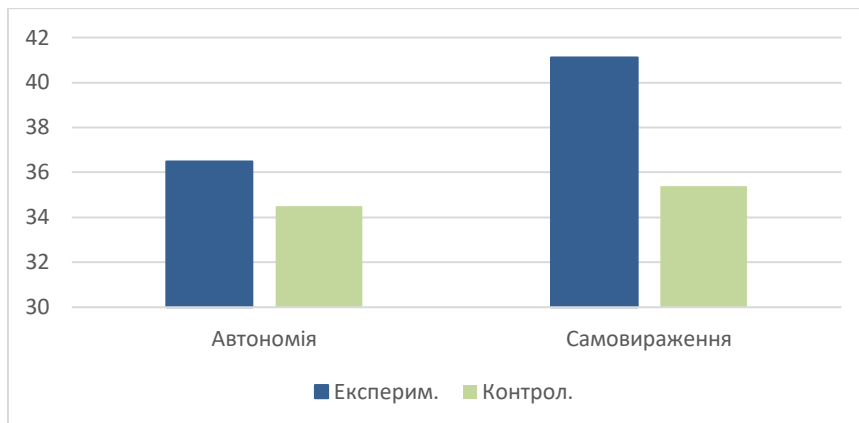


Рис. 3.2. Середні за субшкалами опитувальника Самодетермінації особистості Шелдона в експериментальній та контрольній групах.

Таблиця 3.3

Описові статистики для Загальної шкали мотивації (GMS)

	Середнє		Середнє квадратичне відхилення	
	Експерим.	Контрольна	Експерим.	Контрольна
Внутрішня мотивація - до знань	21.7	21.0	5.92	6.51

Внутрішня мотивація - до досягнення	21.9	21.2	5.01	5.69
Внутрішня мотивація - до стимуляції	22.3	21.6	4.60	5.45
Зовнішня мотивація - ототожнення	22.3	21.8	4.99	5.39
Зовнішня мотивація – інтроєкція	12.7	14.6	5.59	5.50
Зовнішня мотивація - зовнішня регуляція	14.4	15.7	5.13	4.69
Амотивація	8.85	10.9	4.41	3.97

Як бачимо з діаграм на рис. 3.3, ті, хто мають вищий рівень психосоматичного здоров'я, демонструють нижчі показники за шкалою Амотивація.

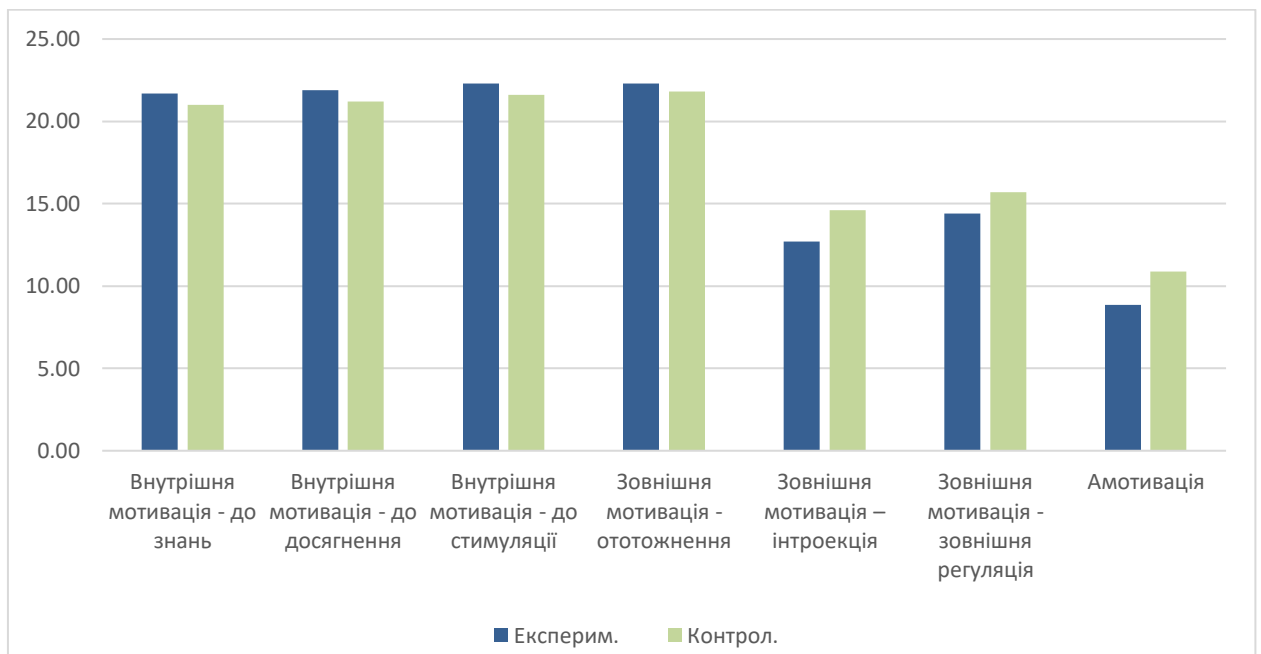


Рис. 3.3. Середні за субшкалами Загальної шкали мотивації (GMS) в експериментальній та контрольній групах.

**Описові статистики для Шкали інтолерантності до невизначеності
Н. Карлетона в адаптації Громової**

	Середнє		Середнє квадратичне відхилення	
	Експерим.	Контрольна	Експерим.	Контрольна
Шкала прогностичної тривоги	20.8	21.5	5.92	5.28
Шкала гнітючої тривоги	13.7	15.3	4.20	4.20

Діаграма на рис. 3.4 демонструє не суттєві відмінності за субшкалами опитувальника.

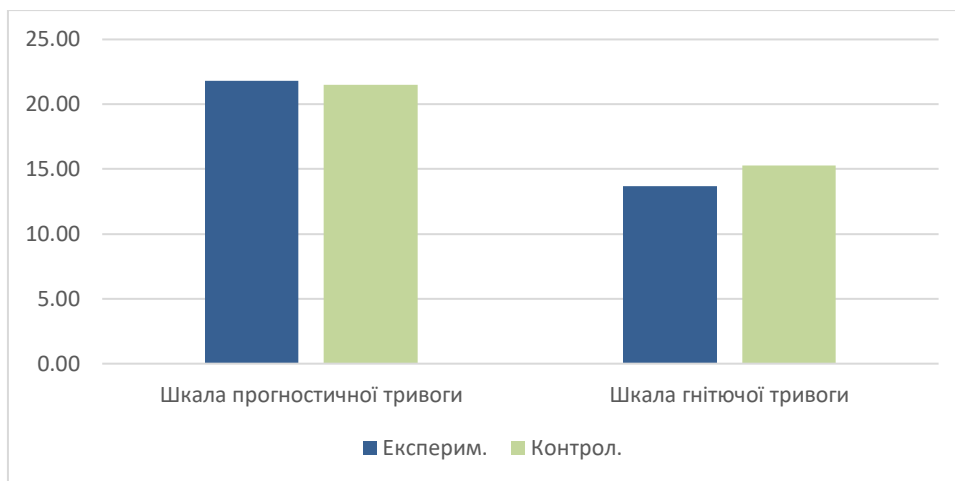


Рис. 3.4. Середні за підшкалами Шкали інтолерантності до невизначеності Н. Карлетона в експериментальній та контрольній групах.

**Описові статистики для П'ятифакторного опитувальник майндфулнес
(ПОМ-15)**

	Середнє		Середнє квадратичне відхилення	
	Експерим.	Контрольна	Експерим.	Контрольна
Спостереження	11.1	11.5	2.76	2.22

Опис	11.8	11.4	2.18	2.27
Усвідомлена дія	11.3	10.0	2.20	2.03
Неосудливість до внутрішнього досвіду	11.7	9.94	2.45	2.75
Нереагування	8.33	7.87	2.19	1.93

Як бачимо з діаграм на рис. 3.5, ті, хто мають вищий рівень психосоматичного здоров'я, демонструють вищі показники за шкалами Усвідомлена дія та Неосудливість до внутрішнього досвіду.

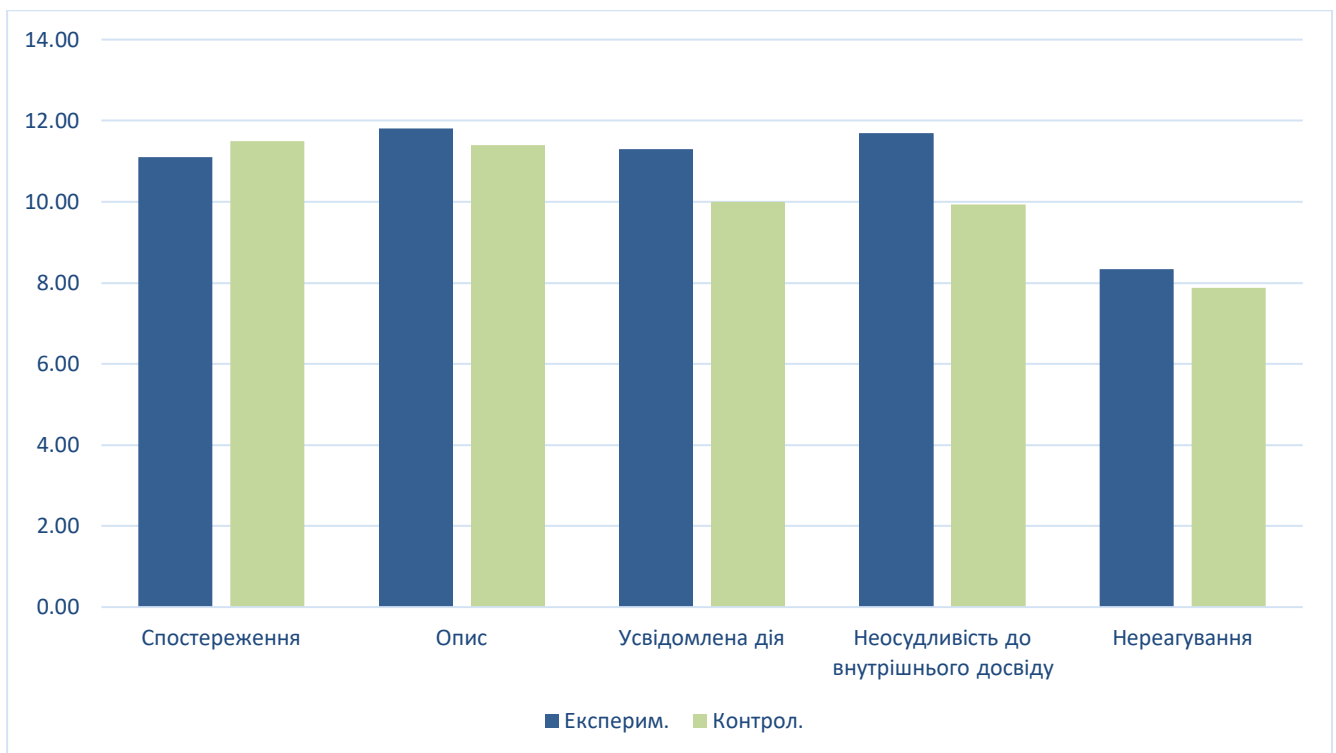


Рис. 3.5. Середні за П'ятифакторного опитувальника майндфулнес (ПОМ-15) в експериментальній та контрольній групах.

За наведеними вище таблицями та графіками, відмінність у середніх в експериментальній та контрольній груп подекуди виглядає досить суттєвої. Задля встановлення статистично достовірних відмінностей між групами в наступному підрозділі ми скористались перевіркою гіпотез про середні.

При перевірці розподілів на нормальність за групами переважна більшість шкал виявилась не нормально розподіленими.

Таблиця 3.6

**Перевірка розподілів на нормальність для всіх шкал,
здіяних у дослідженні**

	Критерій Шапіро-Вілка W	p-рівень Шапіро-Вілка	Розподіл
Соматизація	0.935	< .001	не норм.
Автономія	0.979	0.091	норм.
Самовираження	0.912	< .001	не норм.
Внутрішня мотивація - до знань	0.899	< .001	не норм.
Внутрішня мотивація - до досягнення	0.904	< .001	не норм.
Внутрішня мотивація - до стимуляції	0.922	< .001	не норм.
Зовнішня мотивація - ототожнення	0.881	< .001	не норм.
Зовнішня мотивація – інтроекція	0.969	0.012	не норм.
Зовнішня мотивація - зовнішня регуляція	0.982	0.161	норм.
Амотивація	0.935	< .001	не норм.
Шкала прогностичної тривоги	0.989	0.505	норм.
Шкала гнітючої тривоги	0.985	0.286	норм.
Спостереження	0.955	0.001	не норм.
Опис	0.953	< .001	не норм.
Усвідомлена дія	0.976	0.045	не норм.
Неосудливість до внутрішнього досвіду	0.968	0.010	не норм.
Нереагування	0.985	0.253	норм.

