ПРИВАТНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
Факультет фармації, психології та менеджменту
Кафедра психології

Кваліфікаційна робота магістра
на тему:

«ПСИХОСОМАТИЧНІ СКАРГИ В ПСИХОЛОГІЧНІЙ ДОПОМОЗІ ДОРОСЛИМ НА БАЗІ ТІЛЕСНО-ОРІЄНТОВАНОЇ ТЕРАПІЇ»

Виконав:
здобувач 2 року навчання
групи Пд-2401
другого (магістерського) рівня освіти
спеціальності 053 «Психологія»
Однолько Олександр Юрійович
Науковий керівник:
Гущина Т.Ю.
кандидат психологічних наук, доцент
Рецензент: Юлія БАККА докторка філософії в галузі психологія та соціальні і поведінкові науки, викладачка кафедри практичної психології УДУ імені Михайла Драгоманова

Київ– 2026

ЗМІСТ

ВСТУП……..3

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО- ЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕНН Я ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПРОЯВІВ У ДОРОСЛИХ…….9

1.1. Теоретичні підходи до психосоматичних скарг у психології……9

1.2. Психологічні механізми виникнення психосоматичних симптомів у дорослих……18

1.3. Основи тілесно-орієнтованої терапії в контектсі психологічної допомоги……28

Висновки до розділу 1……..39

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ СКАРГ У ДОРОСЛИХ……..41

2.1. Методи та організація емпіричного дослідження…….41

2.2. Результати емпіричного дослідження……47

Висновки до розділу 2……53

РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДОРОСЛИМ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ СКАРГАМИ ЗАСОБАМИ ТІЛЕСНО-ОРІЄНТОВАНОЇ ТЕРАПІЇ……55

3.1. Теоретичні засади психологічної допомоги дорослим з психосоматичними скаргами засобами тілесно-орієнтованої терапії……55

3.2. Структура та практичні рекомендації до проведення програми психологічної допомоги дорослим з психосоматичними скаргами засобами тілесно-орієнтованої психотерапії……..57

Висновки до розділу 3……..74

ВИСНОВКИ……..77

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ…….83

ВСТУП

Сучасний етап розвитку суспільства характеризується зростанням психоемоційного навантаження на особистість, що зумовлено високим темпом життя, нестабільністю соціально-економічних умов, інформаційним перенасиченням, воєнними та посткризовими викликами [60, 61]. У таких умовах дедалі більше людей стикаються з порушеннями психічного та соматичного благополуччя, які часто мають взаємопов'язаний характер [3]. Особливе місце серед них посідають психосоматичні скарги, що проявляються у вигляді тілесних симптомів без чітко визначених органічних причин або з їх мінімальним медичним підґрунтям [1,7].

Психосоматичні скарги є складним феноменом, що відображає порушення взаємодії між психічними процесами та функціонуванням тіла. До таких скарг належать хронічні больові синдроми, розлади шлунково-кишкового тракту, серцево-судинні симптоми, дихальні порушення, м'язова напруга, дерматологічні прояви тощо [2,4]. Вони часто супроводжуються підвищеною тривожністю, депресивними станами, емоційною напругою та зниженням якості життя дорослих осіб [5].

У практиці психологічної допомоги дорослим психосоматичні скарги становлять особливу складність, оскільки клієнти здебільшого фокусуються на тілесному симптомі, не усвідомлюючи його психологічної природи [7]. Традиційне медикаментозне лікування часто не дає стійкого ефекту, що призводить до хронізації симптомів і повторних звернень до лікарів різного профілю [6].

У зв'язку з цим актуалізується потреба в інтегративних психотерапевтичних підходах, які враховують єдність психіки та тіла [3, 11].

Одним із найбільш перспективних напрямів у роботі з психосоматичними скаргами є тілесно-орієнтована терапія. Вона ґрунтується на положенні про те, що психологічні конфлікти, непрожиті емоції та травматичний досвід фіксуються у тілі у вигляді м'язових затисків, порушень дихання, змін постави та рухових патернів [10, 8]. Тілесно-орієнтована терапія дозволяє працювати з

психосоматичними проявами безпосередньо через тілесний досвід, що є особливо ефективним для клієнтів, яким складно вербалізувати свої переживання [9].

Для дорослого віку характерна тривала акумуляція емоційних напружень, сформовані захисні механізми та стійкі тілесні патерни реагування [8, 12].

Саме тому застосування тілесно-орієнтованої терапії у психологічній допомозі дорослим із психосоматичними скаргами набуває особливої значущості. Дослідження ефективності такого підходу є важливим як з теоретичної, так і з практичної точки зору, що зумовлює актуальність обраної теми магістерської роботи.

Об'єкт дослідження - психосоматичні скарги у дорослому віці

Предмет дослідження - особливості психологічної допомоги дорослим із психосоматичними скаргами з використанням тілесно-орієнтованої терапії

Завдання :

- Проаналізувати теоретичні підходи до проблеми психосоматичних скарг у психології;
- Охарактеризувати психологічні механізми психосоматичних скарг у дорослому віці;
- Розкрити основи тілесно-орієнтованої терапії в контексті психологічної допомоги;
- Провести емпіричне дослідження психосоматичних скарг у дорослих;
- Розробити та апробувати програму психологічної допомоги на базі тілесно-орієнтованої терапії;
- Оцінити ефективність запропонованої програми.

Для вирішення поставлених завдань планується використати такі **методи дослідження:**

- теоретичні методи: аналіз наукової літератури, синтез, узагальнення та систематизація наукових знань;
- емпіричні методи: психодіагностичне тестування, опитуваання;

- інтерпретаційні методи: аналіз та інтерпретацію отриманих результатів;
- математичні методи: кореляційний аналіз; методи статистично-математичної обробки даних: виявлення ступеня узгодженості змінних за допомогою критерію ρ-Спірмена.

Для розв’язання поставлених завдань щодо дослідження психосоматичних скарг у дорослих та особливостей надання психологічної допомоги на базі тілесно-орієнтованої терапії було використано комплекс взаємодоповнювальних методів і психодіагностичних методик.

З метою теоретичного обґрунтування проблеми застосовано теоретичні методи дослідження, зокрема аналіз, синтез, порівняння та узагальнення наукових джерел з психології, психосоматики та тілесно-орієнтованої терапії, що дало змогу систематизувати наукові підходи до розуміння психосоматичних проявів та визначити методологічні засади дослідження.

Для емпіричного вивчення психологічних особливостей дорослих осіб із психосоматичними скаргами було використано такі психодіагностичні методики:

-опитувальник психосоматичних скарг (Gießener Beschwerdebogen), який дозволяє оцінити інтенсивність та структуру тілесних скарг;

-шкалу соматизації SCL-90-R для визначення рівня соматичних проявів психологічного неблагополуччя;

-шкалу тривожності та депресії (HADS) з метою оцінки емоційного стану респондентів;

-методику «Шкала сприйняття тілесних відчуттів» для дослідження рівня тілесної усвідомленості.

З метою вивчення ефективності психологічної допомоги застосовано методи тілесно-орієнтованої терапії, зокрема вправи на усвідомлення тілесних відчуттів, дихальні техніки, роботу з м’язовими затисками, релаксаційні та заземлювальні техніки, що сприяли зниженню психоемоційного напруження та інтеграції тілесного і психологічного досвіду.

База дослідження. Емпіричне дослідження проведено на базі МБО РЦ «Сходи» місто Одеса. До вибірки увійшли 38 респондентів, дорослі особи віком від 25 до 55 років, які зверталися по психологічну допомогу у зв'язку з психосоматичними скаргами нефункціонального характеру (за відсутності тяжких органічних захворювань). Це забезпечило достатній обсяг для отримання валідних даних про психосоматичні скарги у дорослих.

Усі учасники добровільно надали інформовану згоду на участь у дослідженні. Вибірка була сформована з урахуванням наявності психосоматичних скарг, звернення за психологічною допомогою, відсутністю психотичних та медикаментозних станів, тяжких соматичних захворювань з органічною етіологією.

Такий підхід до формування вибірки забезпечив її репрезентативність, що дозволило відобразити реальний спектр психосоматичних скарг та отримати надійні емпіричні дані для подальшого аналізу.

Наукова новизна дослідження полягає в теоретичному та емпіричному обґрунтуванні особливостей психологічної допомоги дорослим із психосоматичними скаргами з використанням методів тілесно-орієнтованої терапії.

У ході дослідження:

- уточнено зміст та психологічну структуру психосоматичних скарг у дорослому віці з урахуванням рівня тілесної усвідомленості, емоційного стану та особливостей психічної саморегуляції;
- вперше емпірично досліджено ефективність комплексного застосування тілесно-орієнтованих методів у психологічній допомозі дорослим клієнтам із психосоматичними скаргами, що проявляються у зниженні інтенсивності тілесних симптомів та психоемоційного напруження;
- розширено уявлення про психологічні механізми формування психосоматичних проявів, зокрема через взаємозв'язок емоційного пригнічення, хронічного стресу та тілесних реакцій;

- розроблено та апробовано програму психологічної допомоги, засновану на принципах тілесно-орієнтованої терапії, спрямовану на усвідомлення тілесних відчуттів, зниження м’язової напруги та інтеграцію психоемоційного досвіду;
- уточнено роль тілесно-орієнтованої терапії як ефективного інструменту психологічної підтримки дорослих із психосоматичними скаргами у межах сучасної психотерапевтичної практики.

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження було представлено на всеукраїнської науково-практичної конференції «Клінічна та вікова психологія в епоху лімінальних змін» 29 січня 2026 року в місті Київ. Назва тез: «Психологічні механізми психоматичних скарг у дорослих».

Практична значущість роботи полягає у можливості використання отриманих результатів у практичній діяльності психологів та психотерапевтів, які працюють з дорослими клієнтами, що мають психосоматичні скарги.

Розроблена та апробована в ході дослідження програма психологічної допомоги на базі тілесно-орієнтованої терапії може бути використана у консультативній та психотерапевтичній практиці з метою зниження інтенсивності психосоматичних проявів, підвищення рівня тілесної усвідомленості та психоемоційної саморегуляції дорослих осіб.

Матеріали дослідження можуть бути впроваджені у діяльність психологічних центрів, медико-психологічних служб, реабілітаційних закладів, а також у роботу фахівців, які надають психологічну допомогу дорослому населенню в умовах підвищеного стресу.

Отримані результати можуть бути використані у навчальному процесі закладів вищої освіти під час викладання дисциплін з психології, психосоматики, психологічного консультування та психотерапії, а також у підготовці навчально-методичних матеріалів для студентів психологічних спеціальностей.

Практичні рекомендації, сформульовані за результатами дослідження, можуть слугувати підґрунтям для подальшої розробки програм психологічної

підтримки дорослих із психосоматичними скаргами та вдосконалення професійної діяльності практичних психологів.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел 76 найменувань. Повний об'єм роботи складає 89 сторінки, у тому числі 80 сторінок основного тексту містить 6 таблиц, 2 діаграми.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПРОЯВІВ У ДОРОСЛИХ

1.1 Теоретичні підходи до психосоматичних скарг у психології

Проблематика психосоматичних явищ має довгу історію, що охоплює декілька етапів розвитку психології та медицини. Вперше ідеї про взаємозв'язок психічного та тілесного були представлені ще в античності: Гіппократ (460–370 рр. до н.е.) у своїх працях висловлював думку про взаємодію психічного стану та фізичного здоров'я, розглядаючи тілесні симптоми як прояви порушення внутрішньої рівноваги організму.

У XIX столітті у клінічній медицині починають формуватися концепції психосоматичних розладів як окремого напряму переважно в межах психоаналітичної парадигми, де фізичні симптоми трактувалися як прояви внутрішньопсихічних конфліктів, що «тілесно символізують» психічні труднощі. В 1818 лікар Йоган Крістіан Гейнрот (Heinroth) використав в науковому обігу термін «психосоматичний». В 1822 Якобі для опису численних психологічних проявів внаслідок соматичних захворювань ввів поняття «соматопсихічний» [29].

Засновник психоаналізу З. Фрейд (1856–1939) висловив ідею, що психосоматичні прояви є результатом підсвідомих конфліктів, що не змогли знайти вербальної або свідомої реалізації. Фрейд підкреслював, що психічні конфлікти, репресовані в підсвідомому, трансформуються у тілесні симптоми, які несвідомо сигналізують про внутрішню напругу та невирішені емоційні проблеми [30].

Згідно з Фрейдом, психосоматичний симптом виконує дві функції:

1. Вираження підсвідомого конфлікту – через тілесний прояв несвідомий конфлікт отримує форму, яку свідомість не здатна або не готова прийняти.

2. Психічний захист – симптом виступає як механізм захисту, що дозволяє уникнути прямого зіткнення зі стресовим конфліктом або небажаними емоціями [31].

Послідовники Фрейда, серед яких Ф. Александр, В.Райх, К.Г.Юнг, П.Федерн, Ф.Дойч розширили ці концепції [1, 64, 63, 23]. Вони запропонували класифікації психосоматичних розладів за характером внутрішньопсихічних конфліктів та конкретними соматичними системами, що зазнають впливу.

Зокрема, Ф.Александер аналізував як емоційні конфлікти та психічні стани можуть впливати на органи й викликати хронічні соматичні симптоми (наприклад, виразкова хвороба шлунка, бронхіальна астма та артеріальна гіпертензія). Саме його дослідження заклали основу сучасної психоаналітичної психосоматичної медицини [1].

Хоча Райх відомий передусім як психоаналітик і радикальний реформатор психоаналізу, він переніс психоаналітичні концепції в роботу з тілом, теоретизував про м'язову броню як прояв захисту психіки — цей підхід має багато перетинів із психосоматичними ідеями [64].

Дослідження Юнга, щодо зв'язку між психічним та тілесним включають поняття колективного несвідомого та символічної семантики тіла. В своїх ранніх працях звертав увагу на соматичні реакції, повязані з емоційними станами та на архетипічні образи, які можуть проявлятися в тілі [63].

Ф.Дойч [62] розглядав тілесні симптоми як тілесну мову психічного конфлікту і ввів поняття «соматичного фону» в рамках своїх психоаналітичних робіт. Він запропонував поняття «психосоматична медицина», розділ науки, яка своїм предметом має охопити численні захворювання (ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія, виразкова хвороба шлунку та двадцятипалої кишки, бронхіальна астма) як наслідки негативних психотравмівних факторів.

Класичні психоаналітичні підходи внесли значний вклад у розуміння психосоматичних явищ, визначивши психогенний компонент як ключовий фактор у їх виникненні. Водночас вони мають обмеження: зосередженість на підсвідомих конфліктах та символічній інтерпретації симптомів ускладнює емпіричну перевірку та застосування у сучасній клінічній практиці. Саме тому сучасні моделі психосоматичних розладів інтегрують психоаналітичні уявлення

з біопсихосоціальним підходом, тілесно-орієнтованою терапією та когнітивно-поведінковими методами [9, 21].

Гуманістичний та екзистенційний підходи у психології запропонували нову перспективу на психосоматичні явища, орієнтовану не лише на патологію, а й на особистісний розвиток, усвідомлення та інтеграцію психічного і тілесного досвіду. На відміну від класичних психоаналітичних моделей, ці підходи зосереджували увагу на суб'єктивному досвіді особистості, її потенціалі до самореалізації та цілісності [24].

К. Роджерс підкреслював значення самоусвідомлення та організованої цілісності особистості у процесі психотерапії. За його концепцією, психосоматичні прояви можуть виникати, коли особистість відчуває розбіжність між власним досвідом і внутрішнім «Я», або коли фізичні симптоми слугують сигналами для усвідомлення внутрішніх потреб та конфліктів. Терапевтичний процес за Роджерсом спрямований на створення умов прийняття, емпатії та безоціночного розуміння, що дозволяє клієнту інтегрувати тілесні та психічні переживання і зменшити симптоми, пов'язані з психосоматикою [24].

Ф. Перлз та гештальт-підхід акцентували на тілесному досвіді та усвідомленні «тут і тепер». Гештальт-терапія вбачає психосоматичні симптоми як прояв пригнічених емоцій або невирішених психологічних конфліктів, що не були виражені у поведінці чи словесно. За Перлзом, активне усвідомлення тілесних відчуттів і емоцій сприяє вивільненню психофізіологічної напруги, що дозволяє зменшити інтенсивність психосоматичних проявів і відновити цілісність особистості [32].

У контексті психосоматичної психології гуманістичні та екзистенційні підходи внесли наступні важливі положення:

1. Психосоматичні симптоми не обов'язково є патологічними, вони можуть слугувати сигналами для розвитку та інтеграції особистості.

2. Ключовим фактором зменшення психосоматичних проявів є самоусвідомлення і цілісне сприйняття свого тіла та психічних станів.

3. Терапевтичний процес передбачає спрямовану роботу на розвиток емпатії до себе та усвідомлення власних потреб, що сприяє гармонізації психофізіологічного стану [33].

У середині XX століття психосоматична медицина отримує системний характер. F. Wolff, J. Mason, Th. Engel та інші автори розробляють інтегративні моделі, які поєднують психологічні, соціальні та біологічні чинники [34, 35, 36]. Зокрема, Engel (1977) запропонував біопсихосоціальну модель, яка стала основою сучасного розуміння психосоматичних явищ. За цією моделлю, соматичні симптоми виникають як результат взаємодії трьох рівнів: фізіологічного, психічного та соціального [36].

1. Біологічний фактор включає генетичну схильність, особливості функціонування нервової та ендокринної систем, імунні реакції, соматичні захворювання, хронічні порушення фізіологічного гомеостазу (Henningsen, 2018).

2. Психологічний фактор охоплює емоційний стан, тривожність, депресію, стресові реакції, когнітивні та поведінкові стратегії копінгу, самосприйняття і рівень психічної стійкості [21, 13].

3. Соціальний фактор включає соціальні умови життя, міжособистісні стосунки, соціальну підтримку, культурні та економічні аспекти, що впливають на адаптацію та психічне здоров’я [3, 15].

За цією моделлю, психосоматичні симптоми не виникають у вакуумі, а формуються під впливом одночасної взаємодії цих факторів. Наприклад, хронічна м’язова напруга або шлунково-кишкові симптоми можуть з’являтися через комбінацію стресу, психологічної тривоги та генетично обумовленої схильності до соматичних розладів. Соціальний контекст, такий як конфлікти в сім’ї або робочому середовищі, може посилювати прояви цих симптомів, створюючи замкнене коло психофізіологічного дискомфорту [5, 3].

Українські дослідження підтверджують ефективність підходу біопсихосоціальної моделі для оцінки психосоматичних проявів. Так, Бамбурак зазначає, що психосоматичні симптоми у дорослих формуються під впливом

комбінації психологічних факторів (тривожність, емоційне вигорання), біологічних (хронічні соматичні захворювання) та соціальних (стресові життєві події) чинників, що цілком узгоджується з ідеями Engel [16]. Аналогічно, Огоренко, Шустерман та Ліхолетов у дослідженні психосоматичного стану цивільного населення під час воєнного конфлікту підкреслюють значущість соціального стресу та психологічного стану у формуванні соматичних проявів [22].