За гістограмою розподілу за показниками шкали Соматизації на всій вибірці (рис. 3.6.) ми спостерігаємо, що її форма нагадує куполоподібну. Проте існує ряд суттєвих відмінностей (наявність крайніх точок, сильні перепади

в середині графіку), що не дозволяють розглядати такий розподіл як нормальний. Ми припускаємо, що із збільшенням вибірки цей ефект міг би бути скоригований.

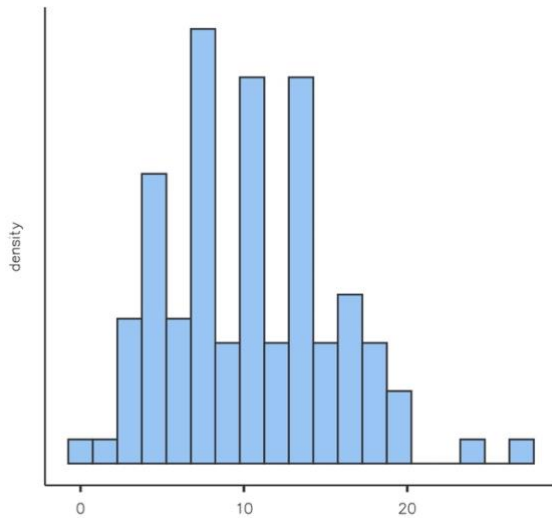


Рис.3.6. Гістограма розподілу за показниками шкали Соматизації на всій вибірці.

Коробкова діаграма за показниками шкали Соматизація (рис. 3.7.) ілюструє симетричність із помірним тяжінням до нижчих значень, дещо зміщену вгору медіану та викиди на верхніх межах шкали.

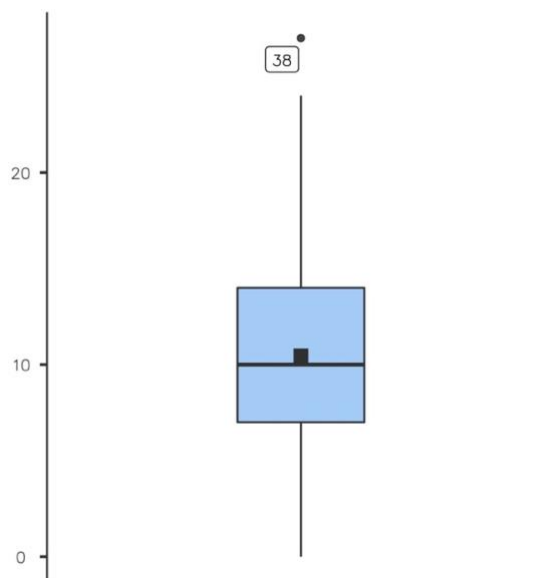


Рис.3.7. Коробкова діаграма розподілу за показниками шкали Соматизації на всій вибірці.

3.2 Кореляційні зв'язки між шкалами обраних методик

За допомогою перевірок гіпотез про середні ми встановлювали за якими шкалами є відмінність в групах із вищим (експериментальна) та нижчим (контрольна) рівнем психосоматичного здоров'я.

В ході перевірки гіпотез про середні для вибору критерію нам знадобилася інформація щодо рівності дисперсії у розподілах.

Таблиця 3.7

Перевірка розподілів на рівність дисперсії для всіх шкал, здіяних у дослідженні для всієї вибірки

	F	p	дисперсія
Соматизація	3.95455	0.049	не рівна
Автономія	0.27342	0.602	рівна
Самовираження	1.63541	0.204	рівна
Внутрішня мотивація - до знань	0.77164	0.382	рівна
Внутрішня мотивація - до досягнення	1.963	0.164	рівна
Внутрішня мотивація - до стимуляції	3.55542	0.062	рівна
Зовнішня мотивація - ототожнення	1.20190	0.275	рівна
Зовнішня мотивація – інтроекція	1.60e-5	0.997	рівна
Зовнішня мотивація - зовнішня регуляція	1.40060	0.239	рівна
Амотивація	0.15029	0.699	рівна
Шкала прогностичної тривоги	0.53562	0.466	рівна
Шкала гнітючої тривоги	0.00432	0.948	рівна
Спостереження	2.85327	0.094	рівна
Опис	0.77549	0.381	рівна
Усвідомлена дія	0.41915	0.519	рівна
Неосудливість до внутрішнього досвіду	0.12564	0.724	рівна
Нереагування	2.05031	0.155	рівна

Враховуючи

- для шкал із ненормальним розподілом застосували U-критерій Манна-Уїтні (переважна більшість шкал),
- для шкал із нормальним розподілом та рівними дисперсіями застосували t-критерій Стьюдента (декілька шкал),
- для шкал із нормальним розподілом та різними дисперсіями - t-критерій Уелча (в даному дослідженні шкал з такою ознакою не виявлено).

Для кореляційного аналізу ми застосовували всюди коефіцієнт кореляції Спірмена.

3.2.1. Перевірка гіпотез про середні в групах для обраних методик

За шкалами опитувальника Самодетермінації особистості Шелдона було встановлено відмінність між експериментальною та контрольною групами за шкалою Самовираження.

Таблиця 3.8

Перевірка гіпотез про середні в експериментальній та контрольній групах для опитувальника Самодетермінації особистості Шелдона

Шкала	Критерій	Статистика	Ступені свободи	p	Альтернативна гіпотеза
Автономія	t-критерій Стьюдента	-1.41	106.0	0.161	Експерим. ≠ Контрол.
Самовираження	U критерій Манна-Уїтні	783		< .001	Експерим. ≠ Контрол.

Як бачимо з рис. 3.8, ті, хто демонструє вищі показники психосоматичного здоров'я мають в середньому дещо вищий рівень автономії, та значно вищий рівень самодетермінації ніж ті, чії показники психосоматичного здоров'я нижче.

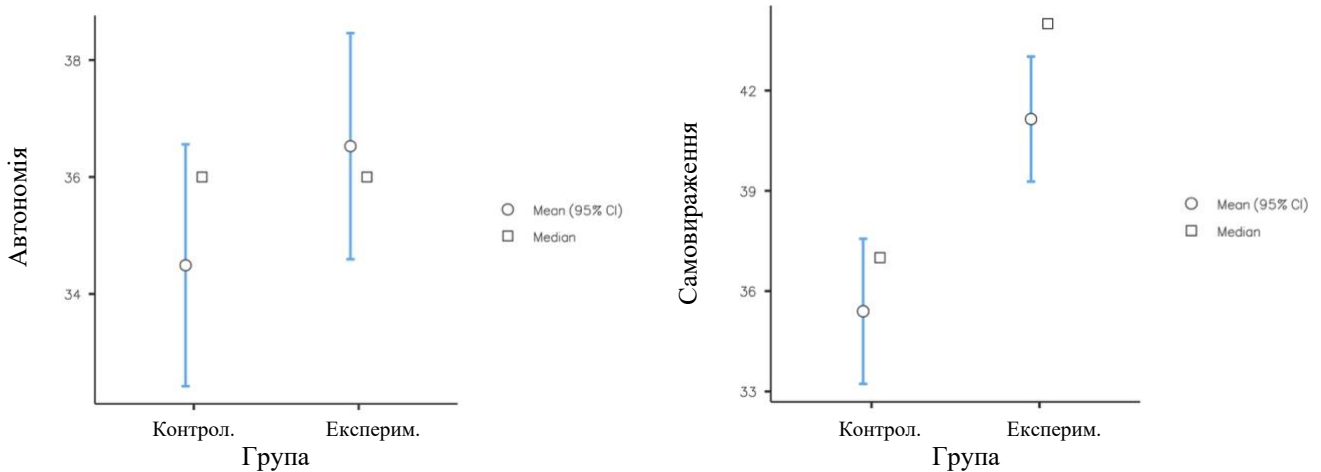


Рис. 3.8. Графіки візуалізації розподілу і статистичної значущості відмінностей між експериментальною та контрольною групами за шкалами Автономія та Самовираження.

За Загальною шкалою мотивації (GMS) було встановлено відмінність між експериментальною та контрольною групами за шкалою Амотивація.

Таблиця 3.9

Перевірка гіпотез про середні в експериментальній та контрольній групах для Загальної шкали мотивації (GMS)

Шкала	Критерій	Статистика	Ступені свободи	p	Альтернативна гіпотеза
Внутрішня мотивація - до знань	U критерій Манна-Уїтні	1384	106	0.652	Експерим. \neq Контрол.
Внутрішня мотивація - до досягнення	U критерій Манна-Уїтні	1406		0.751	Експерим. \neq Контрол.
Внутрішня мотивація - до стимуляції	U критерій Манна-Уїтні	1391		0.684	Експерим. \neq Контрол.

Зовнішня мотивація - ототожнення	U критерій Манна-Уїтні	1376		0.615	Експерим. ≠ Контрол.
Зовнішня мотивація – інтродекція	U критерій Манна-Уїтні	1191		0.101	Експерим. ≠ Контрол.
Зовнішня мотивація - зовнішня регуляція	t-критерій Стьюдента	1.292		0.199	Експерим. ≠ Контрол.
Амотивація	U критерій Манна-Уїтні	1013		0.006	Експерим. ≠ Контрол.

Не було встановлено відмінностей між експериментальною та контрольною групами за шкалами опитувальника Шкали інтолерантності до невизначеності Н. Карлетона. Втім, показник $p = 0.054$ за Шкалою гнітючої тривоги дає підстави передбачати, що за умови більшої вибірки така відмінність могла б проявитися.

Таблиця 3.10

Перевірка гіпотез про середні в експериментальній та контрольній групах для опитувальника Шкали інтолерантності до невизначеності Н. Карлетона в адаптації Громової

Шкала	Критерій	Статистика	Ступені свободи	p	Альтернативна гіпотеза
Шкала прогностичної тривоги	t-критерій Стьюдента	0.622	106	0.535	Експерим. ≠ Контрол.
Шкала гнітючої тривоги	t-критерій Стьюдента	1.948		0.054	Експерим. ≠ Контрол.

Для П'ятифакторного опитувальника майндфулнес (ПОМ-15) було встановлено відмінність між експериментальною та контрольною групами за шкалами Усвідомлена дія та Неосудливість до внутрішнього досвіду.

Таблиця 3.11

Перевірка гіпотез про середні в експериментальній та контрольній групах для П'ятифакторного опитувальника майндфулнес (ПОМ-15)

Шкала	Критерій	Статистика	Ступені свободи	p	Альтернативна гіпотеза
Спостереження	U критерій Манна-Уїтні	1365		0.568	Експерим. ≠ Контрол.
Опис	U критерій Манна-Уїтні	1335		0.446	Експерим. ≠ Контрол.
Усвідомлена дія	U критерій Манна-Уїтні	977	106	0.003	Експерим. ≠ Контрол.
Неосудливість до внутрішнього досвіду	U критерій Манна-Уїтні	942		0.001	Експерим. ≠ Контрол.
Нереагування	t-критерій Стьюдента	-1.153		0.252	Експерим. ≠ Контрол.

3.2.2. Аналіз кореляційних зв'язків

Наступним кроком ми вирішили встановити, як відрізняються між собою кореляційні зв'язки шкали Соматизації, із шкалами інших методик. Зважаючи на те, що розподіл на групи відбувався саме за показниками цієї шкали, ми визначили, що доцільно відслідковувати кореляції не на групах, а на всій вибірці.

Оскільки значна частка шкал при перевірці розподілів на нормальність не виявилась нормально розподіленими, для кореляційного аналізу ми застосовували всюди коефіцієнт кореляції Спірмена.

Досліджуючи кореляційні зв'язки шкали Соматизації із шкалами опитувальника Самодетермінації особистості Шелдона, було встановлено:

- Соматизація негативно корелює з Автономією, слабка кореляція.
- Соматизація негативно корелює з Самовираженням, кореляція середня за силою.

Таблиця 3.12

**Кореляційні зв'язки шкали Соматизації із шкалами опитувальника
Самодетермінації особистості Шелдона**

		Соматизація
Автономія	коэф. Спірмена	-0.198*
	p	0.040
Самовираження	коэф. Спірмена	-0.469***
	p	< .001

Досліджуючи кореляційні зв'язки шкали Соматизації із шкалами опитувальника Загальної шкали мотивації (GMS), було встановлено:

- Соматизація позитивно корелює із Зовнішньою мотивацією – інтроекцією, кореляція слабка за силою.
- Соматизація позитивно корелює із Амотивацією, кореляція середня за силою.

**Кореляційні зв'язки шкали Соматизації із шкалами опитувальника
Загальної шкали мотивації (GMS)**

		Соматизація
Внутрішня мотивація - до знань	коэф. Спірмена	-0.029
	p	0.765
Внутрішня мотивація - до досягнення	коэф. Спірмена	0.012
	p	0.902
Внутрішня мотивація - до стимуляції	коэф. Спірмена	-0.034
	p	0.727
Зовнішня мотивація - ототожнення	коэф. Спірмена	-0.075
	p	0.439
Зовнішня мотивація – інтродекція	коэф. Спірмена	0.201*
	p	0.037
Зовнішня мотивація - зовнішня регуляція	коэф. Спірмена	0.146
	p	0.131
Амотивація	коэф. Спірмена	0.294**
	p	0.002

Досліджуючи кореляційні зв'язки шкали Соматизації із Шкалою інтолерантності до невизначеності Н. Карлетона, було встановлено:

- Соматизація позитивно корелює із Шкалою гнітючої тривоги, кореляція середня за силою.

Таблиця 3.14

Кореляційні зв'язки шкали Соматизації із Шкалою інтолерантності до невизначеності Н. Карлетона в адаптації Громової

		Соматизація
Шкала прогностичної тривоги	коэф. Спірмена	0.020
	p	0.217
Шкала гнітючої тривоги	коэф. Спірмена	0.331***
	p	< .001

Досліджуючи кореляційні зв'язки шкали Соматизації із шкалами П'ятифакторного опитувальника майндфулнес (ПОМ-15), було встановлено:

- Соматизація негативно корелює із Усвідомленою дією та Неосудливістю до внутрішнього досвіду, кореляція середня за силою в обох випадках.

Таблиця 3.15

Кореляційні зв'язки шкали Соматизації із шкалами П'ятифакторного опитувальника майндфулнес (ПОМ-15)

		Соматизація
Спостереження	коэф. Спірмена	-0.018
	p	0.856
Опис	коэф. Спірмена	-0.182
	p	0.060
Усвідомлена дія	коэф. Спірмена	-0.365***
	p	< .001
Неосудливість до внутрішнього досвіду	коэф. Спірмена	-0.383***
	p	< .001
Нереагування	коэф. Спірмена	-0.125
	p	0.197

Досліджуючи кореляційні зв'язки шкал П'ятифакторного опитувальника майндфулнес (ПОМ-15) зі шкалами опитувальника Самодетермінації особистості Шелдона було встановлено:

- Спостереження позитивно корелює зі шкалами Автономія та Самовираження, кореляція слабка за силою;
- Опис позитивно корелює зі шкалою Автономія, кореляція слабка за силою;
- Усвідомлена дія позитивно корелює зі шкалами Автономія та Самовираження, кореляція середня за силою;
- Неосудливість до внутрішнього досвіду позитивно корелює зі шкалами Автономія та Самовираження, кореляція середня за силою;
- Нереагування позитивно корелює зі шкалами Автономія та Самовираження, кореляція слабка за силою.

Таблиця 3.16

Кореляційні зв'язки шкал П'ятифакторного опитувальника майндфулнес (ПОМ-15) зі шкалами опитувальника Самодетермінації особистості Шелдона

		Автономія	Самовираження
Спостереження	коэф.		
	Спірмена	0.229 *	0.207 *
	p	0.017	0.032
Опис	коэф.		
	Спірмена	0.189 *	0.176
	p	0.050	0.068
Усвідомлена дія	коэф.		
	Спірмена	0.326 ***	0.446 ***
	p	< .001	< .001

Неосудливість до внутрішнього досвіду	коэф. Спірмена	0.381 ***	0.470 ***
	p	< .001	< .001
Нереагування	коэф. Спірмена	0.196 *	0.201 *
	p	0.042	0.037

Досліджуючи кореляційні зв'язки шкал П'ятифакторного опитувальника майндфулнес (ПОМ-15) зі шкалами **внутрішньої мотивації** Загальної шкали мотивації (GMS) було встановлено:

- Спостереження позитивно корелює зі шкалами Внутрішня мотивація - до знань та Внутрішня мотивація - до стимуляції, кореляція слабка за силою.
- Опис, Усвідомлена дія та Неосудливість до внутрішнього досвіду позитивно корелюють з кожною зі шкал внутрішньої мотивації, всі кореляції слабкі за силою, окрім однієї. Позитивна кореляція Усвідомленої дії до Внутрішньої мотивації - до стимуляції, середня за силою.

Таблиця 3.17

Кореляційні зв'язки шкал П'ятифакторного опитувальника майндфулнес (ПОМ-15) зі шкалами внутрішньої мотивації Загальної шкали мотивації (GMS)

		Внутрішня мотивація - до знань	Внутрішня мотивація - до досягнення	Внутрішня мотивація - до стимуляції
Спостереження	коэф. Спірмена	0.244 *	0.167	0.221 *
	p	0.011	0.085	0.021

Опис	коэф. Спірмена	0.213 *	0.240 *	0.266 **
	p	0.027	0.012	0.005
Усвідомлена дія	коэф. Спірмена	0.286 **	0.247 **	0.296 **
	p	0.003	0.010	0.002
Неосудливість до внутрішнього досвіду	коэф. Спірмена	0.267 **	0.239 *	0.286 **
	p	0.005	0.013	0.003
Нереагування	коэф. Спірмена	0.054	-0.008	0.139
	p	0.581	0.930	0.152

Досліджуючи кореляційні зв'язки шкал П'ятифакторного опитувальника майндфулнес (ПОМ-15) зі шкалами **зовнішньої мотивації** та амотивації Загальної шкали мотивації (GMS) було встановлено:

- Опис позитивно корелює зі шкалою Ототожнення та негативно корелює зі шкалами Інтроєкція та Амотивація, кореляція слабка за силою;
- Усвідомлена дія позитивно корелює із Ототожненням та негативно корелює із Інтроєкцією та Амотивацією, кореляція середня за силою;
- Неосудливість до внутрішнього досвіду позитивно корелює із Ототожненням, кореляція слабка за силою; негативно корелює із Інтроєкцією та Амотивацією кореляція середня за силою;
- Нереагування негативно корелює зі шкалою Зовнішня мотивація - зовнішня регуляція, кореляція слабка за силою.

**Кореляційні зв'язки шкал П'ятифакторного опитувальника
майндфулнес (ПОМ-15) зі шкалами зовнішньої мотивації та амотивації
Загальної шкали мотивації (GMS)**

		Зовнішня мотивація - ототожнення	Зовнішня мотивація – інтродекція	Зовнішня мотивація - зовнішня регуляція	Амотивація
Спостереження	коэф. Спірмена	0.043	-0.176	-0.096	-0.172
	p	0.656	0.069	0.321	0.076
Опис	коэф. Спірмена	0.213 *	-0.194 *	-0.084	-0.210 *
	p	0.027	0.044	0.386	0.029
Усвідомлена дія	коэф. Спірмена	0.322 ***	-0.333 ***	-0.126	-0.399 ***
	p	< .001	< .001	0.192	< .001
Неосудливість до внутрішнього досвіду	коэф. Спірмена	0.208 *	-0.399 ***	-0.180	-0.317 ***
	p	0.031	< .001	0.063	< .001
Нереагування	коэф. Спірмена	0.062	-0.058	-0.225 *	0.014
	p	0.527	0.554	0.019	0.884

3.2.3. Аналіз лінійної регресії

Наступним етапом нашого дослідження стало застосування регресійного аналізу, для виявлення та кількісної оцінки лінійного зв'язку між залежною змінною (Соматизація) та однією або кількома незалежними змінними (інші шкали дослідження).

Виявлення лінійного зв'язку для залежної змінної Соматизація ми почали із включення у коваріанти усіх субшкал дослідження.

Таблиця 3.19

Початкова модель коефіцієнтів лінійної регресії для залежної змінної Соматизація

Model Fit Measures

Model	R	R ²
1	0.568	0.323

Model Coefficients - Соматизація

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	19.50808	5.7753	3.3779	0.001
Автономія	-0.01262	0.0863	-0.1462	0.884
Самовираження	-0.21091	0.0798	-2.6421	0.010
Внутрішня мотивація - до знань	0.05911	0.1673	0.3534	0.725
Внутрішня мотивація - до досягнення	0.00556	0.1930	0.0288	0.977
Внутрішня мотивація - до стимуляції	-0.00303	0.1612	-0.0188	0.985
Зовнішня мотивація - ототожнення	0.08181	0.1577	0.5187	0.605
Зовнішня мотивація – інтроекція	-0.02404	0.1158	-0.2077	0.836
Зовнішня мотивація - зовнішня регуляція	0.11840	0.1073	1.1039	0.273
Амотивація	0.08163	0.1334	0.6118	0.542
Шкала прогностичної тривоги	-0.10931	0.1120	-0.9764	0.331
Шкала гнітючої тривоги	0.14171	0.1758	0.8062	0.422
Спостереження	0.15792	0.1945	0.8118	0.419
Опис	-0.09510	0.2215	-0.4293	0.669
Усвідомлена дія	-0.34990	0.2427	-1.4415	0.153
Неосудливість до внутрішнього досвіду	-0.25513	0.2061	-1.2380	0.219
Нереагування	0.01901	0.2381	0.0798	0.937

Надалі ми поетапно виключали з моделі один за одним той з коефіцієнтів, що демонстрував на цьому етапі найбільший показник p , що означає якнайменший внесок у досліджуваний концепт. Аби уникнути похибки на жодному етапі не виключалося 2 чи більше коефіцієнтів, оскільки в результаті кожного виключення відбувається перерахунок і ранжування внеску одного фактору відносно іншого може змінюватися.

Таким чином ми дійшли до такого вигляду моделі, в якій усі коефіцієнти демонструють показник p менше за 0.05.

В результаті до лінійної регресії Соматизації не увійшло:

- Жодного фактору з Загальної шкали мотивації (GMS)
- Жодного фактору зі Шкали інтолерантності до невизначеності Н. Карлетона в адаптації Громової. Цей результат є особливо цікавим, адже зв'язок тривоги та низького психосоматичного здоров'я є загальновідомим фактом. Вище ми зазначали, що Соматизація позитивно корелює із Шкалою гнітючої тривоги (позитивна кореляція 0,331, $p = <0,001$), втім лінійна регресія не виявила значного внеску факторів тривоги у досліджуваний концепт.

До лінійної регресії Соматизації увійшло 2 критерії – Самовираження та Усвідомлена дія. Спільно ці 2 показники визначають 25,9% показника Соматизації (див. таб. 3.20).

**Фінальна модель коефіцієнтів лінійної регресії
для залежної змінної Соматизація**

Model Fit Measures

Model	R	R ²
1	0.508	0.259

Model Coefficients - Соматизація

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	24.599	2.4313	10.12	<.001
Самовираження	-0.242	0.0576	-4.21	<.001
Усвідомлена дія	-0.456	0.2117	-2.15	0.034

Лінійне рівняння, що відповідає побудованій моделі:

$$\text{Соматизація} = (-0.242) \times \text{Самовираження} + (-0,456) \times \text{Усвідомлена дія}$$

Досліджуючи взаємодію між предикторами Самовираження та Усвідомлена дія та їх вплив на залежну змінну ми спостерігаємо наступне:

- За використання тільки предиктора Самовираження, R² становить 22%. Це означає, що самовираження самостійно може пояснити 22% варіативності залежної змінної. Це свідчить про досить значний вплив цього предиктора.
- Коли використовується лише Усвідомлена дія, R² становить 13%. Це означає, що цей предиктор самостійно пояснює 13% варіативності залежної змінної, що є значним, але меншим, ніж вплив Самовираження.

Робимо висновок про взаємодію предикторів: коли обидва предиктори включені в модель разом, R^2 зростає до 26%. Це збільшення на 4% у порівнянні з найсильнішим індивідуальним предиктором (Самовираження), і на 13% більше, ніж коли б було використано лише Усвідомлену дію. Це свідчить про те, що хоча обидва предиктори важливі, вони також частково взаємодоповнюють один одного, що призводить до більш точного пояснення варіативності залежної змінної.

Результати підтверджують, що включення декількох предикторів може забезпечити краще розуміння динаміки залежної змінної, ніж аналіз кожного предиктора окремо. Це також може вказувати на те, що між Самовираженням та Усвідомленою дією існує певна взаємозалежність або, що ці змінні впливають на одні і ті ж аспекти залежної змінної.