В сучасних дослідження психосоматичні явища описані в таких термінах як «психосоматичні розлади», «психосоматичні прояви», «психосоматичні скарги». За цими термінами розрізняють різні рівні взаємодії психічного та тілесного за змістом, ступенем клінічної вираженості.

Психосоматичні розлади — це клінічно значущі стани, у виникненні, перебігу або загостренні яких психологічні та психосоціальні чинники відіграють істотну роль. Це поняття використовується у клінічній психології, психіатрії та психосоматичній медицині.

Психосоматичні розлади можуть включати: функціональні порушення; стійкі тілесні симптоми; іноді — органічні зміни, розвиток яких пов’язаний із тривалим психоемоційним напруженням.

На відміну від психосоматичних скарг і проявів, психосоматичні розлади: мають клінічний статус; часто потребують міждисциплінарного підходу (медичного й психологічного); можуть бути включені до класифікацій (DSM-5, ICD-11 у межах розладів із соматичними симптомами).

Психосоматичні прояви — це об’єктивовані або стійкі тілесні реакції, що виникають унаслідок впливу психологічних факторів (емоцій, внутрішніх конфліктів, хронічного стресу) та відображають закономірні механізми взаємодії психіки і тіла. На відміну від психосоматичних скарг, психосоматичні прояви можуть: повторюватися; мати відносно стабільну форму; супроводжуватися функціональними порушеннями (наприклад, спазмами, порушенням дихання, серцевого ритму, шлунково-кишкової моторики). Психосоматичні прояви: є більш структурованими, ніж скарги; відображають

механізми психофізіологічної регуляції; не завжди досягають рівня клінічного розладу.

У психотерапевтичних підходах (зокрема тілесно-орієнтованих) психосоматичні прояви розглядаються як тілесна репрезентація психологічних процесів**,** яка може бути предметом цілеспрямованої роботи з тілесною усвідомленістю, рухом, диханням та емоційною регуляцією.

У психологічному контексті психосоматичні скарги інтерпретуються як первинний рівень тілесного реагування на психологічний дистрес**,** емоційне напруження або стресові переживання. Вони можуть мати ситуативний характер, змінюватися залежно від психоемоційного стану та не обов'язково свідчити про наявність захворювання. Психосоматичні скарги розглядаються як суб'єктивні тілесні відчуття або симптоми**,** на які звертає увагу людина та які пов'язуються нею з погіршенням фізичного самопочуття, однак не завжди мають чітке органічне або медично підтверджене підґрунтя**.**

Таким чином, психосоматичні скарги: мають суб'єктивний характер**;** не є діагнозом; можуть бути транзиторними; часто виконують сигнальну функцію, вказуючи на психологічне неблагополуччя.

За домінуючими соматичними проявами психосоматичні скарги можна класифікувати в певні комплекси соматичних симптомів, що виникають під впливом психологічних та психофізіологічних чинників.

Серцево-судинні скарги. До цієї групи відносяться симптоми, що **відображають дисфункцію серцево-судинної системи без органічної патології:**

- тахікардія, відчуття серцебиття;
- артеріальна лабільність та коливання тиску;
- відчуття стискання або тяжкості у грудній клітці;
- запаморочення та слабкість у положенні стоячи [5, 23].

Такі прояви часто пов'язані з хронічною тривожністю, стресом та емоційним вигоранням**,** які стимулюють підвищену активацію симпатичної нервової системи та ГГН-ось.

Гастроінтестинальні скарги. Соматичні симптоми травної системи є одними з найпоширеніших психосоматичних проявів:

- диспепсія, відчуття тяжкості та біль у шлунку;
- синдром подразненого кишечника (коліт, запор або діарея);
- нудота, печія, порушення апетиту;
- відчуття метеоризму та здуття [19].

Ця група симптомів часто корелює з тривожністю та підвищеною чутливістю до міжсигнальних тілесних сигналів. Психологічні фактори можуть впливати на моторну функцію кишечника та секрецію травних ферментів, що підкреслює психофізіологічну природу гастроінтестинальних психосоматичних проявів.

Неврологічні скарги. До неврологічних психосоматичних проявів відносяться симптоми, що нагадують неврологічні розлади, але не мають підтвердженої органічної патології**:**

- мігрень, головний біль напруги;
- тремор, спазми м’язів або судоми;
- оніміння, поколювання у кінцівках;
- порушення сну та концентрації уваги [25, 5].

Ця група симптомів тісно пов’язана з психологічними чинниками стресу, тривожністю та емоційним вигоранням, а також із порушеннями регуляції вегетативної нервової системи**.**

Додатково виділяють менш поширені групи психосоматичних проявів:

- Дихальні скарги**:** задишка, відчуття нестачі повітря без органічної патології легень;
- Хребето-м’язові прояви: біль у спині, шиї, плечовому поясі;
- Шкірні прояви: свербіж, висипання, дерматози психогенного походження.

Ці симптоми часто мають комплексний психофізіологічний характер і можуть поєднуватися з іншими психосоматичними групами, посилюючи загальний дистрес пацієнта [37, 14].

В науковому дискурсі виділяють численні соціально-психологічні фактори, що спричиняють виникнення психосоматичних проявів. Серед них – хронічна стресогенність життєвого середовища, яка проявляється в тривалій дії стресових обставин: професійні перевантаження, нестабільність, рольові конфлікти. Такі умови поступово виснажують адаптаційні ресурси дорослої людини й створюють фон для появи психосоматичних скарг.

Дефіцит підтримуючих міжособистісних стосунків, відсутність безпечного простору для обговорення переживань та низька доступність психологічної допомоги сприяють накопиченню психоемоційної напруги, що підвищує ризик її тілесного прояву.

Умови соціалізації, в яких заохочується контроль, витримка та знецінюється емоційна експресія, формують схильність до непрямого вираження внутрішнього дискомфорту, зокрема через тілесні скарги. [38].

Затяжні кризові періоди, пов’язані з втратами, змінами соціального статусу чи порушенням життєвих планів, створюють підвищене навантаження на психіку дорослої людини та можуть слугувати фоном для появи психосоматичних скарг.

Недостатня сформованість навичок самоспостереження, осмислення власних переживань і звернення по допомогу розглядається як умова, що ускладнює психологічну переробку напруження та підвищує ймовірність його тілесної фіксації.

У суспільствах, де тілесні симптоми сприймаються як більш «реальні» та соціально прийнятні, ніж психологічні труднощі, психосоматичні скарги стають зрозумілою і дозволеною формою сигналу про неблагополуччя.

Гендерні та вікові чинники є важливими детермінантами психосоматичних проявів, оскільки впливають на сприйняття, вираження та частоту соматизації психоемоційного дискомфорту. Дослідження показують, що жінки демонструють вищу частоту психосоматичних симптомів, включно з болями у шлунку, головним болем, серцево-судинними проявами та

порушенням сну, тоді як у чоловіків такі прояви можуть бути менш вираженими або маскуватися під інші поведінкові патерни [14, 23].

Узагальнення теоретичних підходів до проблеми психосоматичних скарг дозволяє зробити висновок, що їх виникнення не зводиться до окремих чинників, які передують симптомам, але реалізується через систему психологічних механізмів, які забезпечують трансформацію психоемоційного досвіду у тілесні прояви.

Таблиця 1.1

Розрізнення понять і чинники психосоматичних явищ

Поняття	Характеристика	Приклади	Основні чинники впливу
Розлади	Патологічні зміни в психіці або тілі, які можна діагностувати клінічно	Хронічні болі, серцево-судинні захворювання, гастроентерологічні дисфункції	Біологічні: генетика, нейроендокринні порушення; Психологічні: тривога, депресія, стрес; Соціальні: конфлікти, соціальна нестабільність
Прояви	Спостережувані ознаки психосоматичного розладу, відображають стан організму	Напруга м’язів, порушення сну, підвищена втомлюваність, зміни постави	Психологічні: емоційне перенапруження, страхи; Фізіологічні: дисбаланс гормонів, хронічний стрес
Скарги	Суб’єктивне відчуття дискомфорту або болю, з яким людина звертається до спеціаліста	Біль у грудях, головний біль, розлад травлення, відчуття «клубка в горлі»	Психологічні: невміння вербалізувати емоції, тривожність; Соціальні: очікування медичної допомоги, культурні установки; Когнітивні: переконання про серйозність симптомів

У ході таблиці ми бачимо що:

- Розлади — це більш об’єктивні зміни, які можна підтвердити медично.
- Прояви — тілесні або поведінкові ознаки, через які розлади стають помітними.

- Скарги — суб’єктивне сприйняття пацієнтом цих проявів, часто акцентуються на симптомах, а не на психологічних причинах.
- Чинники впливу — включають біологічні, психологічні та соціальні детермінанти психосоматичних явищ [3, 15].

1.2. Психологічні механізми виникнення психосоматичних симптомів у дорослих

Сучасні психофізіологічні теорії психосоматики ґрунтуються на даних нейронаук, психонейроендокринології та імунології, що дозволяє пояснити механізми виникнення психосоматичних проявів у контексті хронічного стресу та дисрегуляції психофізіологічних систем. Ці підходи інтегрують знання про взаємодію нервової, ендокринної та імунної систем, підкреслюючи, що психосоматичні симптоми є результатом комплексної нейропсихофізіологічної реакції організму на стресові чинники [20, 37].

З точки зору нейрофізіології, психосоматичні симптоми формуються під впливом хронічної активації системи стресу (гипоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі, симпатоадреналової системи), що призводить до змін у гормональному фоні, підвищеної м’язової напруги та порушень регуляції органів і систем. Ці зміни створюють фізіологічну основу для появи симптомів, які пацієнти відчувають як реальні фізичні порушення [37].

Стресова реакція розглядається як адаптивний механізм, який у разі хронічного або інтенсивного впливу стає деструктивним, спричинюючи соматичні симптоми. За цією концепцією, гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникова (ГГН) система та симпатична нервова система активуються у відповідь на психологічний стрес, що призводить до підвищеного рівня кортизолу, адреналіну та інших гормонів стресу. Хронічна активація цих систем спричинює: дисбаланс імунної системи; запальні процеси; порушення функцій серцево-судинної, шлунково-кишкової та нервової систем; підвищення чутливості до фізичних болів і соматичних симптомів [39,20].

Відповіддю на хронічну або повторювану активацію стресової системи стають соматичні симптоми, включно з:

- підвищенням м’язової напруги, що спричинює болі у спині, шиї, головні болі;
- гормональним дисбалансом, зокрема підвищенням кортизолу та адреналіну, що впливає на обмін речовин, сон, серцево-судинну функцію;
- порушенням функції імунної системи, підвищенням запальних процесів та схильністю до соматичних захворювань [39, 20].

На рівні нейрофізіології, стрес впливає на центри емоційної регуляції мозку, зокрема лімбічну систему та префронтальну кору, які модулюють реакції на емоційні та фізіологічні подразники. Недостатня регуляція цих центрів може підвищувати чутливість до соматичних сигналів, формуючи симптоми, такі як біль, серцебиття, шлунково-кишкові розлади та порушення сну [40, 41].

В психологічному поясненні – це регресійний механізм, який об’єднує в собі і нейрофізіологічні і психологічні фактори. Нейрофізіологічно відбувається повернення нервової системи в «дитячий» стан, психологічно- відтворюється на рівні несвідомого ранній дитячий досвід.

Українські дослідження підтверджують роль стресу як ключового фактора психосоматичних проявів. Так, Огоренко, Шустерман та Ліхолетов [22] виявили, що у цивільного населення, що зазнало хронічного психологічного стресу під час воєнного конфлікту, значно зростає рівень соматичних скарг, м’язових болей, порушень сну та серцево-судинних симптомів, що корелює з високим рівнем тривожності та емоційного вигорання. Бамбурак [16] також зазначає, що психосоматичні симптоми у дорослих часто формуються на тлі постійного психологічного навантаження та недостатніх стратегій саморегуляції, що підтримує концепцію взаємодії психічних і фізіологічних механізмів. У дослідженнях цивільних осіб під час військового конфлікту було виявлено, що хронічний стрес та емоційне вигорання тісно пов’язані з соматичними проявами, такими як порушення серцево-судинної та травної системи, підвищена тривожність та розлади сну [22].

В.Ікскюль називав цей механізм «стресовою готовністю» [42]. Надмірна стресова готовність з часом переходить у форму неадаптивної емоційної розрядки через психосоматичні симптоми. Відбувається перетворення первинних емоційних проблем на вторинний психологічний дискомфорт.

Пихосоматичні прояви надмірного стресу проявляються на різних психологічних рівнях:

Емоційний рівень: неспокій, тривога (немотивована тривога); пригнічений настрій (до депресивного), коивання настрою; немотивована роздратованість та підвищена конфліктність; емоційна спустошеність або синдром емоційного вигорання.

Когнітивний рівень: фіксація на певних думках, повязаних із джерелом стресу; «відсутність думок», внутрішня спустошеність, яка супроводжується сповільненням мисленевої діяльності (перехід в стан «безмовності»).

Поведінковий рівень: зростання поведінкової активності за якістю бездумно-автоматичної, розгальмованої, повязаної з примітивними стратегіями виживання [43]; сниження активності (загальмованість, апатія) та поєднання надмірної автоматичної активності та загальмованості, які беззупину змінюють одна одну.

Соціальний рівень: порушення стосунків з іншими; відстороненість, соціальна ізоляція; порушення соціально-психологічної адаптації.

Механізм взаємодії емоційного вигорання та психосоматичних симптомів обумовлений тим, що тривалий стрес і психологічне виснаження впливають на регуляцію вегетативної нервової системи, гормональний баланс та імунні процеси. Хронічне емоційне вигорання підвищує рівень кортизолу, знижує резильєнтність організму до стресових чинників та сприяє розвитку соматичних проявів, таких як:

- головний біль, болі у спині та шиї;
- порушення сну та втомлюваність;
- серцево-судинні симптоми (тахікардія, артеріальна гіпертензія);
- порушення травлення та апетиту [44, 45].

Психологічні дослідження показують, що особи з високим рівнем емоційного вигорання більш схильні до соматизації емоційних станів, а психосоматичні скарги можуть виступати як сигнал психологічного дистресу, особливо коли людина не здатна вербалізувати свої емоції або ефективно регулювати психічні реакції [46].

Психосоматичні скарги при емоційному вигоранні включають в себе не тільки емоційну спустошеність («порожнечу» емоцій), але й уникання спілкування («відстороненість»), але й емоційну примітивізацію («зплощення») та підвищену конфліктність. Вигорання призводить до стану розчарування в повсякденній діяльності, яка асоціюються з постійною втомленістю та втратою ціннісних орієнтирів (деморалізація, огрублення та цинізм, регресс особистості).

Українські дослідження підтверджують ці закономірності. Так, Литвинова [47] виявила, що у працівників службової сфери та медичних працівників високий рівень емоційного вигорання корелює з частотою соматичних скарг, включаючи головний біль, розлади сну, шлунково-кишкові порушення та серцево-судинні симптоми. Аналіз показав, що емоційне вигорання виступає проміжним чинником між стресом та проявами психосоматичних симптомів, подібно до механізму тривожності.

Також це дослідження розглядає Карамушка [65]. Розглядаются структурно-функціональні характеристики синдрому вигорання. Визначається його не лише як реакцію на стресові умови праці, а як комплексну динамічну систему процесів, що включає:

- психічні механізми адаптації та дезадаптації;
- інтеграцію особистісних та професійних характеристик;
- вплив організаційних і соціальних чинників;
- ідентифікацію поведінкових та емоційних реакцій на тривалі психоемоційні навантаження.

Карамушка підкреслює, що вигорання не є одномоментним явищем, а розвивається поетапно: від початкової перевтоми через накопичення

психоемоційних ресурсів до виражених змін у самооцінці, мотивації та міжособистісних стосунках. Це узгоджується з загальними теоретичними моделями, де вигорання розглядається як психофізіологічний процес, що викликаний дисбалансом між вимогами середов ща та здатністю особистості адаптуватись [65].

За результатами емпіричних досліджень, проведених Карамушкою та її колегами, встановлено, що рівень професійного вигорання корелює як із внутрішніми психологічними характеристиками (мотивація, самооцінка, здатність до саморегуляції), так і з зовнішніми професійними факторами (тривалість стажу, організаційна підтримка, обсяг відповідальності та рольові вимоги). Це означає, що вигорання є багатовимірним феноменом, який не може бути зведений лише до суб'єктивного переживання втоми або емоційної напруги.

Особливо важливим у працях Карамушки є акцент на психологічних детермінантах вигорання:

- слабка здатність до емоційної саморегуляції;
- недостатня професійна підтримка та контролюючі фактори середовища;
- невідповідність між професійними очікуваннями та реальним досвідом діяльності;
- конфлікти в професійному середовищі.

Це узгоджується з іншими сучасними підходами, які розглядають емоційне вигорання не лише як реакцію на стрес, а як комплекс психосоціальних, організаційних та особистісних чинників, що визначають якість професійної діяльності і психосоматичне здоров'я працівника.

Важливо також зазначити, що емоційне вигорання має психосоматичні наслідки: хронічні головні болі, порушення сну, підвищену тривожність, м'язову напругу, а інколи — соматичні розлади без чіткої медичної етіології. Ці тілесні прояви посилюють загальний стан психоемоційної нестабільності, що

вимагає інтегрованого підходу до психологічної допомоги, включно з тілесно-орієнтованою терапією.

Таким чином, проводится внесок систематизації теоретико-методологічних положень, емпіричному верифікації складових синдрому вигорання та виділенні ключових психологічних механізмів, які підсилюють психосоматичні прояви.

Можливо затвердити, що емоційне вигорання посилює ризик виникнення психосоматичних скарг, створюючи своєрідний цикл «стрес–вигорання–соматизація».

Механізм «зациклювання» є також поясненням когнітивних проявів психосоматичних скарг. Фіксація на певних думках призводить до роздумів у замкненому контурі навколо «хворобливої» теми, на нейрофізіологічному рівні це повязано з процесами збудження в мозку – формування «застійної» домінанти (збудження), яка може набути стійкого патологічного стану мозку. Психологічно – це регресивний механізм «застрягання» на негативних думках, який повязаний із поверненням до ранніх етапів розвитку (від року до двох). В цей період у дитини формуються самосвідомість, мова, мовленеве мислення та психомоторні навички, які потребують такого психічного механізму, який дозволяє багаторазово повертатися до тієї самої інформації, повторювати одні й ті самі дії. В дитинстві цей механізм має адаптивний характер і допомагає засвоювати важливі навички.

Механізм психологічного «витіснення» пояснює когнітивну спустошеність, мисленеву загальмованість і є проявом психологічного захисту, коли потрібно захиститися від вербалізації та оформлення думок на «заборонену» тему. В основі також регресивна стратегія повернення в ще більш ранній домовленевий період дитинства, коли переважала активність правої, невербальної півкулі.