Таблиця 3.21

Відсоток варіативності Соматизації, який може пояснити кожен з предикторів, коли задіяний в моделі самостійно

Predictor	R	R^2
Самовираження	0.475	0.226
Усвідомлена дія	0.365	0.134

Лінійна регресія для предикторів залежної змінної Соматизація

Нас зацікавило дослідити зворотний зв'язок Соматизації із її предикторами у отриманій моделі лінійній регресії.

Спочатку ми розглянули лінійну регресію для Самовираження. Її предиктори Соматизація, Автономія та Неосудливість до внутрішнього досвіду сукупно пояснюють 53.3% варіативності залежної змінної.

**Фінальна модель коефіцієнтів лінійної регресії
для залежної змінної Самовираження**

Model Fit Measures

Model	R	R ²
1	0.730	0.533

Model Coefficients - Самовираження

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	17.642	3.8218	4.62	<.001
Соматизація	-0.409	0.1188	-3.44	<.001
Автономія	0.538	0.0790	6.81	<.001
Неосудливість до внутрішнього досвіду	0.540	0.2253	2.40	0.018

З таблиці X ми бачимо, що Соматизація пояснює варіативність Самовираження на 22.6%. Відповідний показник Автономії – 42,1%, підкреслює тісний зв'язок цих субшкал опитувальника Самодетермінації Шелдона.

Таблиця 3.23

**Відсоток варіативності Самовираження, який може пояснити кожен з
предикторів, коли задіяний в моделі самостійно**

Predictor	R	R ²
Соматизація	0.475	0.226
Автономія	0.649	0.421
Неосудливість до внутрішнього досвіду	0.472	0.223

Наступною ми розглянули лінійну регресію для Усвідомленої дії. Її предиктори Соматизація, Шкала гнітючої тривоги, Зовнішня мотивація –

ототожнення, Амотивація сукупно пояснюють 32.6% варіативності залежної змінної.

Таблиця 3.24

**Фінальна модель коефіцієнтів лінійної регресії
для залежної змінної Усвідомлена дія**

Model Fit Measures

Model	R	R ²
1	0.571	0.326

Model Coefficients - Усвідомлена дія

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	12.1930	1.2356	9.87	<.001
Соматизація	-0.0957	0.0381	-2.51	0.014
Шкала гнітючої тривоги	-0.1153	0.0474	-2.43	0.017
Зовнішня мотивація - ототожнення	0.0937	0.0366	2.56	0.012
Амотивація	-0.0954	0.0456	-2.09	0.039

З таблиці X ми бачимо, що Соматизація пояснює варіативність Усвідомленої дії на 13.4%. Решта предикторів демонструють близький результат. Найбільший показник R² у Шкали гнітючої тривоги – 18.1%.

Таблиця 3.25

**Відсоток варіативності Усвідомлена дія, який може пояснити кожен з
предикторів, коли задіяний в моделі самостійно**

Predictor	R	R ²
Соматизація	0.365	0.134
Шкала гнітючої тривоги	0.426	0.181
Зовнішня мотивація – ототожнення	0.360	0.130
Амотивація	0.384	0.148

3.2.4. Перевірка на включеність предиктора Соматизація до моделей лінійної регресії решти досліджуваних конструктів.

Наступним кроком ми вирішили поцікавитися, наскільки представлена Соматизація як вагомий коефіцієнт у лінійних регресіях решти досліджених факторів.

Підтверджуючи попередні дані, що не проявляли істотного зв'язку Соматизації та Автономії, лінійна регресія отанньої не включає Соматизації. Вона цілком логічно включає Самовираження – субшкалу з того ж опитувальника, та мотиваційні фактори: внутрішню мотивацію до знань, до досягнень та зовнішню мотивацію – ототожнення.

Таблиця 3.26

Фінальна модель коефіцієнтів лінійної регресії для залежної змінної Автономія

Model Fit Measures

Model	R	R ²
1	0.727	0.529

Model Coefficients - Автономія

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	8.507	2.9459	2.89	0.005
Самовираження	0.528	0.0669	7.89	<.001
Внутрішня мотивація - до знань	0.506	0.1668	3.04	0.003
Внутрішня мотивація - до досягнення	-0.529	0.1955	-2.71	0.008
Зовнішня мотивація - ототожнення	0.335	0.1673	2.00	0.048

Ми вже відзначали, що факт відсутності серед предикторів Соматизації факторів тривоги є таким, що дещо суперечить очікуванням. Цікаво спостерігати, що серед предикторів у фінальних моделях для Прогностичної та для Гнітючої тривоги Соматизація фігурує.

Таблиця 3.27

**Фінальна модель коефіцієнтів лінійної регресії
для залежної змінної Шкала прогностичної тривоги**

Model Fit Measures

Model	R	R ²
1	0.698	0.487

Model Coefficients - Шкала прогностичної тривоги

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	3.031	2.3626	1.28	0.202
Шкала гнітючої тривоги	0.938	0.0942	9.96	<.001
Внутрішня мотивація - до досягнення	0.209	0.0750	2.79	0.006

Таблиця 3.28

**Фінальна модель коефіцієнтів лінійної регресії
для залежної змінної Шкала гнітючої тривоги**

Model Fit Measures

Model	R	R ²
1	0.804	0.646

Model Coefficients - Шкала гнітючої тривоги

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	13.208	2.2035	5.99	<.001
Самовираження	-0.104	0.0366	-2.85	0.005
Шкала прогностичної тривоги	0.419	0.0466	8.99	<.001
Внутрішня мотивація - до знань	-0.105	0.0432	-2.42	0.017
Амотивація	0.142	0.0624	2.28	0.025
Неосудливість до внутрішнього досвіду	-0.253	0.1088	-2.33	0.022

З таблиці X ми бачимо, що субшкала Гнітючої тривоги з Шкали інтолерантності до невизначеності Н. Карлетона, пояснює варіативність

Шкали прогностичної тривоги 44.9%. При тому, що R^2 Внутрішньої мотивації – до досягнення, задіяний у моделі самостійно, становить лише 0,2%, коли ми додаємо цей предиктор до Шкали прогностичної тривоги, сумарний показник збільшується на 3,8%.

Таблиця 3.29

Відсоток варіативності Шкала прогностичної тривоги, який може пояснити кожен з предикторів, коли задіяний в моделі самостійно

Predictor	R	R^2
Шкала гнітючої тривоги	0.670	0.449
Внутрішня мотивація – до досягнення	0.0468	0.00219

З наявних у дослідженні факторів найбільший відсоток варіативності окрім субшкали Гнітючої тривоги з того ж опитувальника, продемонстрували предиктори Самовираження та Неосудливість до внутрішнього досвіду.

Таблиця 3.30

Відсоток варіативності Шкала гнітючої тривоги, який може пояснити кожен з предикторів, коли задіяний в моделі самостійно

Predictor	R	R^2
Самовираження	0.482	0.233
Шкала прогностичної тривоги	0.670	0.449
Внутрішня мотивація – до знань	0.341	0.116
Амотивація	0.355	0.126
Неосудливість до внутрішнього досвіду	0.481	0.231

Досліджуючи моделі лінійної регресії для субшкал Загальної шкали мотивації (GMS) ми спостерігаємо наступне:

- Жодна зі шкал не містить в своїх предикторах Соматизацію,
- Окрім субшкал того ж опитувальника Загальної шкали мотивації (GMS) в числі предикторів найчастіше представлені субшкали з П'ятифакторного опитувальника майндфулнес (4 представлення) або шкали Самодетермінації Шелдона (3 представлення). Шкала гнітючої тривоги представлена 1 раз.
- У моделі для Зовнішньої мотивації – інтроєкції присутній предиктор Неосудливість до внутрішнього досвіду, що співставно із раніше вказаною кореляцією цих показників у таб. 3.18.
- У моделі для Зовнішньої мотивації – ототожнення присутній предиктор Спостереження, що є неочікуваним, зважаючи на відсутність відповідної кореляції у таб. 3.18.
- Так само наявність у моделі для Внутрішньої мотивації – до стимуляції предиктора Нереагування є неочікуваним, зважаючи на відсутність відповідної кореляції у таб. 3.17.
- У моделі для Амотивації присутній предиктор Усвідомлена дія, що співставно із раніше вказаною кореляцією цих показників у таб. 3.18.
- Переважно R^2 для змінних з категорії Внутрішньої мотивації є досить високим - 70-80%. Найменший показник R^2 серед всіх моделей у змінної Зовнішня мотивація – зовнішня регуляція - 27,6%.

Таблиця 3.31

**Фінальна модель коефіцієнтів лінійної регресії
для залежної змінної Внутрішня мотивація – до знань**

Model Fit Measures

Model	R	R ²
1	0.896	0.803

Model Coefficients - Внутрішня мотивація - до знань

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	0.890	2.5695	0.347	0.730
Автономія	0.159	0.0496	3.203	0.002
Самовираження	-0.117	0.0465	-2.514	0.014
Шкала гнітючої тривоги	-0.194	0.0751	-2.580	0.011
Внутрішня мотивація - до досягнення	0.682	0.0854	7.985	<.001
Внутрішня мотивація - до стимуляції	0.337	0.0918	3.667	<.001

Таблиця 3.32

**Фінальна модель коефіцієнтів лінійної регресії
для залежної змінної Внутрішня мотивація – до досягнення**

Model Fit Measures

Model	R	R ²
1	0.895	0.801

Model Coefficients - Внутрішня мотивація - до досягнення

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	-0.377	1.3435	-0.281	0.779
Внутрішня мотивація - до знань	0.380	0.0723	5.258	<.001
Внутрішня мотивація - до стимуляції	0.282	0.0790	3.568	<.001
Зовнішня мотивація - ототожнення	0.263	0.0735	3.581	<.001
Зовнішня мотивація - зовнішня регуляція	0.123	0.0478	2.578	0.011

Таблиця 3.33

**Фінальна модель коефіцієнтів лінійної регресії
для залежної змінної Внутрішня мотивація – до стимуляції**

Model Fit Measures

Model	R	R ²
1	0.839	0.704

Model Coefficients - Внутрішня мотивація - до стимуляції

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	2.976	1.5801	1.88	0.062
Внутрішня мотивація - до знань	0.309	0.0833	3.71	<.001
Внутрішня мотивація - до досягнення	0.453	0.0967	4.69	<.001
Нереагування	0.321	0.1306	2.46	0.016

Таблиця 3.34

**Фінальна модель коефіцієнтів лінійної регресії
для залежної змінної Зовнішня мотивація – ототожнення**

Model Fit Measures

Model	R	R ²
1	0.824	0.679

Model Coefficients - Зовнішня мотивація - ототожнення

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	5.611	1.9412	2.89	0.005
Автономія	0.109	0.0438	2.49	0.014
Внутрішня мотивація - до знань	0.296	0.0954	3.10	0.002
Внутрішня мотивація - до досягнення	0.421	0.1044	4.03	<.001
Спостереження	-0.249	0.1198	-2.08	0.040

Таблиця 3.35

**Фінальна модель коефіцієнтів лінійної регресії
для залежної змінної Зовнішня мотивація – інтроєкція**

Model Fit Measures

Model	R	R ²
1	0.727	0.529

Model Coefficients - Зовнішня мотивація – інтроєкція

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	11.523	2.5972	4.44	<.001
Внутрішня мотивація - до знань	-0.237	0.0645	-3.68	<.001
Зовнішня мотивація - зовнішня регуляція	0.380	0.0797	4.76	<.001
Амотивація	0.503	0.0952	5.29	<.001
Неосудливість до внутрішнього досвіду	-0.321	0.1509	-2.13	0.036

Таблиця 3.36

**Фінальна модель коефіцієнтів лінійної регресії
для залежної змінної Зовнішня мотивація – зовнішня регуляція**

Model Fit Measures

Model	R	R ²
1	0.525	0.276

Model Coefficients - Зовнішня мотивація - зовнішня регуляція

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	2.763	2.3121	1.19	0.235
Внутрішня мотивація - до досягнення	0.273	0.0804	3.40	<.001
Зовнішня мотивація – інтроєкція	0.467	0.0767	6.10	<.001

Таблиця 3.37

**Фінальна модель коефіцієнтів лінійної регресії
для залежної змінної Амотивація**

Model Fit Measures

Model	R	R ²
1	0.599	0.358

Model Coefficients - Амотивація

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	9.040	2.2415	4.03	<.001
Зовнішня мотивація – інтроєкція	0.378	0.0643	5.87	<.001
Усвідомлена дія	-0.408	0.1639	-2.49	0.014

Досліджуючи моделі лінійної регресії для решти субшкал П'ятифакторного опитувальника майндфулнес окрім шкали Усвідомленої дії, ми спостерігаємо наступне:

- Жодна зі шкал не містить в своїх предикторах Соматизацію,
- Окрім субшкал того ж П'ятифакторного опитувальника майндфулнес в числі предикторів найчастіше представлені субшкали з Загальної шкали мотивації (GMS) (4 представлення) Субшкала Самовираження з опитувальника Самодетермінації Шелдона та Шкала гнітючої тривоги представлені по 1 разу.
- Переважно R² моделей знаходиться у межах 12-17%, модель для змінної Неосудливість до внутрішнього досвіду має R² у 34,6%.

Таблиця 3.38

**Фінальна модель коефіцієнтів лінійної регресії
для залежної змінної Спостереження**

Model Fit Measures

Model	R	R ²
1	0.353	0.125

Model Coefficients - Спостереження

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	8.406	1.4261	5.89	<.001
Внутрішня мотивація - до знань	0.147	0.0593	2.47	0.015
Зовнішня мотивація - ототожнення	-0.152	0.0703	-2.16	0.033
Опис	0.272	0.1079	2.52	0.013

Таблиця 3.39

**Фінальна модель коефіцієнтів лінійної регресії
для залежної змінної Опис**

Model Fit Measures

Model	R	R ²
1	0.416	0.173

Model Coefficients - Опис

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	6.486	1.1361	5.71	<.001
Спостереження	0.202	0.0791	2.55	0.012
Неосудливість до внутрішнього досвіду	0.261	0.0728	3.59	<.001

Таблиця 3.40

**Фінальна модель коефіцієнтів лінійної регресії
для залежної змінної Неосудливість для внутрішнього досвіду**

Model Fit Measures

Model	R	R ²
1	0.588	0.346

Model Coefficients - Неосудливість до внутрішнього досвіду

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	6.9470	2.0957	3.31	0.001
Самовираження	0.0947	0.0309	3.06	0.003
Шкала гнітючої тривоги	-0.1883	0.0588	-3.20	0.002
Опис	0.2560	0.1016	2.52	0.013

Таблиця 3.41

**Фінальна модель коефіцієнтів лінійної регресії
для залежної змінної Нереагування**

Model Fit Measures

Model	R	R ²
1	0.367	0.135

Model Coefficients - Нереагування

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	6.118	1.0076	6.07	<.001
Внутрішня мотивація - до досягнення	-0.168	0.0590	-2.84	0.005
Внутрішня мотивація - до стимуляції	0.157	0.0633	2.48	0.015
Неосудливість до внутрішнього досвіду	0.199	0.0728	2.74	0.007

3.3. Рекомендації для зменшення схильності до психосоматичних проявів

За результатами нашого дослідження основними предикторами Соматизації виявилися Самовираження та Усвідомлена дія. Ми розробили програму для відпрацювання основних факторів, що сприяють поліпшенню показників цих предикторів «*Усвідомлюю, обираю, дію*» (далі за текстом - *Програма*).

Формат Програми: щотижневі онлайн-вебінари, щоденні завдання для самостійного виконання, обговорення динаміки у чаті з підтримкою ведучого. Такий формат збільшує можливість долучитися і розрахований на залучення учасників до роботи на 15-20 хвилин щоденно у зручному для них режимі. Основний упор в Програмі іде на регулярність взаємодії учасників із собою за допомогою простого та дієвого інструментарію, корекційному впливі ведучого та обміні досвідом у групі.

Тривалість Програми: 1 місяць.

Оптимальна кількість учасників - 12-15.

Передумови створення Програми.

Для того, щоб створити дієву програму, яка через вплив на фактори Самовираження та Усвідомленої дії, сприятиме зниженню Соматизації, нам потрібно виокремити ті концепти, які стоять за назвами цих факторів.

Питання опитувальника Самодетермінації, які формують шкалу Самовираження можна умовно поділити на 2 блоки:

1) тотожність моїх виборів мені

- *Я часто відчуваю, що те, чим я займаюся, не цілком відповідає мені.*
- *Я відчуваю, що лише зрідка проявляю себе по-справжньому.*
- *Мій стиль одягу і поведінки часто не відповідає тому, як я себе відчуваю.*
- *В моєму житті немає людей, у спілкуванні з якими я можу бути самим собою.*
- *Я відчуваю, що найчастіше спілкуюся не з тими людьми, з ким я насправді хотів би спілкуватися.*

Узагальнено: У момент вибору того чи іншого способу прояву себе я керуюся факторами, які не базуються на моїх істинних відчуттях, прагненнях та потребах.

2) відчуження свого чуттєвого досвіду та тілесного прояву

- *Мої почуття і переживання часто здаються мені ніби чужими.*
- *Коли я закінчую будь-яку справу, у мене іноді виникає почуття, як ніби вона зроблено не мною.*
- *Іноді моє обличчя в дзеркалі здається мені ніби чужим.*
- *Іноді моє тіло здається мені ніби чужим.*
- *Я часто відчуваю, що живу ніби чужим життям.*

Узагальнено: Я не можу повноцінно увійти в контакт із наявними відчуттями та почуттями, відчуті наявні емоції як свої та сприйняти їх, як інформацію про мої прагнення та потреби.

Питання П'ятифакторного Опитувальника Майнфулнес (ПОМ-15), які формують шкалу Усвідомлена дія, наступні:

- *Я не зосереджую уваги на тому, що роблю, оскільки мрію, хвилююсь або відволікаюсь в інший спосіб.*
- *Я виконую роботу та завдання механічно, не усвідомлюючи того, що роблю.*
- *Я зазначаю, що роблю щось, не надаючи цьому уваги.*

Узагальнено: У момент виконання дії я не зіставляю її сенс та наслідки зі своїми цінностями, бажаннями та потребами та втрачаю суб'єктність в цьому процесі.

Виходячи з трьох наведених узагальнень ми пропонуємо задіяти у Програмі психоедукацію, вправи та практики націлені на:

- практикування усвідомлення себе в моменті: своїх дій, емоцій, відчуттів, причин та чинників впливу для виконання цієї дії, очікувань щодо результату,
- посилення контакту зі своїми тілесними відчуттями та емоціями,

- встановлення зв'язку між виборами, які людина робить на регулярній основі, та наслідком у вигляді відчуття проживання не свого життя,
- усвідомлення сфер життя, в яких людина не проявляє себе по справжньому, причин, які блокують її істинне Самовираження, та того, як воно має виглядати,
- упередження негативної дії почуття провини, що може додаватися з усвідомленням власної ролі у створенні тих чи інших обставин свого життя.

Підготовчий етап. Діагностика та формування очікувань.

На цьому етапі учасникам Програми пропонується заповнити опитувальник Самодетермінації Шелдона, П'ятифакторний Опитувальник Майнфулнес (ПОМ-15) та шкалу Соматизації.

За отриманими даними ми можемо варіювати завдання, що будуть відповідати профілю учасника якнайліпше і не забирати час на опрацювання тих аспектів, які наявні на достатньому рівні.

Також на цьому етапі учасники заохочуються знайомитися у чаті Програми та формулювати і прописувати основний запит.

Етап співпраці.

Тиждень 1.

Ввідна зустріч. Знайомство, створення довірчого простору, обговорення очікувань. Попередження про можливий супротив до змін, нормалізація будь-яких почуттів в процесі. Профілактика западання у провину: "ти не причина своїх симптомів, але ти можеш мати доступ до впливу на них через свою психіку". Зміщення уваги з незадоволення собою через наявні фізичні прояви та патерни поведінки, на віру в себе та шанування себе через намір ініціювати зміни.

Практика "2 хвилини в собі" - утримання уваги на своїх відчуттях, емоціях та тілесних реакціях впродовж 2 хвилин. Обговорення.

Домашнє завдання тижня 1.

Щоденна вправа "Таймер: що роблю, що відчуваю":

Двічі на день вибрати час, коли Ви займатиметесь певною цілеспрямованою діяльністю, від якої частіше за все відволікаєтеся, і зможете виділити в процесі 5 хвилин на рефлексію.

В обраний момент дати собі відповіді на наступні питання:

- 1) Що зі мною відбувається? Що саме я роблю?
- 2) Що я відчуваю? Які емоції, тілесні відчуття?
- 3) Наскільки я присутня в тому, що роблю за шкалою від 0 до 10? Якщо менше ніж на 10 - на що ідуть решта балів?

Далі заміряємо 5 хвилин, впродовж яких слід відстежувати відволікання й усвідомлено повертати увагу до основної діяльності.

- 1) Наскільки вдалося бути присутньою в тому, що робиш зараз, за шкалою від 0 до 10?
- 2) Як змінився емоційний стан та тілесні відчуття?

Задача цієї вправи: спостерігати свій рівень залученості, помічати, фіксувати та називати емоції та відчуття, практикувати усвідомлене керування увагою.

Учасники виконують домашнє завдання в google-form і отримують зворотний зв'язок від ведучої, щодо патернів, які виявляються.

Тиждень 2.

Зустріч присвячена самовираженню.

До початку нового блоку розглядаємо результати роботи із вправою "Таймер".

Зосереджуємося на тому:

- як змінювався емоційний фон із моменту усвідомленого збереження уваги на діяльності,
- які думки та відчуття в тілі супроводжували виконання цієї вправи,
- яка динаміка спостерігалася впродовж тижня.

Даємо визначення самовираженню. Обговорюємо, як тотожність наших дій особистим прагненням і потребам пов'язана із щоденним емоційним фоном, відносинами, формуванням майбутнього та психосоматичним здоров'ям. Виділяємо особливу роль факторів відповідальності та вибору: хто робить вибір, на кому відповідальність за вибір і наслідки. Зауважуємо, що ці фактори присутні в житті постійно, і доросла позиція полягає в тому, щоб знайти та виростити свої опори аби ними керувати без надмірної напруги.

Практика "Відчуй самовираження на 100%".

Домашнє завдання тижня 2.

1. Вправа "Зони мого самовираження".

Складіть свій список зон самовираження. До нього може увійти робота, навчання, наукова чи просвітницька діяльність, відносини, інтимні стосунки, коло спілкування, материнство/батьківство, стиль одягу, заняття спортом чи хобі, місце проживання, облаштування свого простору, приготування їжі тощо. Масштаб зон може варіюватися. Основний критерій включення у список - важливість самовираження для Вас.

Пронумеруйте визначені зони за мірою значущості у Вашому житті.

Відзначте поряд із кожною зоною міру відповідності Вашого самовираження у ній (позначка "++" - добре, "+" - помірно, "-" - слабке, "--" - відсутнє).

Проаналізуйте в таблиці зони із незадовільним Самовираженням. Винесіть основні параметри невідповідності в першу колонку, і те, що має відбуватися в цій зоні, аби вона задовільняла Вас за цим параметром - у другу.

Що не так?	А як буде добре?

Важливо: заповнюючи другу колонку спробуйте абстрагуватися від всіх знань, які Вам були передані батьками, соціумом чи є результатом Вашого власного досвіду про те, що є реалістичним, досяжним, адекватним. Пишіть те, що відповідає Вашому внутрішньому відчуттю.

2. Щоденна вправа "Таймер: що роблю, з якою метою".

Двічі на день вибрати час, коли Ви займатиметесь певною цілеспрямованою діяльністю, від якої частіше за все відволікаєтеся, і зможете виділити в процесі 5 хвилин на рефлексію. Бажано, зберегти підхід до вибору моменту виконання вправи, яким Ви користувалися на першому тижні.

В обраний момент дати собі відповіді на наступні питання:

- 1) Що я відчуваю? Які емоції, тілесні відчуття?
- 2) Що зі мною відбувається? Що саме я роблю?
- 3) З якою метою я роблю саме це?
- 4) Наскільки ця мета важлива для мене за шкалою від 0 до 10?
- 5) Які відчуття принесе досягнення цієї мети?

Далі заміряємо 5 хвилин, впродовж яких слід відстежувати відволікання і усвідомлено повертати увагу до основної діяльності через нагадування про відчуття, до яких Ви прагнете прийти шляхом досягнення мети.

- 1) Як змінився емоційний стан та тілесні відчуття?

Задача цієї вправи: помічати, фіксувати та називати емоції та відчуття, формувати зв'язку між наявною діяльністю та більшою метою, практикувати усвідомлене керування увагою. В ході виконання вправи може виявитися, що значущість мети, яка досягається даною роботою є незначною. Це привід для обговорення на наступній зустрічі.

Учасники виконують домашнє завдання в google-form і отримують зворотний зв'язок від ведучої, щодо патернів, які виявляються.

Тиждень 3.