Психологічними механізмами психосоматичних скарг на разгальмовану активність, поведінковий неспокій є також регресивні стратегії, які фізіологічно повязані із пошуковою активністю (С.Ротенберг) на несвідомому рівні [48]. На

рівні дитячих стратегій виживання – це отримати увагу дорослих, їх любов та співпереживання. С.Гроф таку надактивність пов’язував з переживаннями на підсвідомому рівні процесу народження в період проходження по родовому каналу, активного пошуку виходу [49].

Психосоматичні скарги на «оцепеніння», ступор, апатію також базуються на регересивному механізмі повернення до внутрішньоутробному періоду, початку народження, яке переживалося як «безвихідність» за С.Грофом [49]. Фізіологічно такий стереотип поведінки реалізується через реакцію рухового ступору. Психологічно -це дисбаланс між гіпертрофованими уявленнями про складність проблем, переоцінкою їх негативних наслідків і скептичною, самопринижуючм недооціненням власною здатності справитися з ситуацією.

Скарги на розбалансовність поведінкової активності – то надмірна, то апатична – базуються на психологічному механізми внутрішнього протиріччя, яке шукає свого вирішення.

Психосоматичні скарги пов’язані зі станами тривоги, депресії та емоційної дисрегуляції, що зумовлює не лише фізичний дискомфорт, але й соціальну дезадаптацію, обмеження повсякденної активності та погіршення суб’єктивного самопочуття [50].

Психологічний феномен «набутого безсилля», що проявляється в порушення міжособистісної взаємодії, розкриває регресивну стратегію повернення до дитячого стану, коли відсутній достаній життєвий досвід «дорослої» комунікації, намагання реалізувати бажання «сховатися» від проблем через різні види адикції, утримання себе в ролі «жертви обставин» або «неспроможного на успіх». Психосоматично ці явища проявляються через скарги на безпричинну втому, нездатність зосереджуватись, поганий сон і настрій.

Таким чином, хронічний стрес є ключовим механізмом виникнення психосоматичних симптомів, забезпечуючи багаторівневу взаємодію психічних, нейрофізіологічних та соціальних факторів.

Хронічний стрес також взаємодіє з психологічними факторами, такими як тривожність, страх, депресія та низький рівень копінгу. Дослідження показують, що психологічна неврегульованість посилює соматичні прояви, створюючи циклічну взаємодію між психічним та фізіологічним станом [37, 13].

Тривожність визначається як стан підвищеної психологічної напруги, очікування небезпеки та готовності до реагування на потенційні загрози, який супроводжується змінами у фізіологічних системах організму [51, 52]. Чабан О. визначає тривожність як психічний стан, який є нормальною реакцією на потенційну загрозу. Проте надмірна аб недоречна тривога здатна викликати психосоматичні скарги і навіть призводити до субклінічних тривожних розладів [53].

Тривожність як механізм псиосоматичних проявів спрацьовує як каталізатор соматизації, оскільки емоційна напруга через нейрофізіологічні механізми трансформується у фізичні симптоми, такі як:

- підвищена м’язова напруга (головний біль, біль у спині та шиї);
- дискомфорт у шлунково-кишковому тракті (біль, здуття, розлади функції);
- серцево-судинні прояви (тахікардія, серцебиття, підвищений артеріальний тиск);
- порушення сну та вегетативні симптоми (пітливість, тремор, підвищена збудливість) [37, 53].

Механізм взаємодії тривожності та психосоматичних симптомів пояснюється через активацію гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової (ГГН) осі та симпатичної нервової системи: тривожні стани підтримують хронічну активацію системи «боротьба–утеча», що з часом призводить до соматичних проявів без органічної патології [20, 39].

Психологічні дослідження показують, що індивідуальні особливості тривожності, такі як високий рівень ситуативної тривожності та тривожність як особистісна риса, корелюють із частотою та інтенсивністю психосоматичних скарг [13]. Дослідження також свідчать, що тривожні пацієнти більш схильні до

катастрофізації фізичних симптомів, що підтримує цикл соматизації та підвищує ризик хронічних психосоматичних розладів [23, 53].

Українські дослідження підтверджують ці закономірності. Так, Огоренко, Шустерман та Ліхолетов [22] виявили, що високий рівень тривожності у дорослих осіб, які пережили хронічний стрес, корелює з більш вираженими психосоматичними симптомами, такими як м'язові болі, серцево-судинні прояви та розлади сну. Аналіз показав, що тривожність виступає медіатором між стресом та соматичними проявами, тобто посилює вплив стресових факторів на фізичний стан.

Тривожність часто супроводжується страхом, який є формою виходу на зовні внутрішньої психологічної напруги і одночасно проекцією дитячих негативних переживань. До універсальних форм старху належать: страх смерті – первинний правопівкульний страх чогось невідомого, загрозливого для життя, того, що непідвладне людським силам та неблаганне. У дорослому житті страх смерті ховає за собою страх перед всім невідомим, непідконтрольним, тим що може захопити та підкорити, пред всемогутнім провидінням. Страх самотності – дитячий страх покинутості, страх «втрати обєкта» в психоаналітичному дискурсі, гостре переживання дитиною безсилля та беззахисності. У дорослих панічні напади зменьшуються у присутності когось із близьких, які символічно замінюють «материнську турботу». Страх втрати контрою – лівопівкульний страх «непослуху», неслухняності перед символічним уособленням критики та покарання «Супер-Его, внутрішнього Батька», страх вивільнити власні приховані сили «забороненим» способом. Страх втратити розум – змішаний міжпівкульний конфлікт.

Психологічні фактори, такі як тривожність, фобії, емоційне виснаження, перфекціонізм та низька здатність до саморегуляції**,** підсилюють соматичні прояви, що формує циклічний процес взаємного підсилення психічного і тілесного дискомфорту. Прикладами можуть бути гіпертонічні кризи, напади бронхоспазмів, пароксизми серцевої аритмії та панічні атаки. Повторюваність нападів може бути спричинена як зовнішніми стресовими факрами, так і

внутрішнім емоційним станом, в першу чергу підвищеною тривожністю. Саме вона замикає порочне коло, слугує поштовхом до виникнення повторних ароксизмів за схемо « напад- тривожне очікування – напад» [53].

Таким чином, тривожність є важливим психологічним механізмом у формуванні психосоматичних скарг, що підвищує ризик розвитку соматичних симптомів (головний біль, порушення сну, хронічну втому, болі в м'язах, серцево-судинні та шлунково-кишкові розлади) навіть за відсутності органічних захворювань [50, 41].

Сучасні моделі психосоматичного здоров'я підкреслюють, що психосоматичні скарги не є ознакою «слабкості» чи «симуляції», а відображають реальну адаптаційну реакцію організму на психоемоційні навантаження[9, 41].

Глибинним механізмом виникнення психосоматичних скарг та симптомів є тілесна дисрегуляція та слабка самоусвідомленість фізичних сигналів тіла. Сучасні психофізіологічні теорії підкреслюють роль центральної нервової системи в регуляції тілесних проявів емоцій. Наприклад, активність лимбічної системи та префронтальної кори пов'язана з модулюванням емоційного стану та стресової реакції, що впливає на інтенсивність психосоматичних симптомів [40, 21].

1.3. Основи тілесно-орієнтованої терапії в контектсті психологічної допомоги

Тілесно-орієнтована терапія (ТОТ) є напрямом психотерапевтичної допомоги, що ґрунтується на уявленні про нерозривну єдність психічних і тілесних процесів у структурі особистості. У межах цього підходу тіло розглядається не лише як біологічна основа психічного життя, а як активний носій емоційного, когнітивного та досвідного змісту. Тілесні відчуття, пози, рухи, м'язові напруження та соматичні реакції інтерпретуються як значущі прояви психологічного функціонування людини.

На відміну від вербально-орієнтованих форм психотерапії, тілесно-орієнтований підхід фокусується на безпосередньому переживанні тілесного досвіду «тут-і-зараз», що дозволяє працювати з тими аспектами психіки, які є недостатньо усвідомленими або важко вербалізуються. Це особливо важливо у випадках, коли психологічні труднощі проявляються у вигляді психосоматичних скарг, функціональних порушень або хронічного тілесного напруження.

Філософсько-методологічна основа тілесно-орієнтованої терапії ґрунтується на концепції холістичного підходу, який розглядає людину як цілісну систему, у якій психічні, тілесні та емоційні процеси взаємно детермінують одне одного [10, 8]. У межах цього підходу неможливо ізолювати психіку від тілесних проявів: емоції, напруження та внутрішні конфлікти відображаються у м’язових патернах, позі, диханні та рухових реакціях, що виступають як носії психологічного досвіду [9, 54]. Холістичне бачення дозволяє інтегрувати тілесні та психічні процеси в терапевтичну практику, що сприяє відновленню саморегуляції та цілісного функціонування особистості.

Важливим компонентом методології ТОТ є феноменологічний підхід до тілесного досвіду. Згідно з феноменологією Моріса Мерло-Понті, тіло слугує «суб’єктивним простором переживання», де відбувається взаємодія свідомого та несвідомого досвіду, а тілесні відчуття не є лише фізіологічними сигналами, а виступають ключовими індикаторами внутрішніх станів особистості [55]. У контексті ТОТ це означає, що терапевт спирається на спостереження та відчуття клієнта щодо свого тіла для опрацювання психічних та емоційних переживань [9].

Гуманістична психологія також формує методологічне підґрунтя ТОТ. Представники цього напрямку (Rogers, Maslow) акцентують увагу на суб’єктивному досвіді людини, її потенціалі для саморозвитку та самореалізації. У гуманістичній перспективі терапевтичний процес розглядається як партнерська взаємодія, де клієнт виступає активним агентом змін, а тіло і психіка — єдиною системою, через яку здійснюється пізнання та

трансформація [24, 56]. Це підкреслює роль тілесного досвіду як активного ресурсу для психологічної допомоги: через роботу з тілом можна усвідомлювати, інтегрувати та опрацьовувати психоемоційні переживання.

В українській науковій традиції також відзначають значення холістичного та феноменологічного підходів у ТОТ. Зокрема, Тимошенко підкреслює, що інтеграція тілесного досвіду, усвідомлення м'язової напруги та рухових патернів дозволяє підвищити ефективність психотерапевтичного втручання, особливо у роботі з психосоматичними скаргами [57]. Кокун [58] і Блінов [59] зазначають, що тілесно-орієнтована робота сприяє розвитку емоційної саморегуляції та зменшенню симптомів стресу, підкреслюючи значущість цілісного підходу в психологічній практиці [57, 58, 59].

Таким чином, тілесно-орієнтована терапія може розглядатися як самостійний напрям психологічної допомоги, спрямований на відновлення зв'язку між тілесними переживаннями та психічними процесами, що є особливо актуальним у роботі з дорослими клієнтами, які звертаються зі скаргами психосоматичного характеру.

Крім того, тілесно-орієнтована терапія спирається на принципи гуманістичної психології, зокрема ідеї автентичності, відповідальності та внутрішнього потенціалу особистості до зцілення. Тіло в цьому контексті розглядається не як джерело проблем, а як ресурс, що містить інформацію про потреби, межі та можливості саморегуляції.

Методологічно ТОТ орієнтується на процесуальний підхід, у межах якого важливим є не лише зміст переживань, а й динаміка їх тілесного прояву. Це дозволяє працювати з психосоматичними скаргами не як із ізольованими симптомами, а як із проявами порушеної цілісності досвіду. Такий підхід створює теоретичне підґрунтя для застосування тілесно-орієнтованої терапії в системі психологічної допомоги дорослим.

Одним із базових методологічних принципів тілесно-орієнтованої терапії є принцип єдності психіки та тіла, відповідно до якого психічні процеси та тілесне функціонування розглядаються як взаємопов'язані й

взаємодетерміновані складові цілісної системи людини. У межах цього підходу відкидається дихотомічне протиставлення «психічного» і «соматичного», натомість підкреслюється їх постійна динамічна взаємодія.

Згідно з цим принципом, емоційні стани, внутрішні конфлікти та психічні напруження знаходять відображення на тілесному рівні у вигляді змін м’язового тонусу, дихальних патернів, вегетативних реакцій і соматичних скарг. Водночас тілесні процеси — рух, постава, дихання, відчуття — впливають на емоційне самопочуття, рівень тривожності та здатність до саморегуляції. Таким чином, тіло виступає не лише «екраном» для проєкції психічних процесів, а активним учасником психологічного функціонування.

У контексті психологічної допомоги принцип єдності психіки та тіла дозволяє розглядати психосоматичні скарги не як суто медичну проблему, а як комплексний феномен, що потребує психологічного осмислення. Тілесно-орієнтована терапія, спираючись на цей принцип, спрямована на відновлення порушеної інтеграції між тілесним досвідом і психічною рефлексією, що є особливо важливим у роботі з хронічними психосоматичними проявами.

Застосування принципу єдності психіки та тіла у терапевтичній практиці розширює можливості психологічної допомоги дорослим клієнтам, які мають труднощі з вербалізацією власних переживань або схильні до соматизації емоційного напруження. Робота з тілом у цьому випадку виступає шляхом опосередкованого доступу до психологічного змісту переживань і створює умови для їх подальшої інтеграції.

Важливим теоретичним положенням тілесно-орієнтованої терапії є концепція тілесної пам’яті, відповідно до якої досвід людини — зокрема емоційно насичені та травматичні події — може фіксуватися не лише на рівні свідомої пам’яті, а й у вигляді стійких тілесних патернів. До таких патернів належать хронічні м’язові напруження, обмеження руху, особливості постави, дихання та повторювані соматичні скарги.

У психологічній та психосоматичній науці існує низка класичних концепцій, які надають різні підходи до розуміння взаємозв'язку психіки та тіла, механізмів виникнення психосоматичних розладів та шляхів їх терапії. Класики психосоматики — такі як Вільгельм Райх, Александер Ф., Лоуен А., Донбар Ф. — заклали основи сучасної психотерапевтичної практики, підкреслюючи, що тілесні прояви людини відображають її емоційний та психологічний стан.

Попри спільне розуміння єдності психіки та тіла, окремі автори робили акцент на різних аспектах психосоматичних явищ: Райх досліджував м'язові блоки та характерові броні, Лоуен розробив методи біоенергетичної терапії, Донбар пропонував інтегративний медико-психологічний підхід, а Александер концентрувався на впливі емоційних конфліктів на фізіологію.

Систематизуємо у таблиці 1.2 ключові ідеї цих класичних концепцій, основні психологічні механізми виникнення психосоматичних симптомів та терапевтичні підходи, що дозволяє наочно порівняти підходи та обрати оптимальні методи для практичної роботи з дорослими пацієнтами, які мають психосоматичні скарги.

Таблиця 1.2

Концепції до психоматичної терапіїї

Автор / Концепція	Ключові ідеї	Психологічні механізми психосоматичних проявів	Терапевтичний підхід / методи
В. Райх (Reich, 1949)	Тіло і психіка є єдиною системою; психосоматичні симптоми відображають несвідомі конфлікти	Емоційні блоки у тілі, «характерові броні», замикають енергію та перешкоджають емоційному вираженню	Дихальні та рухові вправи; робота з тілесними напруженнями; вивільнення емоцій через тіло
А. Лоуен (Lowen, 1975)	Розвиток біоенергетики; енергія тіла визначає психічне здоров'я	М'язові блоки і напруга перешкоджають потокам життєвої енергії; тривалі патерни напруження формують психосоматичні симптоми	Біоенергетичні вправи, тілесні рухи, дихальні техніки; покращення усвідомлення тілесних відчуттів

Ф. Донбар (Dunbar, 1943)	Інтеграція медичного та психологічного підходів	Соматичні симптоми часто маскують психологічні проблеми; важлива диференціація психосоматичних проявів	Інтегративна діагностика; поєднання психотерапії та медичного спостереження
А. Александер (Alexander, 1950)	Психосоматична медицина; психічні конфлікти відображаються на фізіології	Емоційні та психічні стресори спричиняють органічні зміни	Психотерапія, робота з емоційними конфліктами, психосоматичне навчання пацієнта
Ogden, Minton, Pain (2006)	Тілесно-орієнтова на терапія, сенсомоторний підхід	Травматичний досвід і емоційні переживання «фіксуються» у тілі	Сенсомоторні вправи, тілесні спостереження, усвідомлення дихання та руху
Mehling et al. (2012)	Усвідомлення тіла як основа психологічного здоров’я	Недостатнє тілесне усвідомлення посилює психосоматичні симптоми	Тренінги усвідомлення тіла, самооцінка тілесних відчуттів, інтеграція уваги до фізичних сигналів
Сучасні інтегративні підходи	Біопсихосоціальна модель психосоматичних порушень	Взаємодія психічних, фізіологічних і соціальних чинників	Поєднання психотерапії, тілесних технік, медичної підтримки та психоедукації

Джерело: [10, 8, 2, 1, 21]

Концепція тілесної пам’яті виходить з уявлення про те, що психіка не завжди має доступ до повного усвідомлення травматичного або емоційно складного досвіду, тоді як тіло зберігає сліди цього досвіду у формі несвідомих реакцій. У дорослому віці такі тілесні фіксації можуть актуалізуватися у відповідь на стресові ситуації, життєві кризи або тривале емоційне перевантаження, проявляючись у вигляді психосоматичних скарг. У цьому контексті тілесні симптоми розглядаються як форма несвідомої пам’яті, що сигналізує про потребу у психологічному опрацюванні накопиченого досвіду.

У межах тілесно-орієнтованої терапії робота з тілесною пам’яттю спрямована не на відтворення подій у вербальній формі, а на усвідомлення тілесних реакцій «тут-і-тепер». Через уважне спостереження за відчуттями, рухом і диханням створюються умови для поступового вивільнення

зафіксованого напруження та інтеграції тілесного досвіду з психічним усвідомленням.

Для психологічної допомоги дорослим клієнтам концепція тілесної пам’яті має особливе значення, оскільки дозволяє пояснити стійкість і повторюваність психосоматичних скарг за відсутності вираженої соматичної патології.

У межах тілесно-орієнтованої терапії тіло розглядається не лише як фізіологічна система, а як носій символічних значень, через які виражається психологічний досвід особистості. Символічна мова тіла проявляється у характерних позах, рухових патернах, м’язових напруженнях, соматичних скаргах та повторюваних тілесних реакціях, що відображають внутрішні емоційні стани та несвідомі конфлікти.

На відміну від вербальної мови, символічна мова тіла функціонує переважно на дорефлексивному рівні та не завжди усвідомлюється суб’єктом. У дорослому віці, за умов тривалого емоційного стримування або соціально зумовленої заборони на експресію, тілесні симптоми можуть ставати основним способом комунікації внутрішнього напруження. У цьому контексті психосоматичні скарги розглядаються як символічні сигнали, що вказують на порушення психологічної рівноваги.