Зустріч присвячена перепонам на шляху самовираження.

До початку нового блоку розглядаємо результати роботи із вправою "Таймер" за попередній тиждень.

Зосереджуємося на тому:

- як впливало усвідомлення мети та відчуттів, які за нею стоять на емоційний фон, збереження уваги на діяльності та ефективність,
- які думки та відчуття в тілі супроводжували виконання цієї вправи,
- яка динаміка спостерігалася впродовж тижня,
- якщо за оцінкою значущості мета діяльності отримувала маленький бал, на які думки це наводило. За цим пунктом обговорюємо різні типи мотивації, необхідність виконання дій, які наче б то не прив'язані до певної мети, проте нехтування має негативний вплив на ту чи іншу сферу життя. Такі діє підтримують статус кво. Зазначаємо, що тут також відбувається вибір і відповідальність.

Обговорюємо результат заповнення таблиці по самовираженню.

Зазначаємо, що у таблиці є продовження - питання "Що необхідно змінити, зробити, аби прийти в точку бажаного Самовираження в цій сфері?" та "Що страшного це зробити?"

На прикладі охочих знаходимо ці нові кроки та перепони на шляху їхнього застосування. Демонстрація роботи з перпоною.

Домашнє завдання тижня 3.

1. Вправа "Зони мого самовираження - продовження".

Для кожної зони самовираження у вашій таблиці заповніть колонки "Що необхідно змінити, зробити аби прийти в точку бажаного Самовираження в цій сфері?" та "Що страшного це зробити?"

Проаналізуйте в таблиці зони із незадовільним Самовираженням. Винесіть основні параметри невідповідності в першу колонку, і те, що має відбуватися в цій зоні, аби вона задовільняла Вас за цим параметром - у другу.

Що не так?	А як буде добре?	Що треба зробити?	Що страшного це зробити?

На цьому етапі учасники можуть помітити, що для деяких кроків з 3 колонки насправді немає суттєвих факторів стримування.

Учасники виносять у чат від 1 до 3 нових кроків на шляху до свого самовираження, які можна робити вже зараз.

2. Щоденна вправа "Мої кроки до себе справжньої"

Для цієї вправи необхідно запланувати у своєму розкладі 5 хвилин зранку та 10-15 ввечері.

Звечора учасник прописує ті нові кроки, які планує зробити наступного дня. Моделюючи письмово чи в уяві в яких обставинах, в який час це станеться. Зазначаємо, що кроки для щоденної вправи мають бути підібрані відповідно до реальних можливостей їх проявити саме наступного дня.

Зранку учасник перечитує заплановані кроки і декілька хвилин уявно проживає процес їх виконання та відчуття в процесі та внаслідок.

Ввечері учасник фіксує, як саме вдалося реалізувати заплановане. Де було більше напруження, а де легкості та драйву. З чим неочікуваним стикнулися в процесі? Які кроки не вдалося зробити, через що, що потрібно врахувати наступного разу, аби це вийшло? Після рефлексії по дню, учасник записує планові кроки на наступний день.

Тиждень 4.

Зустріч присвячена обмеженням, що створюють перепони на шляху самовираження.

До початку нового блоку розглядаємо результати роботи із двома вправами попереднього тижня. Учасники діляться спостереженнями щодо кожного процесу окремо та тому, що їх поєднує.

Проводимо кілька коротких демонстраційних робіт із розбору обмежень, що створюють перепони на шляху самовираження. Вимальовуємо основний алгоритм роботи з ними самостійно. Зауважуємо, що в залежності від причин, важкості та глибинності укоріненості звичного способу мислення, для опрацювання обмежень необхідна індивідуальна терапія.

Домашнє завдання тижня 4.

Продовжувати виконання щоденної вправи "Мої кроки до себе справжньої". По мірі опрацювання і зменшення обмежень слід розширювати асортимент нових кроків.

Завершальний етап.

Збір зворотного зв'язку учасників шляхом повторного заповнення опитувальників (з наданням результатів у порівнянні) та анкетування, що робить наочним для учасників зміни, які відбулися разом з участю у Програмі.

Завершальна зустріч - робота із зворотним зв'язком.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ III

В цьому розділі ми здійснили аналіз отриманих нами даних за п'ятьма методиками, а саме за:

1. Чотиривимірною анкетною симптомів (4DSQ), шкала Соматизації
2. Шкалою Самодетермінації особистості Шелдона в адаптації Осіна,
3. Загальною шкалою мотивації (Global Motivation Scale),
4. Шкалою інтолерантності до невизначеності Н. Карлетона в адаптації Громової,
5. П'ятифакторним опитувальником майндфулнес. ПОМ-15 в адаптації Я. Каплуненко та В. Кучино.

Ми почали з описових статистик, отриманих при проведенні дослідження шкал, та зокрема й перевірили розподіли на нормальність.

Гіпотеза про те, люди із кращим рівнем психосоматичного здоров'я демонструватимуть вищі рівні показників самодетермінації **підтвердилася** по шкалі Самовираження. У експериментальній групі рівень Самовираження в середньому вищий ніж у контрольній.

Відмінності між групами також проявились

- за шкалою Амотивація Загальної шкали мотивації (GMS) - нижчі показники в експериментальній групі,
- за шкалами Усвідомлена дія та Неосудливість до внутрішнього досвіду П'ятифакторного опитувальника майндфулнес (ПОМ-15) - вищі показники в експериментальній групі

Досліджуючи кореляції шкали Соматизації зі шкалами опитувальника Самодетермінації особистості Шелдона, було встановлено:

- Соматизація негативно корелює з Автономією, слабка кореляція.
- Соматизація негативно корелює з Самовираженням, кореляція середня за силою, (коэф. Спірмена - -0.469^{***} , $p < .001$). Це **найсильніша кореляція Соматизації у даному дослідженні.**

Також ми дослідили кореляційні зв'язки між шкалою Соматизації та шкалами опитувальника Загальної шкали мотивації (GMS). Було встановлено:

- Соматизація позитивно корелює із Зовнішньою мотивацією – інтроєкцією, кореляція слабка за силою.
- Соматизація позитивно корелює з Амотивацією, кореляція середня за силою.

Розгляд результатів кореляцій шкали Соматизації зі Шкалою інтолерантності до невизначеності Н. Карлетона продемонстрував наступне:

- Соматизація позитивно корелює зі Шкалою гнітучої тривоги, кореляція середня за силою.

Досліджуючи кореляційні зв'язки шкали Соматизації зі шкалами П'ятифакторного опитувальника майндфулнес (ПОМ-15), було встановлено:

- Соматизація негативно корелює з Усвідомленою дією та Неосудливістю до внутрішнього досвіду, кореляція середня за силою в обох випадках.

Досліджуючи кореляції між шкалами П'ятифакторного опитувальника майндфулнес (ПОМ-15) та шкалами Самодетермінації було встановлено наступні кореляції:

- Усвідомлена дія позитивно корелює з Автономією та з Самовираженням.
- Усі субшкали майндфулнес позитивно корелюють з Автономією та Самовираженням, за винятком пари Опис/Самовираження.

Також ми дослідили кореляційні зв'язки між шкалами П'ятифакторного опитувальника майндфулнес (ПОМ-15) та шкалами Загальної шкали мотивації (GMS). Взявши до розгляду результати за шкалами **внутрішньої мотивації** було встановлено:

- Спостереження позитивно корелює із Мотивацією до знань та до стимуляції.
- Усвідомлена дія та Неосудливість до внутрішнього досвіду, Опис позитивно корелюють з кожною зі шкал Внутрішньої мотивації.

Розгляд результатів за шкалами **зовнішньої мотивації** продемонстрував наступні кореляції:

- Усвідомлена дія, Неосудливість до внутрішнього досвіду та Опис позитивно корелюють з Ототожненням та негативно корелюють Інтроєкцією та Амотивацією.
- Нереагування негативно корелює із Зовнішньою мотивацією - зовнішньою регуляцією.

Ми побудували **модель лінійної регресії для фактора Соматизації**. Лінійне рівняння, що відповідає побудованій моделі:

$$\underline{\text{Соматизація} = (-0.242) \times \text{Самовираження} + (-0,456) \times \text{Усвідомлена дія}}$$

Досліджуючи взаємодію між предикторами Самовираження та Усвідомлена дія та їх вплив на залежну змінну ми спостерігаємо наступне:

- За використання тільки предиктора Самовираження, R^2 становить 22%.
- Коли використовується лише Усвідомлена дія, R^2 становить 13%.
- Взаємодія цих двох предикторів у моделі дозволяє збільшити, R^2 до 26%.

Отже, підсумовуючи наведене, наголошуємо, що ми виявили відмінності між експериментальною та контрольною групами за показниками Самовираження, Амотивації, Усвідомленої дії та Неосудливість до внутрішнього досвіду.

Також ми виявили кореляції, що дозволяють стверджувати, що:

- вищий рівень психосоматичного здоров'я відповідає більшому рівню Самовираження, Усвідомленої дії та Неосудливості до внутрішнього досвіду. Фактором, що продемонстрував найсильніший зв'язок із психосоматичним здоров'ям, є Самовираження.

- вищі показники факторів майндфулнес відповідають більшій орієнтації на Внутрішню мотивацію та меншій схильності до Зовнішньої мотивації та Амотивації. Фактором майндфулнес, що продемонстрував найсильніший зв'язок із мотиваційними компонентами, є Усвідомлена дія.

Також у цьому розділі ми виклали Програму, що спрямована на розвиток особистісних факторів, що за результатами нашого дослідження лежать в основі психосоматичного здоров'я. Ця програма спрямована на підвищення обізнаності про взаємозв'язок психосоматичного здоров'я зі способом мислення та поведінкою, та корегування негативних впливів цих факторів.

ВИСНОВКИ

Керуючись теоретичною базою науковців, що досліджували психосоматичне реагування, таких як Ф. Александер, М. Шур, Х. Кречмер, Г. Данбар, Г. Фрідман та Р. Розенман, Г. Сельє, Н. Пезешкіан та інші, можна сказати, що психосоматичне здоров'я базується на здатності людини оперативно відновлювати збалансовані відносини із реальністю шляхом впливу та трансформування останньої або зміни свого сприйняття. Невіддільною частиною цього балансу є взаємодія із реальністю з урахуванням особистісних відмінностей, прагнень, потреб, своїх мотиваційних факторів.

Розглянувши теоретичну базу, ми дійшли висновку, що самодетермінація є важливим чинником для підвищення рівня психосоматичного здоров'я. Адже в її основі є усвідомлення істинних спонук та здатність розрізняти мотивацію, яка народжується внутрішньо, зовнішню мотивацію, яка відповідає цінностям і може бути повноцінно ототожнена із собою, та суто зовнішню регуляцію. Не менш важливим є вольовий фактор, що дозволяє перетворити розуміння своїх мотивів та прагнень на дію у відповідному напрямку.

Дослідження теоретичних матеріалів наочно продемонструвало, що особистісний майндфулнес як здатність бути у стані безоцінкового відкритого сприйняття реальності, сприяє повнішому усвідомленню себе та можливості прийняти себе в усій своїй багатовимірності.

Гіпотеза про те, що люди із вищим рівнем психосоматичного здоров'я демонструватимуть вищі рівні показників самодетермінації підтвердилася по шкалі Самовираження. У експериментальній групі рівень Самовираження в середньому вищий ніж у контрольній. Позитивна кореляція Соматизації та Самовираження є найсильнішою з-поміж всіх досліджених нами шкал.

Друге місце за силою зв'язку посіли кореляції між шкалою Соматизації та субшкалами П'ятифакторного опитувальника майндфулнес (ПОМ-15)

Усвідомлена дія та Неосудливість до внутрішнього досвіду. Спостерігається негативна кореляція середня за силою в обох випадках.

Крім того, саме субшкали Усвідомлена дія та Неосудливість до внутрішнього досвіду продемонстрували найсильніші з усіх субшкал П'ятифакторного опитувальника майндфулнес (ПОМ-15) кореляції з обома шкалами Самодетермінації. Найявна позитивна кореляція з Автономією та з Самовираженням.

Отже, такі аспекти майндфулнес як усвідомлена дія та неосудливість до внутрішнього досвіду сприяють автономії, здатності реалізовувати свій особистісний потенціал та підвищують рівень психосоматичного здоров'я.

Дослідження кореляційних зв'язків між шкалою Соматизації та шкалами опитувальника Загальної шкали мотивації (GMS) також дало цікаві результати. Було встановлено, що Соматизація позитивно корелює із Зовнішньою мотивацією – інтроєкцією та Амотивацією. Це ще раз підкреслює, що психосоматичне реагування тісно пов'язано із наявністю мотивації та її самототожності.

Отже, очевидним є те, що вищі показники за шкалами Усвідомлена дія та Неосудливість до внутрішнього досвіду сприяють фокусуванню на внутрішніх прагненнях та пропонованих ззовні цілях, які якнайповніше узгоджуються з орієнтирами та цінностями людини. Разом з тим вони запобігають діям, що спираються на его-центровані мотиви, або втраті мотивації як такої.

Ми з упевненістю можемо сказати, що гіпотеза «самодетермінація, дія з внутрішньої мотивації та здатність до майндфулнес сприяють психосоматичному здоров'ю» підтвердилась.

Список використаних джерел

1. Ryan, R. M., & Deci, E. L. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist*, 55, 2000, pp. 68–78.
2. Ryan, R. M. Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *Journal of Personality*, 63, 1995, pp. 397–427.
3. Ryan, R. M., Huta, V., & Deci, E. L. Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9, 2008, pp. 139–170.
4. Ryan, R. M., Curren, R. R., & Deci, E. L. What humans need: Flourishing in Aristotelian philosophy and self-determination theory. In A. S. Waterman (Ed.), *The best within us: Positive psychology perspectives on eudaimonia*. American Psychological Association, 2013, 303 p.
5. Edward Deci. Self-Determination Theory
<https://youtu.be/m6fm1gt5YAM?si=qKkV9CHIBhK7ZG2P>
6. Deci, E. L., & Ryan, R. M. Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Canadian Psychology*, 49, 2008, pp.14–23.
7. Deci, E. L., & Ryan, R. M. Motivation, personality, and development within embedded social contexts: An overview of self-determination theory. In R. M. Ryan (Ed.), *Oxford handbook of human motivation 2012*. Oxford, UK: Oxford University Press, pp. 85–107
8. Ryan, R.M., & Connell, J.P. Perceived locus of causality and internalization: Examining reasons for acting in two domains. *Journal of Personality and Social Psychology*. 57, 1989, pp. 749-761.
9. DeCharms, R. Personal causation. New York, NY: Academic Press, 1968. 398 p.
10. Deci, E. L., & Ryan, R. M. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York, NY: Plenum. 1985
11. Catherine F. Ratelle and Frederic Guay, Robert J. Vallerand, Simon Larose and Caroline Senecal. Autonomous, Controlled, and Amotivated Types of Academic Motivation: A Person-Oriented Analysis. *Journal of Educational Psychology* 2007, Vol. 99, No. 4, pp. 734–746.
12. Ryan, R. M., Koestner, R., & Deci, E. L. Ego-involved persistence: When free-choice behavior is not intrinsically motivated. *Motivation and Emotion*, 15, 1991, pp. 185–205.
13. Richard M. Ryan., Edward L. Deci. *Self-Determination Theory: Basic Psychological Needs in Motivation, Development, and Wellness*, The Guilford Press, 2018, 756 p.

14. Roth, G., Assor, A., KanatMaymon, Y., & Kaplan, H. Autonomous motivation for teaching: How self-determined teaching may lead to self-determined learning. *Journal of Educational Psychology*, 99, 2007, pp. 761–774.
15. Blais, M. R., Sabourin, S., Boucher, C., & Vallerand, R. J. Toward a motivational model of couple happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1990, pp. 1021–1031.
16. Gagné, M., & Deci, E. L. Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 2005, pp. 331–362.
17. Reeve, J. M., & Jang, H. What teachers say and do to support students' autonomy during a learning activity. *Journal of Educational Psychology*, 98, 2006, pp. 209–218.
18. Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L., & Williams, G. C. Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. *European Health Psychologist*, 10, 2008, pp. 1–4.
19. Kasser, T. *The high price of materialism*. Cambridge, MA: MIT Press. 2002
20. Kasser, T., & Ryan, R. M. A dark side of the American dream: Correlates of financial success as a central life aspiration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1993, pp. 410–422.
21. Kasser, T., & Ryan, R. M. Further examining the American dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 1996, pp. 280–287.
22. Vansteenkiste, M., Ryan, R. M., & Deci, E. L. Self-determination theory and the explanatory role of psychological needs in human well-being. In L. Bruni, F. Comim, & M. Pugno (Eds.), *Capabilities and happiness*. Oxford, UK: Oxford University Press, 2008, pp. 181–223.
23. Niemiec, C. P., Ryan, R. M., & Deci, E. L. The path taken: Consequences of attaining intrinsic and extrinsic aspirations in post-college life. *Journal of Research in Personality*, 43, 2009, pp. 291–306.
24. Vansteenkiste, M., Neyrinck and others, A. On the relations among work value orientations, psychological need satisfaction and job outcomes: A self-determination theory approach. *Journal of Occupational & Organizational Psychology*, 80, 2007, pp. 251–277.
25. Weinstein, N., & Ryan, R. M. When helping helps: Autonomous motivation for prosocial behavior and its influence on well-being for the helper and recipient. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98, 2010, pp. 222–244.
26. *Mindfulness and Psychotherapy, Second Edition* Christopher K. Germer, Ronald D. Siegel, Paul R. Fulton Guiford Press, 2013, 382 p.
27. Фрагмент інтерв'ю Д. Кабат-Зінна
<https://www.youtube.com/watch?v=HmEo6RI4Wvs&t=17s>

28. Siegel, R. D., Germer, C. K., & Olendzki, A. Mindfulness: What is it? Where did it come from? In: F. Didonna (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness*. New York: Springer. 2009, pp. 17–35.
29. Brown, K. W., & Ryan, R. M. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 2003, pp. 822–848.
30. Hayes, S. C., Strosahl, K.D., & Wilson, K. G. *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY: Guilford Press. 2003, 304 p.
31. Hofmann S. G., Grossman P., Hinton D. E. Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, 31, 2011, pp. 1126–1132.
32. Kristeller J., Wolever R. Q. *Mindfulness-Based Eating Awareness Training for Treating Binge Eating Disorder: The Conceptual Foundation*. 2011
33. Kiken LG, Garland EL, Bluth K, Palsson OS, Gaylord SA. From a state to a trait: Trajectories of state mindfulness in meditation during intervention predict changes in trait mindfulness. *Personality and Individual Differences*. 2015, pp.41-46.
34. Davidson RJ. Empirical explorations of mindfulness: Conceptual and methodological conundrums. *Emotion*. 10, 2010, pp. 8–11.
35. Vago DR, Silbersweig DA. Self-awareness, self-regulation, and self-transcendence (S-ART): A framework for understanding the neurobiological mechanisms of mindfulness. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2012
36. Kabat-Zinn, J. *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Bantam Books eBook Edition, 2013, 966 p.
37. Bishop, S. R., Lau, M. and others. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 2004, pp. 230–241.
38. Leary, M. R., & Tate, E. B. The multi-faceted nature of mindfulness. *Psychological Inquiry*, 18, 2007, pp. 251–255.
39. Orsillo S., Roemer L. *The Mindful Way through Anxiety*. The Guilford Press, 2011. Epub Edition. 548 p.
40. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 2006, pp. 27-45.
41. Westen, D. *Psychology: Mind, brain, and culture*. New York, NY: Wiley. 1999, 1024 p.
42. Brown, K. W., & Ryan, R. M. Perils and promise in defining and measuring mindfulness: Observations from experience. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 2004, pp. 242–248.

43. Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18, 2007, pp. 211–237.
44. Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. Addressing fundamental questions about mindfulness. *Psychological Inquiry*, 18, 2007, 272–281.
45. Carver, C. S., & Scheier, M. F. *Attention and self-regulation*. New York, NY: Springer. 1981, 408 p.
46. Baumeister, R. F. The nature and structure of the self: An overview. In R. F. Baumeister (Ed.), *The self in social psychology*. Psychology Press. 1999, 502 p.
47. Nyanaponika, T. *The Heart of Buddhist Meditation*, Kandy: Buddhist Publication Society. 2005, 250 p.
48. Lauren A. M., Lebois and others. A Shift in Perspective: Decentering through Mindful Attention to Imagined Stressful Events. *Neuropsychologia*, 75, 2015, pp. 505-524.
49. Tzan-Fu Sun, Ching-Kuan Wu, Nien-Mu Chiu. Mindfulness meditation training combined with eye movement desensitization and reprocessing in psychotherapy of an elderly patient. *Chang Gung medical journal*, 27, 2004, 464-9.
50. Gunaratana, B. H. *Mindfulness in plain English*. E-book. 1996
51. Deci, E. L., & Ryan, R. M. Self-determination theory: When mind mediates behavior. *Journal of Mind and Behavior*, 1, 1980, pp. 33–44.
52. Ryan, R. M., & Deci, E. L. Self-regulation and the problem of human autonomy: Does psychology need choice, self-determination, and will? *Journal of Personality*, 74, 2006, 1557–1585.
53. Ryan, R. M., Legate, N., Niemiec, C. P., & Deci, E. L. Beyond illusions and defense: Exploring the possibilities and limits of human autonomy and responsibility through self-determination theory. In P. R. Shaver & M. Mikulincer (Eds.), *Meaning, mortality, and choice*. Washington, DC: American Psychological Association. 2012, pp. 215–233.
54. Kuhl, J., & Kazen, M. Self-discrimination and memory: State orientation and false self-ascription of assigned activities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 1994, 1103 p.
55. Deci, E. L., Eghrari, H., Patrick, B. C., & Leone, D. R. Facilitating internalization: The self-determination theory perspective. *Journal of Personality*, 62, 1994, 119–142.
56. Grolnick, W. S., & Ryan, R. M. Parent styles associated with children's self-regulation and competence in school. *Journal of Educational Psychology*, 81, 1989, 143–154.

57. Williams, G. C., & Deci, E. L. Internalization of biopsychosocial values by medical students: A test of self-determination theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1996, pp. 767–779.
58. The Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)
[https://ggsc.berkeley.edu/images/uploads/The_Mindful_Attention_Awareness_Scale_-_Trait_\(1\).pdf](https://ggsc.berkeley.edu/images/uploads/The_Mindful_Attention_Awareness_Scale_-_Trait_(1).pdf)
59. Donald J.N., Bradshaw E.L. Mindfulness and Its Association With Varied Types of Motivation: A Systematic Review and Meta-Analysis Using Self-Determination Theory. *Personality and Social Psychology Bulletin*, Volume 46, Issue 7, 2020, pp. 1121–1138
60. Bargh, J. A. Automaticity in social psychology. In E. T. Higgins & A. W. Kruglanski (Eds.), *Social psychology: Handbook of basic principles*. New York, NY: Guilford Press. 1997, pp. 109–183.
61. Tart, C. T. *Living the mindful life*. Boston, MA: Shambhala. 1994.
62. Aarts, H., & Dijksterhuis, A. Habits as knowledge structures: Automaticity in goal-directed behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 2000, pp. 53–63.
63. Mitchell, J. P., Nosek, B. A., & Banaji, M. R. Contextual variations in implicit evaluation. *Journal of Experimental Psychology: General*, 132, 2003, 455–469.
64. Clark, D. A., & Rhyno, S. Unwanted intrusive thoughts in nonclinical individuals: Implications for clinical disorders. In D. A. Clark (Ed.), *Intrusive thoughts in clinical disorders: Theory, research, and treatment*. New York, NY: Guilford, 2005, pp. 1–29.
65. Levesque, C., & Brown, K. W. Mindfulness as a moderator of the effect of implicit motivational self-concept on day-to-day behavioral motivation. *Motivation and Emotion*, 31, 2007, pp. 284–299
66. Verplanken, B., & Velsvik, R. Habitual negative body image thinking as psychological risk factor in adolescents. *Body Image*, 5, 2008, pp. 133–140.
67. Dijksterhuis, A., & Knippenberg, A. V. Behavioral indecision: Effects of self-focus on automatic behavior. *Social Cognition*, 18, 2000, pp. 55–74.
68. Gollwitzer, P. M. Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54, 1999, pp. 493–503.
69. Greenwald, A. G., McGhee, D. E., & Schwartz, J. L. K. Measuring individual differences in implicit cognition: The Implicit Association Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1998, pp. 1464–1480.
70. Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the trait meta-mood scale. In *Emotion, disclosure, & health*. Washington, DC: American Psychological Association. 1995, pp. 125–154.