Тілесно-орієнтована терапія спрямована не на інтерпретацію символів у жорсткому або універсальному сенсі, а на дослідження індивідуального значення тілесних проявів для конкретної людини. Робота з символічною мовою тіла відбувається через уважне спостереження, вербалізацію тілесних відчуттів та їх поступове осмислення у терапевтичному діалозі. Такий підхід дозволяє клієнту інтегрувати тілесний досвід у структуру особистісного усвідомлення.

Сенсомоторна амнезія — це феномен, що проявляється у частковій або повній втраті доступу до певних тілесних відчуттів або рухових патернів, зафіксованих у минулому, зокрема внаслідок травматичних чи емоційно насичених подій. У межах тілесно-орієнтованої терапії сенсомоторна амнезія пояснюється як результат адаптивного або захисного механізму психіки, що

дозволяє «заморозити» частину переживань на тілесному рівні, знижуючи тимчасово емоційне навантаження.

Цей механізм часто виявляється у дорослих клієнтів із психосоматичними скаргами: деякі м’язові блоки, обмеження руху або стійкі тілесні напруження стають носіями несвідомого досвіду, який не може бути легко вербалізований. Сенсомоторна амнезія може підтримувати хронічне психоемоційне напруження, оскільки тіло продовжує «зберігати» травматичні патерни, навіть коли свідомість їх не відтворює.

У терапевтичній практиці тілесно-орієнтована робота спрямована на поступове відновлення усвідомленого доступу до «забутих» тілесних відчуттів через делікатні сенсомоторні вправи, дихальні техніки, м’які рухові інтервенції та фокусування на тілесному досвіді тут-і-тепер. Відновлення зв’язку між тілесною пам’яттю та психічною рефлексією дозволяє клієнту інтегрувати травматичний або емоційно значущий досвід, знижуючи інтенсивність психосоматичних проявів.

Сенсомоторна амнезія має також діагностичне значення: за допомогою спостереження за тілесними патернами терапевт може виявити області «замерожених» переживань, що сигналізують про нерозв’язані психологічні конфлікти або травми. Усвідомлення цього феномену дозволяє розробляти індивідуальні програми терапевтичного втручання, спрямовані на відновлення психофізіологічної цілісності дорослого клієнта.

У контексті психологічної допомоги дорослим клієнтам символічна мова тіла відіграє важливу роль у розумінні психосоматичних скарг, які не мають чітко визначеного медичного підґрунтя. Тіло в цьому випадку виступає своєрідним «текстом», що відображає історію переживань, внутрішніх конфліктів і невирішених емоційних процесів. Усвідомлення символічного виміру тілесних симптомів створює умови для їх психологічного опрацювання та зниження інтенсивності психосоматичних проявів.

Таблиця 1.3.

Психоматичні вертеброгенні синдроми

Зацікавлений відділ хребта	Синдром	Психологічні проблеми, що його породжують
Шийний	Цервікалгія	Емоційно ускладнене самоствердження, вперте збереження "гарної міни"
Шийний відділ хребта + плечовий пояс	Брахіалгія	Заблокована агресія: лють, гнів (символ — стиснутий кулак)
Грудний	Дорсалгія	Смуток, відчай, малодушність або компенсаторна пряма постава
Поперековий	Люмбалгія	Психічне перенавантаження, фрустрація, порушення сексуальності

Джерело: [66]

У межах тілесно-орієнтованої терапії тіло розглядається не лише як носій симптомів або слідів минулого досвіду, а як активний ресурс для психологічного відновлення. Кожна тілесна реакція, відчуття або руховий патерн може стати джерелом інформації та механізмом регуляції, що сприяє відновленню психоемоційного балансу дорослої людини.

Тілесні ресурси проявляються через здатність організму до саморегуляції, релаксації, адаптації до стресових впливів та відновлення після психоемоційного перевантаження. У терапевтичному процесі акцент робиться на активізації цих ресурсів: через усвідомлення тілесних відчуттів, роботу з диханням, м’язовою напругою та рухом клієнт отримує можливість відчути контроль над власним тілом і емоційним станом.

Використання тіла як ресурсу особливо важливе у роботі з психосоматичними скаргами, де фізичні прояви можуть виступати як маркери внутрішнього напруження. Навчання клієнта контакту з власним тілом дозволяє трансформувати симптоми із «сигналів неблагополуччя» у засоби саморегуляції та відновлення. Таким чином, тіло стає активним партнером у психологічній допомозі, а не лише пасивним відображенням психічних процесів.

У практичному аспекті тілесно-орієнтованої терапії ресурсність тіла проявляється через формування навичок усвідомленого руху, контролю дихання, регуляції м’язового тонусу та використання тілесних відчуттів як маркерів психічного стану. Це дозволяє клієнту підтримувати власну психологічну стабільність у повсякденному житті, знижувати ризик розвитку хронічних психосоматичних проявів та підвищувати якість життя.

У тілесно-орієнтованій терапії усвідомлення тілесних відчуттів розглядається як один із ключових механізмів психологічної регуляції. Під тілесним усвідомленням розуміється здатність людини помічати та розрізняти внутрішні відчуття, пов’язані з м’язовою напругою, диханням, пульсацією, температурою, положенням тіла та рухом. Цей рівень досвіду часто залишається поза фокусом свідомої уваги, особливо у дорослих, схильних до інтелектуалізації або емоційного стримування.

Недостатня тілесна усвідомленість ускладнює розпізнавання ранніх сигналів психоемоційного напруження, що сприяє його накопиченню та подальшій соматизації. У такому випадку психосоматичні скарги виступають як вторинний спосіб сигналізації про внутрішній дисбаланс. Тілесно-орієнтована терапія створює умови для відновлення контакту з тілесними відчуттями як джерелом інформації про актуальний психологічний стан.

У процесі психологічної допомоги акцент на тілесному усвідомленні сприяє розвитку здатності до самоспостереження та саморегуляції. Клієнт поступово навчається помічати зміни у власному тілі у відповідь на емоційні стимули, що дозволяє своєчасно реагувати на напруження без його фіксації у соматичних симптомах. Таким чином, тілесна усвідомленість виступає профілактичним фактором розвитку психосоматичних скарг у дорослому віці.

Дихання та м’язовий тонус є базовими регуляторними системами організму, які безпосередньо пов’язані з емоційними та психічними процесами. У тілесно-орієнтованій терапії робота з диханням і м’язовою напругою розглядається як ефективний спосіб впливу на психоемоційний стан клієнта без необхідності негайної вербалізації переживань.

Хронічне психоемоційне напруження у дорослому віці часто супроводжується поверхневим диханням, затримкою дихальних фаз та стійкими м’язовими затисками. Такі тілесні патерни можуть підтримувати підвищений рівень тривожності та сприяти виникненню психосоматичних скарг, зокрема болю, функціональних порушень та вегетативних симптомів. Усвідомлена робота з диханням дозволяє знизити фізіологічну активацію та відновити відчуття внутрішньої стабільності.

М’язова регуляція у межах тілесно-орієнтованої терапії спрямована на поступове зниження надмірного напруження та розширення рухового репертуару клієнта. Через роботу з м’язовими відчуттями створюються умови для вивільнення накопиченої напруги, що має як фізіологічний, так і психологічний ефект. У контексті психологічної допомоги дорослим це сприяє зменшенню інтенсивності психосоматичних скарг та підвищенню здатності до емоційної регуляції.

У тілесно-орієнтованій терапії техніки роботи з тілом розглядаються як засіб безпосереднього впливу на психосоматичні скарги через регуляцію тілесних процесів та підвищення усвідомленості клієнта. Такі техніки не спрямовані на усунення симптомів у суто медичному розумінні, а мають на меті відновлення порушеного зв’язку між тілесним досвідом і психічними переживаннями.

До основних тілесно-орієнтованих технік належать вправи на усвідомлення дихання, робота з м’язовою напругою, рухові інтервенції, фокусування на тілесних відчуттях, а також елементи тілесного діалогу. Застосування таких технік дозволяє клієнтам поступово розпізнавати тілесні сигнали, пов’язані з емоційним напруженням, і знижувати їх інтенсивність без форсованого вербалізування.

У контексті психологічної допомоги дорослим з психосоматичними скаргами тілесно-орієнтовані техніки сприяють зменшенню хронічної напруги, підвищенню толерантності до тілесних відчуттів і формуванню навичок саморегуляції. Це особливо важливо у випадках, коли соматичні скарги

виконують компенсаторну або захисну функцію і слугують основним каналом вираження психологічного дискомфорту.

Сучасна тілесно-орієнтована терапія розвивається в межах інтегративної парадигми, що передбачає поєднання тілесних інтервенцій з методами інших психотерапевтичних напрямів. Такий підхід дозволяє враховувати індивідуальні особливості клієнтів і підвищувати ефективність психологічної допомоги при психосоматичних скаргах.

ТОТ органічно поєднується з психодинамічними підходами, де тілесні прояви розглядаються як зовнішній вияв несвідомих конфліктів. У цьому випадку робота з тілом доповнює вербальний аналіз, створюючи додатковий рівень усвідомлення. Водночас інтеграція з гуманістичною та екзистенційною психологією дозволяє розглядати тілесний досвід як джерело автентичності, самоприйняття та особистісного зростання.

Поєднання тілесно-орієнтованої терапії з когнітивно-поведінковими методами сприяє формуванню нових моделей реагування на тілесні симптоми та зменшенню катастрофізації соматичних відчуттів. Така інтеграція є особливо доцільною у роботі з дорослими клієнтами, для яких характерне поєднання психосоматичних скарг з тривожними або депресивними станами.

Висновки до розділу 1

Ми можемо зробити висновок, що виділяють численні соціально-психологічні фактори, які спричиняють виникнення психосоматичних проявів. Серед них – хронічна стресогенність життєвого середовища, яка проявляється в тривалій дії стресових обставин: професійні перевантаження, нестабільність, рольові конфлікти. Такі умови поступово виснажують адаптаційні ресурси дорослої людини й створюють фон для появи психосоматичних скарг.

Дефіцит підтримуючих міжособистісних стосунків, відсутність безпечного простору для обговорення переживань та низька доступність

психологічної допомоги сприяють накопиченню психоемоційної напруги, що підвищує ризик її тілесного прояву.

Умови соціалізації, в яких заохочується контроль, витримка та знецінюється емоційна експресія, формують схильність до непрямого вираження внутрішнього дискомфорту, зокрема через тілесні скарги [38].

Затяжні кризові періоди, пов’язані з втратами, змінами соціального статусу чи порушенням життєвих планів, створюють підвищене навантаження на психіку дорослої людини та можуть слугувати фоном для появи психосоматичних скарг.

Недостатня сформованість навичок самоспостереження, осмислення власних переживань і звернення по допомогу розглядається як умова, що ускладнює психологічну переробку напруження та підвищує ймовірність його тілесної фіксації.

Тривожність є важливим психологічним механізмом у формуванні психосоматичних скарг, що підвищує ризик розвитку соматичних симптомів (головний біль, порушення сну, хронічну втому, болі в м’язах, серцево-судинні та шлунково-кишкові розлади) навіть за відсутності органічних захворювань [50, 41].

Сучасні моделі психосоматичного здоров’я підкреслюють, що психосоматичні скарги не є ознакою «слабкості» чи «симуляції», а відображають реальну адаптаційну реакцію організму на психоемоційні навантаження [9, 41].

Глибинним механізмом виникнення психосоматичних скарг та симптомів є тілесна дисрегуляція та слабка самоусвідомленість фізичних сигналів тіла. Сучасні психофізіологічні теорії підкреслюють роль центральної нервової системи в регуляції тілесних проявів емоцій. Наприклад, активність лимбічної системи та префронтальної кори пов’язана з модулюванням емоційного стану та стресової реакції, що впливає на інтенсивність психосоматичних симптомів [40, 21].

У системі психотерапевтичних підходів тілесно-орієнтована терапія посідає проміжне місце між психодинамічними, гуманістичними та сучасними інтегративними моделями. Вона поєднує психоаналітичні уявлення про несвідомі процеси з гуманістичною орієнтацією на цілісність особистості та її здатність до саморегуляції. Водночас ТОТ активно використовує дані нейропсихології, психофізіології та теорії стресу, що розширює її наукову обґрунтованість.

Методологічною основою тілесно-орієнтованої терапії є холістичний підхід, відповідно до якого людина розглядається як цілісна система, в якій психічні та тілесні процеси перебувають у постійній взаємодії. Така позиція заперечує редукціоністське розуміння симптомів і передбачає аналіз психологічних труднощів у контексті цілісного досвіду особистості.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ СКАРГ У ДОРОСЛИХ

2.1. Методи та організація емпіричного дослідження

У сучасній психології психосоматичні скарги розглядаються не як прямий наслідок органічних порушень, а як складний феномен, що формується в результаті взаємодії психологічних, емоційних і фізіологічних процесів. У межах психосоматичного підходу особлива увага приділяється психологічним механізмам**,** які опосередковують трансформацію психоемоційного напруження в тілесні відчуття та симптоми. Такий підхід дозволяє розглядати психосоматичні скарги як форму функціонального тілесного реагування на тривале або інтенсивне психологічне навантаження.

Одним із провідних психологічних механізмів психосоматичних скарг є тривожність**,** яка характеризується стійкою активацією системи психофізіологічної мобілізації. Підвищений рівень тривожності супроводжується постійним очікуванням загрози, посиленою тілесною настороженістю та зниженням порога чутливості до соматичних відчуттів. У таких умовах фізіологічні реакції організму (серцебиття, напруження м’язів, порушення дихання, дискомфорт у шлунково-кишковому тракті) набувають суб’єктивної значущості й інтерпретуються як симптоми неблагополуччя, що формує структуру психосоматичних скарг.

Другим важливим механізмом є хронічне емоційне виснаження та вигорання**,** які виникають унаслідок тривалого впливу стресогенних життєвих обставин. Вигорання пов’язане з поступовим зниженням адаптаційних ресурсів, емоційним спустошенням і зменшенням здатності до психологічної регуляції. У стані виснаження психіка втрачає ефективні способи переробки напруження, що сприяє його фіксації на тілесному рівні. Психосоматичні скарги в цьому контексті виступають як індикатор перевищення індивідуальних меж

витривалості та тривалого порушення балансу між вимогами середовища і можливостями особистості.

Важливим механізмом формування психосоматичних скарг є також обмеженість усвідомлення та вербалізації власних емоційних станів**.** За відсутності навичок психологічної рефлексії внутрішні переживання не знаходять символічного або вербального вираження і, відповідно, не інтегруються у свідомий досвід. У таких умовах тілесні відчуття стають альтернативним каналом вираження психічного напруження. Тіло фактично «перебирає на себе» функцію сигналізації про внутрішній дискомфорт, що підсилює суб'єктивну значущість соматичних скарг.

У межах даного дослідження психосоматичні скарги розглядаються як результат дії психологічних механізмів**,** а не як самостійні клінічні утворення. Такий підхід обґрунтовує доцільність комплексної емпіричної оцінки як безпосередніх тілесних скарг, так і психологічних станів, що лежать в їх основі. Зокрема, вимірювання рівня тривожності дозволяє оцінити інтенсивність психоемоційної активації, тоді як показники вигорання відображають ступінь хронічного виснаження адаптаційних ресурсів особистості.

Таким чином, вибір емпіричних методик у даному дослідженні зумовлений необхідністю виявлення зв'язку між психологічними механізмами та психосоматичними скаргами**.** Комплексний підхід, що поєднує оцінку психосоматичних симптомів із вимірюванням тривожності та емоційного виснаження, дозволяє більш повно розкрити природу психосоматичних проявів у дорослому віці та створює методологічне підґрунтя для подальшої інтерпретації результатів у контексті тілесно-орієнтованої психологічної допомоги.

Мета емпіричного дослідження – емпірично виявити та проаналізувати психологічні механізми психосоматичних скарг у дорослому віці, зокрема рівень тривожності, емоційного виснаження (вигорання) та тілесної (інтероцептивної) усвідомленості, а також визначити характер і силу їхнього взаємозв'язку з інтенсивністю психосоматичних скарг.

Завдання емпіричного дослідження:

- проаналізувати рівень та особливості прояву психосоматичних скарг у дорослих осіб.

- визначити рівень тривожності як психологічного механізму психосоматичних скарг у дорослому віці.

- дослідити рівень емоційного виснаження (вигорання) у дорослих та його зв'язок із психосоматичними скаргами.

- оцінити рівень тілесної (інтероцептивної) усвідомленості досліджуваних та її роль у формуванні психосоматичних скарг.

- виявити кореляційні зв'язки між психосоматичними скаргами, тривожністю, емоційним виснаженням та тілесною усвідомленістю.

- проаналізувати особливості взаємозв'язку між окремими компонентами тілесної усвідомленості (за шкалами MAIA-2ukr) та інтенсивністю психосоматичних скарг.

- визначити психологічні чинники, які найбільшою мірою пов'язані з високим рівнем психосоматичних скарг у дорослому віці.

Характеристика вибірки:

У емпіричному дослідженні взяли участь 38 дорослих осіб. Вибірка формувалася за принципом добровільної участі з дотриманням етичних норм психологічних досліджень. Усі респонденти були поінформовані про мету та умови дослідження й надали інформовану згоду на участь.

До вибірки включалися особи дорослого віку, які не мали встановлених тяжких соматичних або психічних захворювань у стадії загострення, що могло б суттєво впливати на результати психодіагностики. Учасники перебували у задовільному психофізіологічному стані на момент проведення дослідження та могли самостійно заповнювати психодіагностичні методики.

Дослідження проводилося в дистанційному форматі із використанням онлайн-опитування, що забезпечувало доступність участі та анонімність відповідей. Отримані дані використовувалися виключно в наукових цілях і оброблялися в узагальненому вигляді.

Емпіричне дослідження тривало 6 місяців, місце проведення – м.Одеса, вул.Іцхака Рабіна,7 МБО РЦ «Сходи», умови участі респондентів – добровільно, на основі інформованої згоди.

Емпіричне дослідження проводилося з дотриманням основних етичних принципів психологічної науки: добровільності участі, поінформованої згоди, конфіденційності та забезпечення психологічної безпеки респондентів. Усі учасники були поінформовані про мету та умови дослідження і надали згоду на участь.

Анонімність відповідей була гарантована, отримані дані використовувалися виключно в наукових цілях та оброблялися в узагальненому вигляді. Учасники мали право відмовитися від участі у дослідженні на будь-якому етапі без негативних наслідків.

Емпіричне дослідження проводилося в три етапи: підготовчо-організаційний, психодіагностий, аналітико-інтерпретаційний.

На підготовчо-організаційному здійснювався аналіз наукових джерел з проблеми психосоматичних скарг та тілесно-орієнтованого підходу в психології, уточнювалися мета, завдання та гіпотези дослідження. Було здійснено відбір та теоретичне обґрунтування психодіагностичних методик, визначено критерії формування вибірки, а також розроблено процедуру емпіричного дослідження з урахуванням етичних принципів психологічної науки.

Наступним етапом - безпосередній збір емпіричних даних за допомогою психодіагностичних методик, спрямованих на оцінку рівня психосоматичних скарг, тривожності, емоційного виснаження (вигорання) та тілесної (інтероцептивної) усвідомленості. Дослідження здійснювалося в індивідуальному форматі з дотриманням принципів добровільності, анонімності та інформованої згоди учасників.

На етапі аналітично-інтерпретаційному здійснювалася статистична обробка отриманих даних із використанням методів описової та кореляційної статистики. Було проаналізовано взаємозв’язки між психосоматичними

скаргами та психологічними показниками, здійснено інтерпретацію результатів відповідно до мети й гіпотез дослідження, а також сформульовано узагальнені висновки щодо психологічних механізмів психосоматичних скарг у дорослому віці.

З метою комплексного вивчення психосоматичних скарг та пов'язаних із ними психологічних особливостей дорослих осіб, а також оцінки ефективності тілесно-орієнтованої психологічної допомоги, у дослідженні було використано чотири основні психодіагностичні методики та одна додаткова.

Для оцінки рівня психосоматичних скарг у дорослих було використано опитувальник SSS-8 (Somatic Symptom Scale-8)**.** Опитувальник SSS-8 — є скороченою версією часто використовуваного та добре відомого і перевіреного PHQ-15 — опитувальника (анкети) здоров'я пацієнта. SSS-8 було розроблено для використання в умовах браку часу. Пункти з PHQ-15, які були включені до SSS-8, відібрані за трьома критеріями:

1. Поширеність симптомів в умовах первинної медичної допомоги.
2. Зв'язок з показниками функціонування організму та здоров'я.
3. Спільність із іншими пунктами, включеними до шкали.

Автори цього опитувальника: Benjamin Gierk; Sebastian Kohlmann; Kurt Kroenke; Lena Spangenberg; Markus Zenger; Elmar Brähler; Bernd Löwe, [67]. Методика дозволяє виміряти інтенсивність основних соматичних симптомів, включно з больовими відчуттями, порушеннями сну та втомою, за шкалою від 0 до 4 балів (0 — зовсім не турбувало, 4 — дуже сильно турбувало) [67].

Для оцінки рівня тривожності та депресивності у дорослих було використано опитувальник HADS (41). Методика включає дві підшкали — тривожність (HADS-A) і депресивність (HADS-D) — по 7 пунктів кожна, оцінюваних за шкалою 0–3 бали. Сумарний бал підшкали 0–21.

Як допоміжний діагностичний інструмент для оцінки загального рівня тривожності та пов'язаних із нею соматичних і вегетативних проявів використовувалася шкала тривоги Гамільтона. Наявність у структурі шкали пунктів, що відображають тілесні симптоми (м'язові, серцево-судинні,

гастроінтестинальні, вегетативні), дозволяє розглядати отримані показники як індикатори психосоматичного компонента тривожних станів у дорослих.

Для оцінки рівня емоційного вигорання та професійного стресу було використано опитувальник MBI [56].

Методика включає три підшкали:

1. Емоційне виснаження (Emotional Exhaustion, EE) — відображає втому, перевантаження і виснаження емоційних ресурсів.

2. Деперсоналізація / цинізм (Depersonalization, DP) — характеризує відчуження, відстороненість у соціальних та професійних стосунках.

3. Відчуття професійних досягнень (Personal Accomplishment, PA) — оцінює позитивне відчуття власної ефективності та компетентності.

Шкали оцінюються за 7-бальною шкалою (0–6), сумарні бали варіюються залежно від підшкали.

Для оцінки рівня тілесної усвідомленості було використано багатовимірну шкалу інтроцептивної (тілесної) усвідомленості MAIA-2ukr, версію 2. Це український адаптований варіант англомовного опитувальника MAIA-2, розроблений Ю.М. Волощенком[68].

Опитувальник містить твердження, на які респондент відповідає, наскільки воно йому притаманне, за шкалою (наприклад, від 0 до 4). Питання стосуються різних аспектів усвідомлення тіла, зокрема:

Зокрема, обрано дві шкали: «Усвідомлення тілесних відчуттів» (*Noticing*) та «Усвідомлення зв’язку тілесних сигналів із емоціями*» (Emotional Awareness*). Шкала *Noticing* дозволяє оцінити здатність учасників помічати фізіологічні зміни, наприклад напруження м’язів, пульсацію або зміну дихання, що є ключовим для виявлення прихованих психосоматичних проявів. Шкала *Emotional Awareness* фіксує, наскільки досліджувані здатні розпізнавати свої емоційні стани через тілесні відчуття, що безпосередньо пов’язано з механізмами соматизації. Використання цих шкал обґрунтоване сучасними дослідженнями, які підтверджують, що підвищена інтероцептивна усвідомленість корелює з кращою психоемоційною регуляцією та зниженням

інтенсивності психосоматичних скарг, а також дозволяє емпірично оцінити ефективність психологічних втручань, спрямованих на роботу з тілесними проявами стресу.

Методи статистичної обробки: описова статистика, кореляційний аналіз, порівняльний аналіз. Використовувалася программа SPSS Statistics 27

2.2. Результати емпіричного дослідження

Аналіз первинних показників показав, що респонденти відчували помірно високий рівень психосоматичного дистресу. Найбільш інтенсивні скарги спостерігалися щодо:

Втоми та виснаження (M = 3,9 ± 0,8),

Порушень сну (M = 3,6 ± 0,9),

Головного болю (M = 2,4 ± 1,1).

Менш вираженими були скарги на біль у грудях та задишку (M = 1,6 ± 0,8) і біль у шлунку (M = 1,9 ± 0,9), що може свідчити про диференційоване сприйняття соматичних симптомів дорослими з психосоматичними проявами.

Сумарний бал SSS-8 склав 17,6 ± 4,3 бали, що відповідає високому рівню соматичного дистресу.

Таблиця 2.1

Психоматичні скарги респондентів

Психосоматичні скарги за SSS-8	M ± SD
Біль у ділянці шлунка або кишківника	1,9 ± 0,9
Біль у спині	1,4 ± 0,7
Біль у руках, ногах чи суглобах	1,5 ± 0,3
Головний біль	2,4 ± 1,1
Грудний біль чи задишка	1,6 ± 0,8
Запаморочення	1,1±0,5
Відчуття втоми або виснаження	3,9 ± 0,8

Порушення сну	3,6 ± 0,9
Суммарний бал SSS-8	17,6 ± 4,3

Первинні результати SSS-8 свідчать про те, що респонденти демонструють підвищену соматизацію психоемоційних станів, що проявляється через симптоми хронічної втоми, порушень сну та головного болю. Такий патерн відповідає сучасним концепціям психосоматичної психології, де соматичні скарги розглядаються як вираження психічного стресу через тілесний канал [14,7].

- Симптоми хронічної втоми і порушень сну відображають підвищену активацію стресових систем організму та труднощі у саморегуляції емоційного стану.
- Головний біль і м’язові болі можна інтерпретувати як соматичне маркування тривожності та психоемоційного напруження (Kirmayer, 2004).
- Відносно низькі значення болю у грудях та шлунку можуть свідчити про індивідуальні особливості сприйняття та когнітивної інтерпретації тілесних сигналів, що узгоджується з концепціями когнітивної психосоматичної моделі [14].

Таким чином, первинний скринінг за SSS-8 підтверджує, що у дорослих із психосоматичними скаргами психосоматичні симптоми переважно проявляються через хронічну втому, порушення сну та головний біль, що може бути наслідком психоемоційної напруженості, низької здатності до саморегуляції та підвищеної тривожності.

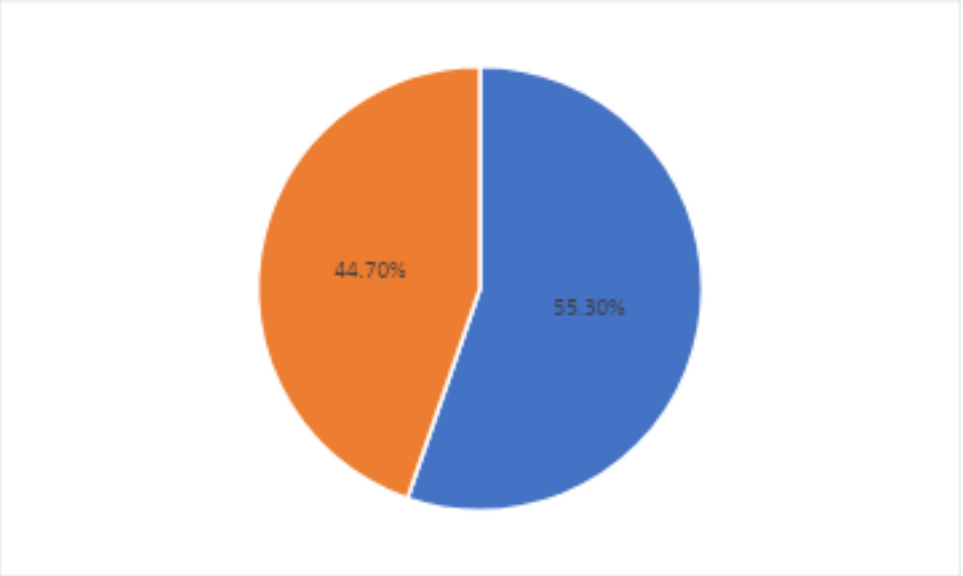


Рисунок 2.1 Розподіл респондентів за рівнем інтенсівності психоматичних скарг

Серед респондентів було виокремлено дві групи за рівнем інтенсивності психосоматичних скраг: 55,3 % - високий, 44, 7% - дуже високий.

Переважання у вибірці осіб із високим та дуже високим рівнем психосоматичних скарг може бути зумовлене не лише індивідуально-психологічними чинниками, а й потужним впливом хронічного соціально-стресового контексту. Умови війни, постійна загроза безпеці, інформаційне перевантаження, вимушені зміни способу життя, порушення сну через повітряні тривоги та блекаути формують стан тривалого психофізіологічного напруження, який виснажує адаптаційні ресурси особистості. У таких умовах тіло часто стає «мішенню» для розрядки накопиченого стресу, що підвищує загальний рівень соматизованих симптомів у популяції.

Хронічна невизначеність і відсутність відчуття контролю над подіями сприяють формуванню стійкого емоційного виснаження, яке, згідно з психосоматичними моделями, є одним із ключових механізмів переходу психологічного дистресу в тілесні прояви. Порушення базових фізіологічних ритмів (сон, відпочинок, регулярність харчування), характерні для життя в умовах воєнних загроз і перебоїв електропостачання, додатково знижують

здатність нервової системи до відновлення, посилюючи вегетативні та функціональні соматичні симптоми.

Таким чином, високий і дуже високий рівні психосоматичних скарг у вибірці відображають не лише індивідуальні психологічні особливості респондентів, а й є закономірною реакцією організму на тривалий екстремальний стрес макросоціального рівня. Це підкреслює важливість розгляду отриманих результатів у ширшому психотравмуючому контексті та обґрунтовує необхідність психологічних інтервенцій, спрямованих на відновлення емоційних ресурсів і тілесної саморегуляції.

Дослідження рівня тривожності як психологічного механізму психосоматичних скарг у дорослому віці за методикою HADS [53].

Аналіз первинних показників (n = 38) показав (табл. 2.2)

Таблиця 2.2

Аналіз первинних показників

Шкала	M ± SD	Інтерпретація
Тривожність (HADS-A)	20, 9 ± 0,1	Підвищений рівень тривожності
Депресивність (HADS-D)	20,5 ± 1,2	Помірний рівень депресивності

Ці дані свідчать, що у переважної більшості учасників спостерігався підвищений рівень тривожності, що перевищує межі норми (0 –7 бали), а також помірна депресивність, характерна для осіб із психосоматичними проявами.

Первинні результати HADS демонструють, що дорослі з психосоматичними скаргами схильні до підвищеної тривожності і помірної депресивності, що узгоджується з сучасними уявленнями про психосоматичні розлади.

Тривожність часто виступає як первинний фактор психосоматизації, який підсилює увагу до тілесних симптомів і їх інтерпретацію як небезпечних [69].

Депресивні симптоми можуть проявлятися через зниження енергії, порушення сну та апетиту, що часто спостерігається у пацієнтів з психосоматичними скаргами і підвищує соматичну чутливість [71].

Контекстний аналіз шкали оцінювання депресії Гамільтона (HAM-D) показав схожий спектр психосоматичних скарг: скарги на епізодичні труднощі при засинанні, неспокійний сон протягом всієї ночі, відчуття втоми і слабкості, додаткові зусилля почати роботу або проявити активність, занепокоєння від незначних чинників.

Високі показники HAM-A і HAM-D узгоджуються із механізмами когнітивної уваги на тілесних відчуттях, коли негативні емоції та тривожні очікування підсилюють інтенсивність психосоматичних проявів [14; 70].

Таким чином, первинний аналіз HADS демонструє, що емоційна дисрегуляція та тривожність є ключовими психологічними факторами, що підтримують психосоматичні скарги у дорослих,

Розглянемо дослідження рівень емоційного виснаження (вигорання) у дорослих та його зв’язок із психосоматичними скаргами.

MBI у цьому дослідженні виступає інструментом виявлення емоційного виснаження як провідного психологічного чинника психосоматичних скарг, а також дозволяє оцінити рівень емоційного відсторонення та зниження суб’єктивної ефективності, які опосередковують соматизацію стресу.

Таблиця 2.2

Профіль вигорання (відсотки по рівнях)

Рівень Ризику	Емоційне виснаження	Когнітивні переживання	Особистісні досягнення
Низький	18%	42%	21%
Середній	20%	33%	39%
Високий	62%	25%	40%

За шкалою емоційного виснаження середнє значення становило M = 27,4 (SD = 9,1), що відповідає підвищеному рівню емоційного виснаження у вибірці. Високі показники за цією шкалою виявлено у 62% досліджуваних, що свідчить

про значну поширеність хронічного психоемоційного перенапруження серед осіб із психосоматичними скаргами.

Таблиця 2.3

Підшкали MBI	M ± SD	Інтерпретація
Емоційне виснаження	27,6 ± 6,4	Підвищене емоційне виснаження
Деперсоналізація	10, 4 ± 3,5	Помірна тенденція до відчудження
Відчуття професійних досягнень	20,5 ± 1,2	Середній рівень відчуття ефективності

Показники ЕЕ свідчать про високий рівень емоційного перевантаження, що узгоджується з психосоматичними скаргами та підвищеною тривожністю, зафіксованою на HADS.

Дослідження тілесної (інтероцептивної) усвідомленості за багатовимірною шкалою MAIA-2ukr.

Аналіз первинних даних показав, що середній рівень усвідомлення тілесних відчуттів у вибірці з 38 дорослих респондентів перебуває в межах помірно знижених значень (M ≈ 2,9; SD ≈ 0,6). Це свідчить про тенденцію до недостатньо чіткого розпізнавання тілесних сигналів, зокрема слабку диференціацію між різними видами соматичних відчуттів (напруження, втома, біль). У частини респондентів спостерігається схильність помічати тілесні сигнали вже на стадії їх інтенсивного або дискомфортного прояву, що може сприяти соматизації психологічного напруження.

За шкалою «Саморегуляція через тіло» середні показники також мають середньо-низький рівень (M ≈ 2,6; SD ≈ 0,7). Отримані дані вказують на обмежену здатність використовувати тілесні відчуття як ресурс для заспокоєння, відновлення або зниження емоційного напруження. Для значної частини досліджуваних тіло радше виступає джерелом сигналів дискомфорту,

ніж інструментом саморегуляції, що узгоджується з високою поширеністю психосоматичних скарг у вибірці.

Загалом первинні дані за MAIA-2ukr демонструють дефіцит інтероцептивної усвідомленості та тілесно опосередкованої саморегуляції, що створює передумови для накопичення психоемоційної напруги та її подальшого тілесного вираження. Такі результати є теоретично узгодженими з уявленнями про тілесну дисрегуляцію як один із ключових психологічних механізмів виникнення психосоматичних скарг у дорослому віці та обґрунтовують доцільність застосування тілесно-орієнтованих підходів у психологічній допомозі.

Висновки до розділу 2

Проведене емпіричне дослідження дозволило комплексно проаналізувати психосоматичні скарги у дорослому віці крізь призму ключових психологічних механізмів, а саме тривожності, емоційного виснаження (вигорання) та тілесної (інтероцептивної) усвідомленості. Обраний методологічний підхід, що поєднував оцінку соматичних симптомів із вимірюванням психоемоційних і тілесних показників, підтвердив доцільність розгляду психосоматичних скарг як функціонального тілесного реагування на хронічний психологічний дистрес, а не як ізольованих соматичних феноменів.

Аналіз результатів за опитувальником SSS-8 засвідчив високий та дуже високий рівні психосоматичного дистресу у всіх учасників дослідження. Найбільш вираженими виявилися скарги, пов’язані з хронічною втомою, виснаженням, порушеннями сну та головним болем. Такий симптоматичний профіль відповідає сучасним психосоматичним моделям, які розглядають ці

прояви як найбільш чутливі індикатори тривалого стресу та порушення психофізіологічної регуляції. Водночас відносно нижча інтенсивність гастроінтестинальних і кардіореспіраторних скарг може свідчити про індивідуальні відмінності в когнітивній інтерпретації тілесних сигналів і різні способи соматизації психоемоційного напруження.

Отримані дані щодо рівня тривожності за методикою HADS підтвердили, що тривожність є одним із провідних психологічних механізмів психосоматичних скарг у дорослих. Підвищені показники тривожності в поєднанні з помірною депресивністю свідчать про наявність стійкої емоційної дисрегуляції, яка посилює тілесну настороженість та знижує поріг чутливості до соматичних відчуттів. Дані шкал Гамільтона додатково підтвердили соматизований характер тривожних і депресивних станів, що проявляється через порушення сну, втому, м’язову напругу та зниження загальної активності.

Результати дослідження емоційного вигорання за методикою MBI вказують на значну поширеність високого рівня емоційного виснаження серед респондентів. Високі показники за шкалою емоційного виснаження у більшості учасників підтверджують роль хронічного стресу та перевантаження як чинників, що підривають адаптаційні ресурси особистості. Помірна вираженість деперсоналізації та збережений середній рівень відчуття професійних досягнень дозволяють розглядати вигорання у вибірці не лише як професійний синдром, а як ширший психофізіологічний стан, тісно пов’язаний із соматизацією емоційного напруження.

Аналіз тілесної (інтероцептивної) усвідомленості за методикою MAIA-2ukr продемонстрував помірно знижений рівень як усвідомлення тілесних відчуттів, так і здатності до тілесної саморегуляції. Отримані результати свідчать про те, що для значної частини дорослих тіло сприймається переважно як джерело дискомфорту, а не як ресурс відновлення та регуляції. Дефіцит інтероцептивної усвідомленості у поєднанні з високою тривожністю та емоційним виснаженням створює сприятливі умови для накопичення психоемоційної напруги та її фіксації на тілесному рівні.