71. Hodgins, H. S., & Knee, C. R. The integrating self and conscious experience. In E. L. Deci & R. M. Ryan (Eds.), *Handbook of self-determination research*. Rochester, NY: University of Rochester Press. 2002, pp. 87–100.
72. Ryan, R. M., & Brown, K. W. Why we don't need self-esteem: Basic needs, mindfulness, and the authentic self. *Psychological Inquiry*, 14, 2003, pp. 71–76.
73. Brown, K. W., Ryan, R. M., Creswell, J. D., & Niemiec, C. P. Beyond me: Mindful responses to social threat. In H. A. Wayment & J. J. Bauer (Eds.), *Transcending self-interest*. Washington, DC: American Psychological Association. 2008, pp. 75–84.
74. Ryan, R. M., & Rigby, C. S. Did the Buddha have a self? No-self, self and mindfulness in Buddhist thought and western psychologies. In K. W. Brown, R. M. Ryan, & J. D. Creswell (Eds.), *Handbook of mindfulness*. New York, NY: Guilford. 2015.
75. Nix, G., Ryan, R. M., Manly, J. B., & Deci, E. L. Revitalization through self-regulation: The effects of autonomous versus controlled motivation on happiness and vitality. *Journal of Experimental Social Psychology*, 35, 1999, pp. 266–284.
76. Kernis, M. H., & Goldman, B. M. A multicomponent conceptualization of authenticity: Theory and research. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology*. San Diego, CA: Elsevier Academic Press, Vol. 38, 2006, pp. 283–357.
77. Niemiec, C.P., Brown, K.W. and others. Being present in the face of existential threat: The role of trait mindfulness in reducing defensive responses to mortality salience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99, 2010, pp. 344–365.
78. Weinstein, N., Brown, K. W., & Ryan, R. M. A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping, and emotional well-being. *Journal of Research in Personality*, 43, 2009, pp. 374–385.
79. Martin, L. L., & Erber, R. Commentary: The wisdom of social psychology: Five commonalities and one concern. *Psychological Inquiry*, 16, 2005, pp. 194–202.
80. Niemiec, C. P., Ryan, R. M., & Brown, K. W. The role of awareness and autonomy in quieting the ego: A self-determination theory perspective. In H. A. Wayment & J. J. Bauer (Eds.), *Transcending self-interest*. Washington, DC: American Psychological Association. 2008, pp. 107–116.
81. Baer, R. A. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 2003, pp. 125–143.
82. Barnes, S., Brown, K. W. and others. The role of mindfulness in romantic relationship satisfaction and responses to relationship stress. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33, 2007, pp. 482–500.

83. Creswell, J. D., Eisenberger, N. I., & Lieberman M. D.. Neurobehavioral correlates of mindfulness during social exclusion. Unpublished manuscript. 2008
84. Arch, J. J., & Craske, M. G. Mechanism of mind-fulness: Emotion regulation following a focused breathing induction. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2006, pp. 1435–1447.
85. Short, M. M., Mazmanian, D., Oinonen, K., & Mushquash, C. J. Executive function and self-regulation mediate dispositional mindfulness and well-being. *Personality and Individual Differences*, 93, 2016, 97–103.
86. Pearson, M. R., Lawless, A. K., Brown, D. B., & Bravo, A. J. Mindfulness and emotional outcomes: identifying subgroups of college students using latent profile analysis. *Personality and Individual Differences*, 76, 2015, pp. 33–38.
87. Mindfulness and Psychological Health: A Systematic Review. *Mindfulness* 9, 2015, pp. 23–43.
88. Zimmaro, L. A., Salmon and others. Association of dispositional mindfulness with stress, cortisol, and well-being among university undergraduate students. *Mindfulness*, 7, 2016, pp. 874–885.
89. Brown, K. W., & Kasser, T. Are psychological and ecological well-being compatible? The role of values, mindfulness, and lifestyle. *Social Indicators Research*, 74, 2005, pp. 349–368.
90. Beitel, M., Ferrer, E., & Cecero, J. J. Psychological mindedness and awareness of self and others. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 2005, pp. 739–750.
91. Brown, K. W., Kasser, T., Ryan, R. M., & Konow, J. Materialism, acquisition, and unpleasant affect. Unpublished manuscript, Virginia Commonwealth University. 2008
92. De Young, R. Some psychological aspects of reduced consumption behavior: The role of intrinsic satisfaction and competence motivation. *Environment and Behavior*, 28, 1996, pp. 358–409.
93. De Young, R. Expanding and evaluating motives for environmentally responsible behavior. *Journal of Social Issues*, 56, 2000, pp. 509–526.
94. Brown, K. W., Kasser, T. and others. When what one has is enough: Mindfulness, financial desire discrepancy, and subjective well-being. *Journal of Research in Personality*, 43, 2009, pp. 727–736.
95. Thomas Potrebny, Nora Wiium, Margrethe Moss-Iversen Lundegard. Temporal trends in adolescents' self-reported psychosomatic health complaints from 1980-2016: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 2017; 12(11)
96. Peter Friberg, Curt Hagquist, Walter Osika. Self-perceived psychosomatic health in Swedish children, adolescents and young adults: an internet-based survey over time. *BMJ Open*, 2012

97. Yi Huang, Jan Širůček. The associations between social environment and adolescents' psychosomatic health: An ecological perspective. *Front. Psychol.*, 13 March 2023. Sec. Educational Psychology. Volume 14 - 2023
98. Daniel Bergh, Curt Hagquist, Bengt Starrin. Social relations in school and psychosomatic health among Swedish adolescents—the role of academic orientation. *European Journal of Public Health*, Volume 21, Issue 6, December 2011, Pages 699–704.
99. Tenshi Watanabe, Jiro Masuya, Shogo Hashimoto, Mina Honyashiki, Miki Ono, Yu Tamada, Yota Fujimura, Takeshi Inoue, Akiyoshi Shimura. Long Working Hours Indirectly Affect Psychosomatic Stress Responses via Complete Mediation by Irregular Mealtimes and Shortened Sleep Duration: A Cross-Sectional Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022.
100. Dorota Kleszczewska, Joanna Mazur, Jens Bucksch, Anna Dzielska, Catherina Brindley, Agnieszka Michalska. Active Transport to School May Reduce Psychosomatic Symptoms in School-Aged Children: Data from Nine Countries. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17(23)
101. Lianrong Xu, Jihong Shi, Chengwen Li. Addressing psychosomatic symptom distress with mindfulness-based cognitive therapy in somatic symptom disorder: mediating effects of self-compassion and alexithymia. *Front Psychiatry*, 2024
102. Yulin Choi, In-Hye Park, Jung-Eun Kim, Oiin Kwon, Ae-Ran Kim, Hyo-Ju Park, Jun-Hwan Lee, Joo-Hee Kim. Acupuncture for Psychosomatic Symptoms of Hwa-byung, an Anger Syndrome: A Feasibility Randomized Controlled Trial. *Front. Psychol.*, 24 September 2021 Sec. Psychology for Clinical Settings
103. Benita Wielgus, Witold Urban, Aleksandra Patriak and Łukasz Cichocki. Examining the Associations between Psychological Flexibility, Mindfulness, Psychosomatic Functioning, and Anxiety during the COVID-19 Pandemic: A Path Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17(23)
104. Karolina Mudło-Głagolska and Paweł Larionow. Multiple Passions and Psychosomatic Health. *Psych (renamed to Psychology International) Journal* volume & issue Vol. 5, no. 4, pp. 1046 – 1056
105. Подкаст «Простими словами. Психологія та наука». Випуск «Психосоматика та емоції, що вбивають» із Олегом Чабаном. <https://www.youtube.com/watch?v=MVbktKKAY-M>
106. Л. С. Шелег. Історичні етапи формування уявлень про психосоматичний статус особистості, 2015 р.
107. Наказна. І.М Психосоматика [навчальний посібник] / Ніжин, Видавництво НДУ ім. М Гоголя, 2010 ст. 132

108. Thomas H. Holmes, Norman G. Hawkins, Charles E. Bowerman, Edmund R. Jr. Clarke. Psychosocial and Psychophysiologic Studies of Tuberculosis. *Psychosomatic Medicine* 19(2):134-43. March 1957.
109. CALDEN, GEORGE Ph.D.; DUPERTUIS, WESLEY C. Ph.D.; HOKANSON, JACK E. Ph.D.; LEWIS, WILLIAM C. M.D. Psychosomatic Factors in the Rate of Recovery from Tuberculosis. *Psychosomatic Medicine* 22(5), p. 345-355 Sept. 1960
110. Christopher P, Fggundes, Monica E. Lindgren, Brian I. Carr, Jennifer Steel. *Psychological Aspects Of Cancer*. Springer New York 2013 419 p
111. Філософія: словник: персоналії, категорії, поняття та терміни / В. С. Бліхар та ін. за редакцією Гетьманчука М.П. ЛьВДУВС, 2010 – ст 227
112. Freud Sigmund. *Zur Psychopathologie des Alltagslebens*. Berlin 1917. p. 148
113. Т. С. Горяча, ДО ПИТАННЯ ПРО ПІДХОДИ ДО ПРОБЛЕМИ ПСИХОСОМАТИЧНОЇ ЄДНОСТІ ОСОБИСТОСТІ. Випуск №4 Науково-практичного журналу «Наука і Освіта», 2009 рік
114. FRANZ ALEXANDER, *PSYCHOSOMATIC MEDICINE IT'S PRINCIPLES AND APPLICATIONS*. W. W. Norton & Company, 1965, 340 pp
115. Bernard L.C., Crupat E. *Health Psychology. Biopsychosocial Factors in Health and Illness*. Harcourt Brace College Publishers, 1994.
116. Contrada R.J, Levental H., O'Leary A. *Personality and Health // Handbook of Personality: Theory and Research / Ed. by Pervin L.A. New York; London: The Guilford Press, 1990. – P. 638-669.*
117. Morris, T.& Greer, S. (1980). A “Type C” for cancer? Low trait anxiety in the pathogenesis of breast cancer. *Cancer Detection and Prevention*, 3, 102.
118. Daniela Šago, Goran Babić. *Roots of Alexithymia. Psychiatry Research* 2019.
119. Л. Б. Наугольник. *ПСИХОЛОГІЯ СТРЕСУ*. Підручник. Львівський державний університет внутрішніх справ 2015 р. 324.
120. Richard A. Diensbier. *Arousal and Physiological Toughness: Implications for Mental and Physical Health. Psychological Review* 96(1):84-100. February 1989
121. Bernard, Larry C. *Health psychology: biopsychosocial factors in health and illness*. Harcourt Brace College Publications. 1994. 773 pages^[1]_[SEP]
122. Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer. 445. P 19
123. Nossrat Peseschkian, *Positive Psychosomatics: Clinical Manual of Positive Psychotherapy*. AuthorHouse UK, 2016. 656 p.

124. Ivanka Boncheva. PSYCHOSOMATIC “ARC” IN THE PSYCHOTHERAPEUTIC PRACTICE. Journal of IMAB - Annual Proceeding (Scientific Papers) 2012, vol. 18, book 3
125. Arno Remmers. The Psychosomatic Arc in Therapy. The Global Psychotherapist 2(1):69-73. January 2022
126. Berend Terluin, Harm WJ van Marwijk, Herman J Adèr, Henrica CW de Vet, Brenda WJH Penninx, Marleen LM Hermens, Christine A van Boeijen, Anton JLM van Balkom, Jac JL van der Klink & Wim AB Stalman. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. BMC Psychiatry volume 6, Article number: 34 (2006)
127. Психологічні технології самодетермінації розвитку особистості: монографія / Л.З. Сердюк, І.В. Данилюк, В.В. Турбан, О.І. Пенькова, Н.Д. Володарська [та ін.]; за ред. Л.З. Сердюк. – К.: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2018. – 192 с.
128. Шамич О.М. ПСИХОЛОГІЯ САМОРЕАЛІЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ В ПАРАЛІМПІЙСЬКОМУ СПОРТІ. НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ імені Г. С. КОСТЮКА, Київ 2020
129. Frederic Guay, Genevieve A. Mageau, Robert J. Vallerand. Society for Personality and Social Psychology. 29:8, 2003
130. Ярина Каплуненко, Валерія Кучина. АДАПТАЦІЯ ТА ВАЛІДИЗАЦІЯ КОРОТКОГО П'ЯТИФАКТОРНОГО ОПИТУВАЛЬНИКА МАЙНДФУЛНЕС (ПОМ-15). Організаційна психологія. Економічна психологія №1 (28) / 2003.
131. Громова Г.М. ІНСТРУМЕНТИ ВИМІРЮВАННЯ ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО НЕВИЗНАЧЕНОСТІ. АДАПТАЦІЯ ТЕСТУ «ШКАЛА ІНТОЛЕРАНТНОСТІ ДО НЕВИЗНАЧЕНОСТІ» Н. КАРЛЕТОНА. Наукові студії із соціальної та політичної психології Вип. 47 (50). Ст 115-130