Узагальнюючи результати емпіричного дослідження, можна стверджувати, що психосоматичні скарги у дорослому віці формуються внаслідок взаємодії кількох взаємопов’язаних психологічних механізмів: хронічної тривожності, емоційного виснаження та недостатньої тілесної усвідомленості. Отримані дані підтверджують гіпотезу про системний характер психосоматичних проявів і підкреслюють необхідність психологічних інтервенцій, спрямованих не лише на зниження симптомів, а й на відновлення емоційної регуляції та тілесної самосвідомості.

РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДОРОСЛИМ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ СКАРГАМИ ЗАСОБАМИ ТІЛЕСНО-ОРІЄНТОВАНОЇ ТЕРАПІЇ

3.1. Теоретичні засади психологічної допомоги дорослим з психосоматичними скаргами засобами тілесно-орієнтованої терапії

Програма психологічної допомоги дорослим з психосоматичними скаргами базується на інтеграції сучасних теорій психосоматики та тілесно-орієнтованого підходу.

Теоретичний аналіз психосоматичних скарг у дорослих як проблематики психологічних досліджень показав, що вони розглядаються як результат взаємодії психоемоційних, когнітивних та тілесних процесів, у яких ключову роль відіграють тривожність, емоційне вигорання та недостатня тілесна усвідомленість.

Тілесно-орієнтована терапія (ТОТ) виступає методологічною основою програми. Її принципова ідея полягає в єдності психіки та тіла, де тілесні відчуття виступають не лише проявами фізіологічних процесів, а й носіями психологічного досвіду. Застосування ТОТ дозволяє впливати на психосоматичні симптоми через роботу з тілесними відчуттями, рухом і тілесною усвідомленістю, інтегруючи їх із психоемоційними процесами [10,72,57].

В основу програми покладені також холічне розуміння людського буття в гуманістичній психології та феноменологічний підхід до тілесного досвіду. Людина розглядається як цілісна система, де психічні та тілесні процеси взаємно детермінують одне одного. Таке бачення обґрунтовує роботу з тілесними сигналами як з джерелом інформації про внутрішній психоемоційний стан і можливість корекції психосоматичних проявів.

Запропонована нами програма психологічної допомоги дорослим з психосоматичними скаргами засобами тілесно-орієнтованої психології базується на наступних принципах:

Принцип цілісності психіки та тіла. Програма ґрунтується на розумінні того, що психосоматичні скарги є результатом дисбалансу між психічними і тілесними процесами. Вплив здійснюється через інтеграцію психоемоційної роботи з тілесними вправами, усвідомленим диханням та релаксацією.

Принцип багатовимірної роботи з тілом. Використання сенсомоторних, рухових та дихальних вправ дозволяє виявити та розпізнати «тілесні патерни» напруження, які підтримують психосоматичні скарги. Одночасно відбувається розвиток тілесної усвідомленості.

Принцип психо-фізіологічної регуляції. Робота спрямована на відновлення балансу вегетативної нервової системи через релаксаційні техніки, дихальні практики та вправи на усвідомлення м’язового стану. Це дозволяє знизити соматичні прояви, пов’язані з тривожністю та емоційним вигоранням.

Принцип інтеграції вербального та тілесного досвіду. Програма поєднує тілесну практику з психологічним осмисленням емоційних переживань, що забезпечує розвиток навичок вербалізації та рефлексії, і тим самим запобігає «тілесній фіксації» психоемоційного напруження.

Принцип індивідуалізації та адаптивності. Програма передбачає оцінку початкового рівня тривожності (HAM-A), вигорання (MBI), психосоматичних скарг (SSS-8) та тілесної усвідомленості (MAIA-2ukr) для побудови персоналізованих вправ і стратегії втручання.

Принцип поступовості та безпеки. Навантаження та інтенсивність тілесних вправ регулюються відповідно до психоемоційного стану учасника, щоб уникнути вторинного травмування чи посилення соматичних симптомів.

Таким чином, методологічна база програми забезпечує послідовну, науково обґрунтовану роботу з психологічними механізмами психосоматичних скарг і створює умови для ефективного їх зниження через тілесно-орієнтовану психотерапію.

Програма реалізує комплексний підхід, який передбачає:

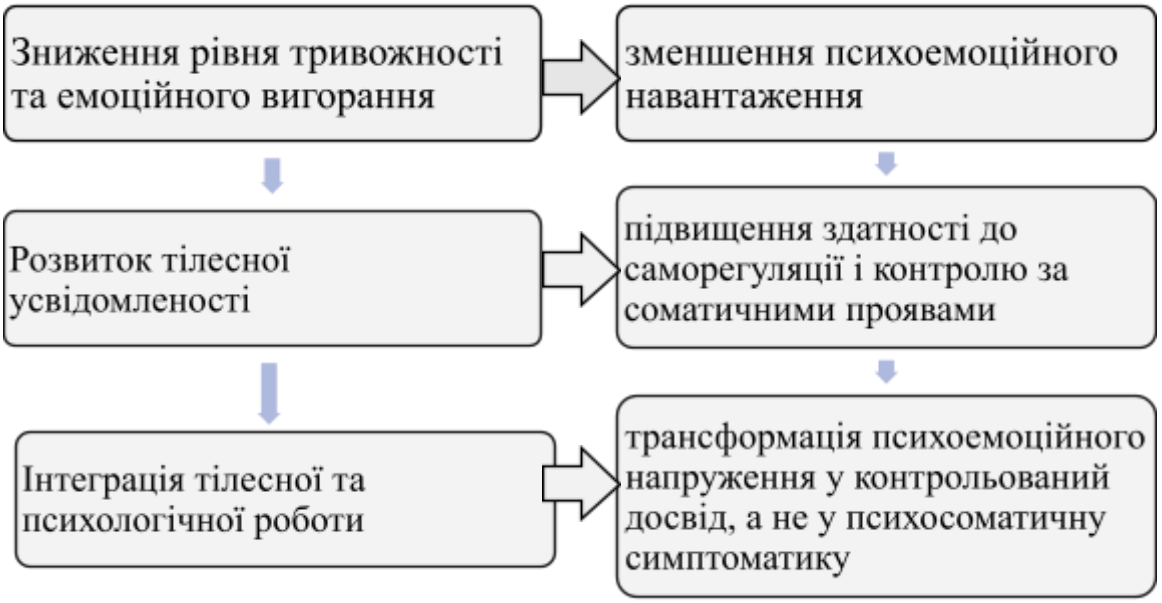


Рисунок 3.1 Програма реалізації комплексного підхіду

3.2. Структура та практичні рекомендації до проведення програми психологічної допомоги дорослим з психосоматичними скаргами засобами тілесно-орієнтованої психотерапії

Зміст :

Модуль 1. Ознайомлення та первинна оцінка.

Модуль 2. Дихальні практики та психофізіологічна релаксація

Модуль 3. Розвиток тілесної усвідомленості

Модуль 4. Інтеграція емоційного досвіду та тілесної практики

Модуль 5. Робота з хронічним напруженням та «тілесними блоками»

Модуль 6. Формування навичок саморегулції та профілактики.

Тривалість: 8–10 тижнів, 1–2 заняття на тиждень

Форма: індивідуальна або групова

Ключовий практичний принцип: постійне поєднання тілесних вправ з психоосвітніми та вербальними методами

Рекомендації до проведення психологічної допомоги дорослим з психосоматичними скаргами засобами тілесно-орієнтованої психології.

Модуль 1. Ознайомлення та первинна оцінка

Ціль**:** встановити базові показники психосоматичних скарг, тривожності, емоційного вигорання та тілесної усвідомленості.

Завдання:

Провести первинне тестування SSS-8, HAM-A, MBI та MAIA-2ukr.

Ознайомити учасників з принципами тілесно-орієнтованої терапії.

Створити безпечний простір для роботи з тілом і емоціями.

Вправи:

Коротке сканування тіла (body scan) для усвідомлення теперішнього стану.

Легка групова інтеракція для формування довіри.

Оцінка та контроль:

Фіксація початкових балів SSS-8, HAM-A, MBI, MAIA-2ukr.

Запис суб’єктивних відчуттів у щоденник.

Одним із початкових завдань програми є ознайомлення учасників із принципами тілесно-орієнтованої терапії (ТОТ). Цей етап важливий для формування розуміння взаємозв’язку психіки та тіла та підготовки до практичної роботи. Учасники отримують базові знання про те, що тілесні відчуття не є лише фізіологічними сигналами, а часто відображають психоемоційні процеси, накопичений стрес або пережиті травми. Така інформаційна підтримка дозволяє сформувати мотивацію до свідомого спостереження за тілесними реакціями, що є фундаментальним у роботі з психосоматичними скаргами.

На етапі ознайомлення важливо пояснити ключові принципи ТОТ, зокрема: єдність психіки та тіла, роль тілесної пам’яті та символічної мови тіла, значення інтероцептивної усвідомленості для регуляції психоемоційного стану. Учасники дізнаються про те, що психосоматичні прояви не є «вигадкою» або наслідком слабкості, а відображають природні механізми адаптації організму до

стресу, які можна усвідомлювати та корегувати через спеціальні вправи. Таке теоретичне підґрунтя дозволяє підвищити ефективність наступних практичних модулів, оскільки клієнти вже розуміють логіку методів і сенс роботи з тілом.

Наступним важливим аспектом є створення безпечного простору для роботи з тілесними та емоційними проявами. Безпечне середовище забезпечує психоемоційну стабільність учасників і сприяє їх відкритості до нових досвідів. Психологічна безпека включає відсутність оцінювання, повагу до особистих меж, можливість поступового включення у вправи та контроль за інтенсивністю тілесних навантажень. Учасники повинні відчувати, що будь-які їхні відчуття, емоції чи прояви тіла сприймаються терапевтом без критики і з повною підтримкою.

Створення безпечного простору також передбачає: чітку структуру заняття: пояснення вправ, поступове збільшення складності та регулярні паузи для обговорення внутрішніх відчуттів. Такий підхід дозволяє уникнути перенавантаження та вторинної травматизації, що особливо важливо для осіб із психосоматичними скаргами. Клієнти отримують можливість спостерігати за власним тілом, досліджувати відчуття і емоції без страху негативної оцінки або неправильності виконання вправ.

Важливою складовою є психоосвітня підтримка під час практичних занять. Пояснення, чому виникають певні тілесні реакції або напруження, як вони пов’язані з емоційними станами, допомагає учасникам усвідомити власний досвід і знижує тривогу. Цей інтегративний підхід сприяє формуванню активної участі у процесі терапії, підвищує довіру до програми і дозволяє ефективніше застосовувати інтероцептивну увагу для регуляції психосоматичних проявів.

Таким чином, поєднання ознайомлення з принципами ТОТ та створення безпечного простору формує фундамент для подальшої практичної роботи з психосоматичними скаргами. Учасники отримують не лише знання, а й досвід підтриманого, безпечного взаємодіючого середовища, що дозволяє ефективно розпізнавати, усвідомлювати і корегувати тілесні прояви психоемоційного

напруження. Це є необхідною передумовою для успішного застосування вправ наступних модулів програми.

Сканування тіла є однією з базових практик тілесно-орієнтованої терапії, що дозволяє учасникам розвивати інтероцептивну усвідомленість та виявляти психосоматичні прояви напруження. Ця вправа полягає у послідовному зверненні уваги на різні частини тіла та усвідомленні фізичних відчуттів, таких як тяжкість, напруження, тепло чи дискомфорт. Учасники навчаються не оцінювати, а спостерігати, що формує базову здатність відокремлювати тілесні відчуття від емоційних суджень і реакцій.

Практика body scan допомагає виявити «хронічні патерни напруження», які можуть бути пов’язані з тривожністю чи емоційним вигоранням. Усвідомлення цих сигналів створює можливість їх подальшої корекції за допомогою релаксаційних та сенсомоторних вправ. Крім того, регулярне спостереження за тілесними відчуттями сприяє розвитку самоконтролю та зменшенню автоматичної соматизації стресових переживань.

У процесі виконання вправи важливо, щоб учасники відчували підтримку і відсутність оцінки від терапевта. Це дозволяє більш глибоко занурюватися у власні тілесні відчуття, не боячись критики або неправильності сприйняття. Вправа також готує до інтеграції тілесного досвіду з емоційними переживаннями в наступних модулях.

Сканування тіла можна проводити як у індивідуальному форматі, так і у групі, поступово збільшуючи тривалість та складність. Керівник терапевтичної сесії може направляти увагу учасників на дихання, м’язові групи або внутрішні органи, що дозволяє більш чітко виявляти психосоматичні прояви та регулювати їх.

Оцінка ефективності цієї практики здійснюється через суб’єктивні відчуття учасників**,** спостереження за зменшенням напруження та порівняння балів SSS-8 до та після циклу вправ. Такий підхід дозволяє перевіряти безпосередній вплив на психосоматичні скарги та рівень тілесної усвідомленості.

Легка групова інтеракція виконує функцію соціальної підтримки та адаптації учасників до групової роботи з тілом і емоціями. Під час цієї вправи клієнти знайомляться між собою, обговорюють базові відчуття та обмінюються досвідом, що сприяє формуванню довіри та психологічної безпеки. Взаємодія в групі дозволяє знизити соціальний страх і стрес, пов’язаний з експресією тілесних або емоційних проявів.

Основне завдання групової інтеракції – навчити учасників спостерігати за іншими, не оцінюючи їхні прояви, та формувати навички емпатії. Це створює базу для подальшої роботи з тілом у груповому форматі, коли учасники будуть виконувати вправи на релаксацію, сканування тіла або рухові патерни.

Важливим аспектом є структурованість взаємодії: терапевт визначає правила, наприклад, говорити лише про вл Дихальні практики є основою роботи з психоемоційним напруженням у психосоматичних станах. Вони спрямовані на регуляцію вегетативної нервової системи, що безпосередньо впливає на прояви психосоматичних скарг. Усвідомлене дихання дозволяє знижувати активацію симпатичної нервової системи, зменшуючи серцебиття, м’язову напругу та тривожність. Цей підхід підтримується науковими даними про ефективність дихальних технік у контролі стресу та психосоматичних симптомів [57,73].

Учасники програми вчаться фокусувати увагу на ритмі дихання, відчуваючи вдих, паузу та видих. Наприклад, використовується схема «4-4-6», де вдих триває 4 секунди, пауза 4 секунди, а видих — 6 секунд. Така методика стимулює активацію парасимпатичної системи, сприяючи відновленню балансу між психічними та тілесними процесами.

Практика дихання також розвиває інтероцептивну увагу, дозволяючи учасникам помічати ранні тілесні ознаки стресу чи тривожності. Це важливо для психосоматичних скарг, оскільки своєчасне усвідомлення фізичних сигналів дозволяє запобігти їх хронізації та трансформації у соматичні симптоми.

Важливим аспектом є поступовість і безпечність виконання дихальних вправ. Терапевт контролює інтенсивність, адаптуючи техніку під індивідуальні

можливості та стан учасника. У разі підвищеної тривожності або дискомфорту вправи можна скоротити або виконувати під супервізією, щоб уникнути вторинного травмування.

Оцінка ефективності дихальних практик здійснюється через суб'єктивні відчуття учасників, зміни балів HAM-A та SSS-8, а також спостереження за м'язовою напругою та серцебиттям. Регулярне застосування дихальних технік сприяє формуванню стійких навичок саморегуляції та зниженню психосоматичних проявів у повсякденному житті.

Прогресивна м'язова релаксація (ПМР) є ключовою методикою психофізіологічної релаксації, яка спрямована на усвідомлення та зниження м'язового напруження, пов'язаного з психоемоційним стресом. Напруження м'язів у психосоматичних станах часто відображає психологічне напруження та тривожність, тому ПМР допомагає звільнити тіло від «записаного» стресу та знизити інтенсивність соматичних скарг.

Учасники по черзі напружують і розслабляють різні групи м'язів, спостерігаючи за відчуттями в тілі. Це дозволяє відрізняти стан напруження від розслаблення, формує усвідомлену контрольовану реакцію на тілесні відчуття та розвиває тілесну усвідомленість.

Прогресивна м'язова релаксація також стимулює психофізіологічну інтеграцію, оскільки процес напруження і розслаблення допомагає учаснику пов'язати фізичні відчуття з емоційними переживаннями. Це сприяє кращому розумінню механізмів психосоматичних скарг і створює основу для інтеграції тілесних і психологічних вправ у наступних модулях.

Методика адаптується під індивідуальні можливості: інтенсивність напруження, тривалість та послідовність груп м'язів регулюється терапевтом, щоб уникнути дискомфорту або перенавантаження. Учасники можуть починати з коротких циклів (5–10 хвилин), поступово збільшуючи час виконання до повного сеансу.

Оцінка ефективності ПМР включає суб'єктивні відчуття релаксації, зменшення напруження та покращення самопочуття. Регулярне використання

прогресивної м’язової релаксації у поєднанні з дихальними вправами формує стійкі навички психофізіологічної саморегуляції, що знижують ймовірність психосоматичних проявів.

Сенсомоторні вправи та легка розтяжка доповнюють дихальні практики та прогресивна м’язова релаксація, дозволяючи підвищити гнучкість тіла, усвідомленість рухів і знизити м’язове напруження, що підтримує психосоматичні симптоми. Учасники виконують прості рухи, фокусуючи увагу на відчуттях у різних частинах тіла, спостерігаючи за зміною тонусу та відчуттями комфорту чи дискомфорту.

Ця практика допомагає виявити хронічні тілесні блоки, що можуть бути наслідком тривожності або емоційного вигорання, і сприяє їх поступовому розслабленню. Рухові вправи також дозволяють інтегрувати тілесні відчуття з психоемоційними процесами, формуючи усвідомлений контроль над реакціями тіла.

Терапевт підбирає вправи відповідно до стану учасника, поступово збільшуючи складність і тривалість. Важливо зберігати індивідуальний підхід**,** спостерігаючи за рівнем напруження та дискомфорту. Головна мета — не максимальна фізична розтяжка, а усвідомлене відчуття свого тіла і здатність регулювати м’язовий тонус**.**

Оцінка ефективності проводиться через суб’єктивні відчуття легкості, зменшення напруження, а також за допомогою повторного заповнення MAIA-2ukr та SSS-8. Регулярне виконання сенсомоторних вправ у поєднанні з дихальними та релаксаційними техніками сприяє зниженню психосоматичних скарг та формує навички саморегуляції у повсякденному житті.

Модуль 3. Розвиток тілесної усвідомленості

Ціль: формування навичок інтероцептивної уваги та усвідомлення психофізіологічних сигналів.

Завдання:

- Навчити розпізнавати внутрішні тілесні сигнали (серцебиття, напруження, дихання).

- Виявляти «слабкі місця» соматизації.

Вправи:

- Body scan з фокусом на конкретні органи та відчуття.
- Усвідомлена ходьба та мікрорухи для виявлення тілесних патернів.

Оцінка та контроль:

- MAIA-2ukr після циклу вправ для оцінки зростання тілесної усвідомленості.
- Порівняння SSS-8 для визначення зменшення скарг.

Body Scan залишається базовою практикою для формування інтероцептивної уваги, проте у цьому модулі увага учасників спрямовується на конкретні органи та ділянки тіла. Такий фокус допомагає глибше усвідомлювати тілесні сигнали**,** що пов’язані з психоемоційним станом та психосоматичними скаргами. Учасники вчаться розпізнавати дрібні зміни тонусу, напруження або тепла, що дозволяє своєчасно реагувати на прояви тривожності чи стресу.

Ця практика розвиває спостережливість і уважність до внутрішніх сигналів організму. Учасники усвідомлюють, як емоційний стан відображається на фізіології: наприклад, стискання щелепи, напруга плечей, прискорене серцебиття. Таке усвідомлення створює передумови для активної корекції психосоматичних проявів через релаксаційні та рухові техніки.

Body Scan також формує контрольовану дистанцію між спостереженням і оцінкою, що знижує автоматичну реакцію на стресові сигнали та запобігає хронізації психосоматичних симптомів. Поступовий перехід від загального сканування до фокусованого дозволяє поступово підвищувати тілесну чутливість без ризику перенавантаження.

У процесі виконання терапевт інструктує учасників, щоб вони не намагалися змінити відчуття, а лише спостерігали їх. Це підвищує усвідомленість і допомагає розпізнати фізіологічні маркери стресу. Регулярне застосування body scan у цьому форматі стимулює своєчасне виявлення

психосоматичних проявів та підвищує ефективність подальших практичних модулів.

Оцінка ефективності здійснюється через повторне тестування MAIA-2ukr та SSS-8, а також за допомогою щоденників відчуттів, що дозволяють відстежувати зміни в тілесній усвідомленості та зменшенні психосоматичних скарг.

Усвідомлена ходьба та мікрорухи є ефективними інструментами розвитку тілесної усвідомленості у динаміці. Під час таких вправ учасники фокусують увагу на відчуттях підошви, суглобів та динаміці руху, помічають зміну тонусу м'язів і баланс тіла. Це сприяє поглибленому сприйняттю внутрішніх сигналів**,** що пов'язано з психосоматичними проявами.

Мікрорухи дозволяють виявляти «заблоковані» зони та напружені м'язи, які можуть бути наслідком тривожності, вигорання або хронічного стресу. Через повільні, усвідомлені рухи учасники навчаються регулювати тілесний тонус та інтегрувати психофізіологічний досвід, формуючи усвідомлену реакцію на стресові подразники.

Ця практика також сприяє активації тілесної пам'яті: учасники відчувають, як минулі стресові або травматичні переживання впливають на їхню поставу, рухи та м'язовий тонус. Усвідомлення цих патернів створює можливість коригувати автоматичні соматичні реакції, що є важливою складовою роботи з психосоматичними скаргами.

Важливим аспектом є регулювання інтенсивності рухів та тривалості практики**.** Терапевт інструктує учасників, щоб вони поступово входили в усвідомлену рухову активність**,** уникаючи перенавантаження та дискомфорту. Це особливо важливо для осіб із хронічними соматичними симптомами.

Оцінка ефективності включає спостереження за зміною м'язового тонусу, легкістю рухів та рівнем психоемоційного напруження, а також повторне тестування MAIA-2ukr і SSS-8. Усвідомлена ходьба і мікрорухи формують стійкі навички саморегуляції та тілесної усвідомленості, що знижують ризик психосоматичних проявів у повсякденному житті.

Інтероцептивні вправи спрямовані на розвиток здатності помічати внутрішні фізіологічні сигнали, такі як серцебиття, ритм дихання, напруга м’язів чи теплові відчуття. Учасники навчаються спостерігати ці сигнали без оцінки**,** що допомагає розвинути усвідомлення психофізіологічного стану.

Такі вправи дозволяють виявити первинні ознаки психосоматичних скарг і зрозуміти, як емоційний стан трансформується у тілесні прояви. Наприклад, прискорене серцебиття при тривожності може супроводжуватися напругою плечей або стисканням щелепи. Усвідомлення цих патернів створює базу для регуляції фізіологічних реакцій і запобігання хронізації симптомів.

Вправи включають короткі паузи для спостереження за тілом, увагу на диханні, серцебитті, відчутті тяжкості або розслаблення в різних ділянках тіла. Терапевт супроводжує процес, допомагаючи учасникам концентрувати увагу і уникати перенавантаження психоемоційного або фізичного стану.

Регулярне виконання інтероцептивних вправ сприяє підвищенню рівня MAIA-2ukr, розвитку тілесної усвідомленості та зниженню частоти і інтенсивності психосоматичних скарг. Вправа також формує навички самоспостереження та своєчасного реагування на сигнали тіла, що є важливою складовою саморегуляції.

Таким чином, поєднання body scan, усвідомленої ходьби, мікрорухів та інтероцептивних вправ дозволяє створити комплексний підхід до розвитку тілесної усвідомленості, що підвищує ефективність роботи з психосоматичними проявами та готує учасників до наступних модулів програми.

Модуль 4. Інтеграція емоційного досвіду та тілесної практики

Ціль**:** знизити непряме вираження емоцій через тіло.

Завдання:

- Навчити вербалізувати відчуття та емоції.
- Підвищити здатність регулювати психоемоційний стан через тіло.

Вправи:

- Ведення «тілесного щоденника» (опис відчуттів і емоцій).
- Парні чи групові бесіди після тілесних вправ.

- Вправи на м’яке відпускання м’язового напруження при усвідомленні негативних емоцій.

Оцінка та контроль:

- Щоденник + оцінка SSS-8 та HAM-A.

Спостереження за зміною патернів поведінки та тілесних реакцій

У цьому блоці учасники вчаться пов’язувати свої тілесні відчуття з емоційними станами. Цей підхід ґрунтується на принципі єдності психіки та тіла, де психоемоційні переживання часто проявляються через тілесні сигнали, такі як напруга м’язів, зміни серцебиття або дихання. Усвідомлення цих зв’язків дозволяє учасникам краще розпізнавати власні емоції та їхні психосоматичні прояви.

Вправи включають фокусування уваги на конкретні емоції під час body scan, легкі рухові вправи та дихальні практики. Учасники описують свої відчуття, помічають закономірності та тренуються пов’язувати фізичні прояви з емоційними реакціями. Такий процес формує навички інтеграції психофізіологічного досвіду**,** що є основою для регуляції психосоматичних скарг.

Під час виконання цих вправ терапевт надає підтримку та інструктаж, допомагаючи учасникам усвідомлювати емоційні реакції без оцінки та критики. Це створює безпечне середовище, де можлива відверта робота з внутрішніми переживаннями, знижує тривожність і ризик соматизації стресу.

Регулярне виконання вправ на усвідомлення емоцій через тіло сприяє зменшенню тривожності та психосоматичних проявів, оскільки учасники вчаться своєчасно розпізнавати перші ознаки психоемоційного напруження та застосовувати методи релаксації.

Оцінка ефективності включає самозвіти учасників, записи у щоденниках відчуттів та повторне тестування MAIA-2ukr, SSS-8 і HAM-A**.** Відстеження змін дозволяє коригувати програму та підвищувати ефективність інтеграції тілесної та емоційної роботи.

Сенсомоторна експресія дозволяє учасникам підтвердити і виразити свої емоції через рухи тіла, що сприяє розвантаженню психоемоційного напруження. Цей підхід базується на ідеї, що психосоматичні скарги часто є результатом пригнічення або невисловлення емоцій, що накопичуються у м'язах і внутрішніх органах.

Вправи включають повільні, усвідомлені рухи, жестові патерни, міміку та легкі ритмічні рухи, які відповідають переживаним емоціям. Учасники навчаються не стримувати емоції, а спостерігати за тілесною їх експресією, що дозволяє зменшити напруження і формує навички інтеграції психофізіологічного досвіду.

Терапевт забезпечує поступовий підхід і безпечне середовище, контролюючи інтенсивність рухів та емоційного вираження. Учасники можуть самостійно вибирати рівень вираження, що сприяє відчуттю контролю та безпеки.

Сенсомоторна експресія сприяє розвантаженню тілесної пам'яті стресу, допомагає усвідомити, як пригнічені емоції проявляються у психосоматичних симптомах, і створює можливість для їх свідомої корекції.

Оцінка ефективності проводиться через суб'єктивні відчуття учасників, щоденники відчуттів та повторне тестування психосоматичних скарг (SSS-8, HAM-A). Результати демонструють зниження психосоматичних проявів і підвищення здатності усвідомлювати емоційні та тілесні сигнали.

Цей підблок спрямований на поєднання всіх освоєних технік у комплексну практику, що дозволяє учасникам відчути єдність психофізіологічного досвіду. Поєднання дихальних практик, сенсомоторних рухів та усвідомлення емоцій формує стійкі навички саморегуляції, зменшує психосоматичне напруження та підвищує інтероцептивну усвідомленість.

Інтеграційні вправи дозволяють учасникам практикувати послідовність дій у повсякденному житті, помічати сигнали тіла під час стресових ситуацій і своєчасно застосовувати релаксаційні та рухові техніки. Це сприяє зниженню інтенсивності та частоти психосоматичних проявів.

Терапевт надає керівництво щодо чергування та поєднання практик**,** допомагаючи учасникам знаходити індивідуальні патерни інтеграції. Учасники навчаються відчувати, як зміна дихання чи руху впливає на емоційний стан, і як усвідомлене спостереження за тілесними сигналами може запобігати соматизації стресу.

Регулярне виконання інтеграційних вправ підвищує резильєнтність, здатність до саморегуляції та контролю над психосоматичними проявами**.** Цей підхід формує основу для подальшої самостійної роботи учасників з тілесною усвідомленістю і психоемоційним станом.

Оцінка ефективності інтеграційного блоку здійснюється через анкетування, щоденники відчуттів, повторне тестування MAIA-2ukr, SSS-8 та HAM-A, що дозволяє визначити зміни у психофізіологічній регуляції та зниження психосоматичних скарг.

Модуль 5. Робота з хронічним напруженням та «тілесними блоками»

Ціль: зменшити соматизацію через усунення тілесних напружень.

Завдання:

- Виявити хронічні м’язові блоки, що підтримують психосоматичні скарги.
- Підвищити гнучкість та контроль за тілесним станом.

Вправи:

- Легкі розтяжки, спрямовані на «заблоковані» зони.
- Мікрорухи та рухові патерни для «розморожування» тіла.
- Усвідомлена релаксація після роботи з тілом.

Одним із центральних завдань тілесно-орієнтованої психологічної допомоги при психосоматичних скаргах є робота з хронічним м’язовим напруженням, яке формується як результат тривалого психоемоційного стресу та неусвідомленого емоційного стримування. У межах тілесно-орієнтованого підходу таке напруження розглядається не лише як фізіологічне явище, а як тілесний еквівалент психологічного досвіду**,** що зберігає сліди невирішених конфліктів, тривоги, страху або пригнічених афектів. Саме тому «тілесні блоки»

виступають важливим механізмом підтримки психосоматичних скарг у дорослому віці.

Ціллю даного модуля є зменшення рівня соматизації шляхом поступового усунення хронічних тілесних напружень та відновлення природної рухливості й чутливості тіла. Увага спрямовується не на інтенсивне фізичне навантаження, а на делікатну роботу з тілом, яка поєднує усвідомлення, рух і регуляцію дихання. Такий підхід дозволяє уникнути повторної травматизації та створює умови для безпечного вивільнення накопиченої напруги.

Першим завданням у межах цього модуля **є** виявлення зон хронічного м’язового напруження**,** які часто залишаються поза усвідомленням клієнта. Як правило, такими зонами є плечовий пояс, шия, нижня частина спини, грудна клітка, діафрагма та м’язи обличчя. У процесі роботи учасники навчаються помічати характерні тілесні сигнали — скутість, важкість, біль, відчуття «замороженості» або надмірного контролю. Усвідомлення цих зон є першим кроком до розриву автоматичних тілесно-емоційних патернів, що підтримують психосоматичні скарги.

Другим важливим завданням є підвищення гнучкості та здатності до регуляції власного тілесного стану. У цьому контексті гнучкість розглядається не лише як фізична характеристика, а й як психологічна здатність переходити від напруження до розслаблення, від контролю до дозволу, від стримування до м’якої експресії. Розвиток цієї здатності сприяє формуванню більш адаптивних стратегій реагування на стресові ситуації та знижує ризик тілесної фіксації психоемоційної напруги.

Практична частина модуля включає легкі розтяжки, спрямовані на найбільш напружені та «заблоковані» ділянки тіла. Вправи виконуються у повільному темпі, з постійним фокусом на тілесні відчуття та дихання. Акцент робиться не на досягненні максимальної амплітуди руху, а на якості контакту з тілом і здатності помічати зміни у відчуттях. Такий формат роботи дозволяє поступово знижувати м’язову гіпертонію та відновлювати відчуття тілесної цілісності.

Окреме місце займають мікрорухи та повторювані рухові патерни**,** спрямовані на так зване «розморожування» тіла. Мікрорухи дозволяють обійти захисні механізми контролю та працювати з напруженням на глибшому рівні, не викликаючи опору. Повільні, ритмічні рухи допомагають активізувати пропріоцептивну та інтероцептивну чутливість, що є ключовим чинником у відновленні тілесної усвідомленості та зменшенні психосоматичних проявів.

Завершальним етапом кожного заняття **є** усвідомлена релаксація після роботи з тілом**,** яка дозволяє інтегрувати отриманий досвід. У фазі релаксації учасники фокусуються на відчуттях тепла, тяжіння, пульсації або спокою в тілі, відстежуючи зміни у загальному стані. Цей етап є надзвичайно важливим, оскільки він закріплює новий тілесний досвід і формує позитивний зв’язок між усвідомленим рухом, розслабленням і зниженням психосоматичних скарг.

Таким чином, робота з хронічним напруженням та тілесними блоками виступає ключовим компонентом програми психологічної допомоги**,** оскільки вона безпосередньо впливає на механізми соматизації. Через поступове зниження м’язової гіпертонії, розвиток тілесної гнучкості та відновлення здатності до релаксації створюються умови для більш глибокої психоемоційної регуляції та зменшення інтенсивності психосоматичних скарг у дорослих.

Модуль 6. Формування навичок саморегуляції та профілактики

Ціль: забезпечити стійке зниження психосоматичних скарг після завершення програми.

Завдання:

- Навчити самостійно застосовувати релаксаційні та тілесні вправи.
- Формувати навички запобігання накопиченню психоемоційного напруження.

Вправи:

- Комплекс «ранкова та вечірня саморегуляція» (дихання, сканування тіла, короткі сенсомоторні вправи).
- Вправи на усвідомлення емоцій і планування поведінкових реакцій.

- Підтримка тілесної усвідомленості у щоденних активностях (робота, побут, спорт).

Оцінка та контроль:

- Повторне тестування SSS-8, HAM-A, MBI, MAIA-2ukr.

Аналіз динаміки змін та ефективності програми.

На цьому етапі учасники здійснюють повторне виконання основних вправ, освоєних у попередніх модулях: body scan, дихальні практики, прогресивна м’язова релаксація, усвідомлена ходьба та сенсомоторні вправи. Основна мета – закріплення навичок тілесної усвідомленості та саморегуляції, що сприяє тривалому зниженню психосоматичних скарг.

Повторне виконання практик дозволяє підвищити автоматизацію навичок, коли учасники можуть самостійно регулювати психофізіологічні реакції у повсякденному житті. Крім того, зворотний зв’язок від терапевта та групи допомагає коригувати техніку виконання і глибину усвідомлення**.**

Важливою складовою підсумкового повторення є усвідомлення змін у власних тілесних та емоційних реакціях. Учасники порівнюють свої початкові відчуття та рівень напруження з теперішніми, що формує відчуття прогресу та мотивує до подальшої практики.

Терапевт стимулює учасників відслідковувати вплив різних практик на психосоматичні скарги, заохочуючи робити помітки у щоденнику відчуттів. Це дозволяє формувати індивідуальні патерни саморегуляції, які учасники зможуть застосовувати самостійно.

Оцінка ефективності підсумкового повторення включає аналіз щоденників, суб’єктивні відчуття учасників, повторне тестування MAIA-2ukr, SSS-8 та HAM-A. Ці дані дозволяють оцінити динаміку зменшення психосоматичних проявів і рівень розвитку тілесної усвідомленості.

Учасники створюють особистий план підтримки тілесної та емоційної регуляції, що включає регулярне виконання дихальних вправ, body scan, сенсомоторних та інтероцептивних практик. Цей план враховує індивідуальні особливості, рівень психосоматичних скарг та фізичні можливості.

Індивідуальний план дозволяє переносити навички з групових занять у повсякденне життя, що є критично важливим для довгострокового зниження психосоматичних проявів. Учасники визначають частоту вправ, тривалість та пріоритетні техніки, що відповідають їхнім потребам.

Терапевт допомагає коригувати план, враховуючи індивідуальні труднощі та фізіологічні особливості, а також демонструє способи інтеграції практик у різні життєві ситуації, наприклад, під час роботи, стресу або тривожності.

Важливо, що план передбачає самоспостереження через щоденник відчуттів, що дозволяє відслідковувати ефективність самостійної практики, зміни в психосоматичних скаргах та рівень тілесної усвідомленості. Це також формує навички самостійної психологічної роботи та саморегуляції.

Оцінка ефективності індивідуального плану здійснюється через повторне тестування MAIA-2ukr, SSS-8 та HAM-A після завершення програми**,** а також за допомогою аналізу записів у щоденниках відчуттів. Успішна реалізація плану підтверджує ефективність інтеграції тілесно-орієнтованих технік у повсякденне життя та зниження психосоматичних проявів.

На завершальному етапі учасники проводять групову рефлексію, обговорюючи власний досвід, зміни у відчуттях та психоемоційному стані. Цей процес дозволяє усвідомити прогрес, підтримати мотивацію та інтегрувати знання в майбутню практику.

Рефлексія сприяє усвідомленню причинно-наслідкових зв’язків між тілесними реакціями, емоційним станом та психосоматичними скаргами. Обговорення в групі дозволяє порівняти власний досвід із досвідом інших, що підвищує соціальну підтримку та формує відчуття спільності.

Терапевт стимулює учасників аналізувати динаміку змін у психосоматичних скаргах і рівні тілесної усвідомленості, оцінювати ефективність конкретних практик і планувати подальші самостійні вправи.

Рефлексія також дозволяє виявити індивідуальні труднощі та бар’єри**,** що виникають у процесі самостійної практики, і розробити стратегії їх подолання. Це є важливою складовою формування стійких навичок саморегуляції**.**

Підсумкова оцінка ефективності модулю включає аналіз щоденників, повторне тестування MAIA-2ukr, SSS-8, HAM-A та суб'єктивну оцінку учасників. Успішне завершення модуля засвідчує готовність учасників до самостійного використання тілесно-орієнтованих технік для зниження психосоматичних скарг у повсякденному житті.

Висновок до розділу 3

У розділі 3 представлено комплексну, теоретично обґрунтовану та практично орієнтовану програму психологічної допомоги дорослим з психосоматичними скаргами засобами тілесно-орієнтованої терапії, побудовану з урахуванням сучасних наукових підходів до розуміння психологічних механізмів виникнення психосоматичних скарг: тривожності, емоційного вигорання та недостатньої тілесної усвідомленості. Представлений теоретичний аналіз підкреслює, що психосоматичні скарги є багатофакторним явищем і розглядаються як результат взаємодії психоемоційних, когнітивних та тілесних процесів. А отже, психологічна допомога на базі тілесно-орієнтованої психотерапії дозволяє впливати на психосоматичні симптоми через роботу з тілесними відчуттями, рухом і тілесною усвідомленістю, інтегруючи їх із психоемоційними процесами.

Запропонована нами програма психологічної допомоги дорослим з психосоматичними скаргами засобами тілесно-орієнтованої психології базується на наступних принципах: цілісності психіки та тіла; багатовимірної роботи з тілом; психо-фізіологічної регуляції; інтеграції вербального та тілесного досвіду; індивідуалізації та адаптивності; поступовості та безпеки.

Зміст програми складають шість модулів, які забезпечують послідовну роботу з психологічними механізмами психосоматичних скарг, а саме зниження психоемоційного навантаження через зниження рівня тривожності та емоційного вигорання; підвищення здатності до саморегуляції і контролю за соматичними проявами через розвиток тілесної усвідомленості; трансформацію

психоемоційного напруження у контрольований досвід, а не у психосоматичну симптоматику через інтеграцію тілесної та психологічної роботи.

Для кожного напряму роботи детально представлені практичні рекомендації, які є теоретичним підгрунттям та практичними орієнтирами для фахівців у проведенні занять і підборі комплексів тілесно-орієнтованої психологічної допомоги. Відмічена ключова роль психоедукаційної складової під час практичних занять: пояснення виникнення тілесних реакцій та їх звязку з емоційними станами. Акцентована увага на розвитку низки навичок інтроцепції: здатності помічати внутрішні фізіологічні сигнали, увага та усвідомленість психосоматичних проявів напруження та навпаки, субєктивних відчуттів релаксації, зменшення напруження та покращення самопочуття. Детально розкрите значення сенсомотоної експресії, яка сприяє розвантаженню психоемоціного напруження. Підкреслена важливість соціальної підтримки та адаптації учасників до групової роботи з тілом і емоціями, формуванню довіри та психологічної безпеки. Особливим надбанням запропонованої програми є останній модуль, який присвячений закріпленню навичок тілесної усвідомленості та саморегуляції, що полягає у створенні індивідуальних практичних програм учасників, і сприяє тривалому зниженню психосоматичних скарг та самостійному застосуванню тілесно-орієнтованої допомоги в повсякденному житті.

Розроблена програма психологічної допомоги, побудована на засадах тілесно-орієнтованої терапії, є комплексною та науково обґрунтованою моделлю зниження психосоматичних скарг у дорослому віці. Вона поєднує роботу з тілесною усвідомленістю, хронічним м’язовим напруженням, емоційною регуляцією та психофізіологічною релаксацією, що дозволяє впливати на ключові психологічні механізми соматизації. Послідовна структура програми забезпечує поступовий перехід від формування відчуття безпеки та базового контакту з тілом до глибшої інтеграції тілесного й емоційного досвіду, що сприяє зниженню інтенсивності психосоматичних проявів і підвищенню здатності до саморегуляції.

Практична цінність програми полягає в її орієнтації на розвиток стійких навичок усвідомлення та управління власним тілесно-емоційним станом, які можуть бути використані учасниками у повсякденному житті. Завдяки м’якому, недирективному характеру тілесних вправ і акценту на інтероцептивній чутливості програма є безпечною, адаптивною та придатною для застосування в психологічній практиці з дорослими, які мають психосоматичні скарги різного походження. У цілому вона створює умови не лише для тимчасового зменшення симптоматики, а й для формування більш цілісного ставлення до власного тіла як ресурсу психологічної стабільності та відновлення.

ВИСНОВКИ

Ми можемо зробити висновок, що виділяють численні соціально-психологічні фактори, які спричиняють виникнення психосоматичних проявів. Серед них – хронічна стресогенність життєвого середовища, яка проявляється в тривалій дії стресових обставин: професійні перевантаження, нестабільність, рольові конфлікти. Такі умови поступово виснажують адаптаційні ресурси дорослої людини й створюють фон для появи психосоматичних скарг.

Дефіцит підтримуючих міжособистісних стосунків, відсутність безпечного простору для обговорення переживань та низька доступність психологічної допомоги сприяють накопиченню психоемоційної напруги, що підвищує ризик її тілесного прояву.

Умови соціалізації, в яких заохочується контроль, витримка та знецінюється емоційна експресія, формують схильність до непрямого вираження внутрішнього дискомфорту, зокрема через тілесні скарги. [74].

Затяжні кризові періоди, пов’язані з втратами, змінами соціального статусу чи порушенням життєвих планів, створюють підвищене навантаження

на психіку дорослої людини та можуть слугувати фоном для появи психосоматичних скарг.

Недостатня сформованість навичок самоспостереження, осмислення власних переживань і звернення по допомогу розглядається як умова, що ускладнює психологічну переробку напруження та підвищує ймовірність його тілесної фіксації.

Тривожність є важливим психологічним механізмом у формуванні психосоматичних скарг, що підвищує ризик розвитку соматичних симптомів (головний біль, порушення сну, хронічну втому, болі в м'язах, серцево-судинні та шлунково-кишкові розлади) навіть за відсутності органічних захворювань [75].

Сучасні моделі психосоматичного здоров'я підкреслюють, що психосоматичні скарги не є ознакою «слабкості» чи «симуляції», а відображають реальну адаптаційну реакцію організму на психоемоційні навантаження[7].

Глибинним механізмом виникнення психосоматичних скарг та симптомів є тілесна дисрегуляція та слабка самоусвідомленість фізичних сигналів тіла. Сучасні психофізіологічні теорії підкреслюють роль центральної нервової системи в регуляції тілесних проявів емоцій. Наприклад, активність лимбічної системи та префронтальної кори пов'язана з модулюванням емоційного стану та стресової реакції, що впливає на інтенсивність психосоматичних симптомів [56, 76].

У системі психотерапевтичних підходів тілесно-орієнтована терапія посідає проміжне місце між психодинамічними, гуманістичними та сучасними інтегративними моделями. Вона поєднує психоаналітичні уявлення про несвідомі процеси з гуманістичною орієнтацією на цілісність особистості та її здатність до саморегуляції. Водночас ТОТ активно використовує дані нейропсихології, психофізіології та теорії стресу, що розширює її наукову обґрунтованість.

Методологічною основою тілесно-орієнтованої терапії є холістичний підхід, відповідно до якого людина розглядається як цілісна система, в якій психічні та тілесні процеси перебувають у постійній взаємодії. Така позиція заперечує редукціоністське розуміння симптомів і передбачає аналіз психологічних труднощів у контексті цілісного досвіду особистості.

Проведене емпіричне дослідження дозволило комплексно проаналізувати психосоматичні скарги у дорослому віці крізь призму ключових психологічних механізмів, а саме тривожності, емоційного виснаження (вигорання) та тілесної (інтероцептивної) усвідомленості. Обраний методологічний підхід, що поєднував оцінку соматичних симптомів із вимірюванням психоемоційних і тілесних показників, підтвердив доцільність розгляду психосоматичних скарг як функціонального тілесного реагування на хронічний психологічний дистрес, а не як ізольованих соматичних феноменів.

Аналіз результатів за опитувальником SSS-8 засвідчив високий та дуже високий рівні психосоматичного дистресу у всіх учасників дослідження. Найбільш вираженими виявилися скарги, пов’язані з хронічною втомою, виснаженням, порушеннями сну та головним болем. Такий симптоматичний профіль відповідає сучасним психосоматичним моделям, які розглядають ці прояви як найбільш чутливі індикатори тривалого стресу та порушення психофізіологічної регуляції. Водночас відносно нижча інтенсивність гастроінтестинальних і кардіореспіраторних скарг може свідчити про індивідуальні відмінності в когнітивній інтерпретації тілесних сигналів і різні способи соматизації психоемоційного напруження.

Отримані дані щодо рівня тривожності за методикою HADS підтвердили, що тривожність є одним із провідних психологічних механізмів психосоматичних скарг у дорослих. Підвищені показники тривожності в поєднанні з помірною депресивністю свідчать про наявність стійкої емоційної дисрегуляції, яка посилює тілесну настороженість та знижує поріг чутливості до соматичних відчуттів. Дані шкал Гамільтона додатково підтвердили соматизований характер тривожних і депресивних станів, що проявляється через порушення сну, втому, м’язову напругу та зниження загальної активності.

Результати дослідження емоційного вигорання за методикою MBI вказують на значну поширеність високого рівня емоційного виснаження серед респондентів. Високі показники за шкалою емоційного виснаження у більшості

учасників підтверджують роль хронічного стресу та перевантаження як чинників, що підривають адаптаційні ресурси особистості. Помірна вираженість деперсоналізації та збережений середній рівень відчуття професійних досягнень дозволяють розглядати вигорання у вибірці не лише як професійний синдром, а як ширший психофізіологічний стан, тісно пов’язаний із соматизацією емоційного напруження.

Аналіз тілесної (інтероцептивної) усвідомленості за методикою MAIA-2ukr продемонстрував помірно знижений рівень як усвідомлення тілесних відчуттів, так і здатності до тілесної саморегуляції. Отримані результати свідчать про те, що для значної частини дорослих тіло сприймається переважно як джерело дискомфорту, а не як ресурс відновлення та регуляції. Дефіцит інтероцептивної усвідомленості у поєднанні з високою тривожністю та емоційним виснаженням створює сприятливі умови для накопичення психоемоційної напруги та її фіксації на тілесному рівні.

Узагальнюючи результати емпіричного дослідження, можна стверджувати, що психосоматичні скарги у дорослому віці формуються внаслідок взаємодії кількох взаємопов’язаних психологічних механізмів: хронічної тривожності, емоційного виснаження та недостатньої тілесної усвідомленості. Отримані дані підтверджують гіпотезу про системний характер психосоматичних проявів і підкреслюють необхідність психологічних інтервенцій, спрямованих не лише на зниження симптомів, а й на відновлення емоційної регуляції та тілесної самосвідомості

У ході роботи представлено комплексну, теоретично обґрунтовану та практично орієнтовану програму психологічної допомоги дорослим з психосоматичними скаргами засобами тілесно-орієнтованої терапії, побудовану з урахуванням сучасних наукових підходів до розуміння психологічних механізмів виникнення психосоматичних скарг: тривожності, емоційного вигорання та недостатньої тілесної усвідомленості. Представлений теоретичний аналіз підкреслює, що психосоматичні скарги є багатофакторним явищем і розглядаються як результат взаємодії психоемоційних, когнітивних та тілесних

процесів. А отже, психологічна допомога на базі тілесно-орієнтованої психотерапії дозволяє впливати на психосоматичні симптоми через роботу з тілесними відчуттями, рухом і тілесною усвідомленістю, інтегруючи їх із психоемоційними процесами.

Запропонована нами програма психологічної допомоги дорослим з психосоматичними скаргами засобами тілесно-орієнтованої психології базується на наступних принципах: цілісності психіки та тіла; багатовимірної роботи з тілом; психо-фізіологічної регуляції; інтеграції вербального та тілесного досвіду; індивідуалізації та адаптивності; поступовості та безпеки.

Зміст програми складають шість модулів, які забезпечують послідовну роботу з психологічними механізмами психосоматичних скарг, а саме зниження психоемоційцного навантаження через зниження рівня тривожності та емоційного вигорання; підвищення здатності до саморегуляції і контролю за соматичними проявами через розвиток тілесної усвідомленості; трансформацію психоемоційного напруження у контрольований досвід, а не у психосоматичну симптоматику через інтеграцію тілесної та психологічної роботи.

Для кожного напряму роботи детально представлені практичні рекомендації, які є теоретичним підгрунттям та практичними орієнтирами для фахівців у проведенні занять і підборі комплексів тілесно-орієнтованої психологічної допомоги. Відмічена ключова роль психоедукаційної складової під час практичних занять: пояснення виникнення тілесних реакцій та їх звязку з емоційними станами. Акцентована увага на розвитку низки навичок інтроцепції: здатності помічати внутрішні фізіологічні сигнали, увага та усвідомленість психосоматичних проявів напруження та навпаки, субєктивних відчуттів релаксації, зменшення напруження та покращення самопочуття. Детально розкрите значення сенсомотоної експресії, яка сприяє розвантаженню психоемоціного напруження. Підкреслена важливість соціальної підтримки та адаптації учасників до групової роботи з тілом і емоціями, формуванню довіри та психологічної безпеки. Особливим надбанням запропонованої програми є останній модуль, який присвячений закріпленню навичок тілесної

усвідомленості та саморегуляції, що полягає у створенні індивідуальних практичних програм учасників, і сприяє тривалому зниженню психосоматичних скарг та самостійному застосуванню тілесно-орієнтованої допомоги в повсякденному житті.

Розроблена програма психологічної допомоги, побудована на засадах тілесно-орієнтованої терапії, є комплексною та науково обґрунтованою моделлю зниження психосоматичних скарг у дорослому віці. Вона поєднує роботу з тілесною усвідомленістю, хронічним м’язовим напруженням, емоційною регуляцією та психофізіологічною релаксацією, що дозволяє впливати на ключові психологічні механізми соматизації. Послідовна структура програми забезпечує поступовий перехід від формування відчуття безпеки та базового контакту з тілом до глибшої інтеграції тілесного й емоційного досвіду, що сприяє зниженню інтенсивності психосоматичних проявів і підвищенню здатності до саморегуляції.

Практична цінність програми полягає в її орієнтації на розвиток стійких навичок усвідомлення та управління власним тілесно-емоційним станом, які можуть бути використані учасниками у повсякденному житті. Завдяки м’якому, недирективному характеру тілесних вправ і акценту на інтероцептивній чутливості програма є безпечною, адаптивною та придатною для застосування в психологічній практиці з дорослими, які мають психосоматичні скарги різного походження. У цілому вона створює умови не лише для тимчасового зменшення симптоматики, а й для формування більш цілісного ставлення до власного тіла як ресурсу психологічної стабільності та відновлення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Alexander F. *Psychosomatic Medicine*. New York: Norton, 1950. 370 p.
2. Dunbar F. *Psychosomatic Diagnosis*. New York: Harper, 1943. 285 p.
3. Engel G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine // *Science.* 1977. Vol. 196, № 4286. P. 129–136.
4. Fava G. *Psychosomatic Medicine*. Basel: Karger, 2012. 312 p.
5. Henningsen P., Zipfel S., Herzog W. Management of functional somatic syndromes // *Lancet.* 2007. Vol. 369, P. 946–955.
6. Kroenke K. Patients presenting with somatic complaints // *Journal of General Internal Medicine.* 2003. Vol. 18, № 7. P. 475–481.
7. Lipowski Z. J. Somatization: The concept and its clinical application // *American Journal of Psychiatry.* 1988. Vol. 145, № 11. P. 1358–1368.
8. Lowen A. *Bioenergetics*. New York: Penguin Books, 1975. 320 p.
9. Ogden P., Minton K., Pain C. *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. New York: Norton, 2006. 343 p.
10. Reich W. *Character Analysis*. New York: Farrar, Straus & Giroux, 1949. 472 p.
11. Van der Kolk B. *The Body Keeps the Score*. New York: Viking, 2014. 464 p.
12. Schore A. N. *The Science of the Art of Psychotherapy*. New York: Norton, 2012. 388 p.
13. Barsky A. J., Orav E. J., Bates D. W. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity // *Archives of General Psychiatry.* 2005. Vol. 62, № 8. P. 903–910.
14. Barsky A. J., Peekna H. M., Borus J. F. Somatic symptom reporting in women and men // *Journal of General Internal Medicine.* 2001. Vol. 16, № 4. P. 266–275.
15. Borrell-Carrió F., Suchman A. L., Epstein R. M. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry // *Annals of Family Medicine.* 2004. Vol. 2, № 6. P. 576–582.
16. Бамбурак Н. Психологічний аналіз проблеми систематики психосоматичних розладів // *Зб. наук. праць Нац. акад. Держ. прикордон. служб. України. Серія: психологічні науки.* 2020. Том 14, № 3. С. 45–57.

17. Бамбурак Н. Концептуальні орієнтири дослідження проблеми психосоматичних розладів // *Зб. наук. праць Нац. акад. держ. прикордон. служби України. Серія: психологічні науки.* 2025. DOI:10.32453/5.v14i3.212

18. Босько В. Теоретико-емпіричний аналіз проблеми емоційного вигорання психологів сектору оборони та безпеки України // *Вісник Національного університету оборони України.* 2023. № 1(47). С. 33–45.

19. Drossman D. A. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features and Rome IV // *Gastroenterology.* 2016. Vol. 150, № 6. P. 1262–1279.

20. McEwen B. S. Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain // *Physiological Reviews.* 2007. Vol. 87, № 3. P. 873–904.

21. Mehling W. E., Wrubel J., Daubenmier J. J., Price C. J., Kerr C. E., Silow T., … Stewart A. Body awareness: construct and self-report measures // *PLoS One.* 2012. Vol. 7, № 11. e48230.

22. Огоренко В., Шустерман Т., Ліхолетов Є. Психосоматичний стан цивільних осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах воєнного конфлікту // *Psychosomatic Medicine and General Practice.* 2022. Режим доступу: https://uk.e-medjournal.com

23. Rief W., Broadbent E. Explaining medically unexplained symptoms—models and mechanisms // *Clinical Psychology Review.* 2007. Vol. 27, № 7. P. 821–841.

24. Rogers C. R. *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy.* Boston: Houghton Mifflin, 1961. 448 p.

25. Stone J., Carson A., Sharpe M. Functional symptoms and signs in neurology: assessment and diagnosis // *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry.* 2005. Vol. 76, № 4. P. 509–515.

26. Sobolta Y. The role of sustained long-term stress in the severity of somatization during the inpatient rehabilitation // *Kyiv Journal of Modern Psychology and Psychotherapy.* 2024. Vol. 8, № 2. P. 45–58.

27. Діагностика психосоматичних розладів: комплексний підхід // *Журн. «Перспективи та інновації науки», Серія «Психологія».* 2020. № 2. С. 12–24.

28. Проблема психосоматики у медицині: статистичні дані та клінічні аспекти / НАМН України. Київ, 2021. 78 с.

29. Грицик О.Ю. Історія становлення психосоматики як напряму науки. Архіваріус. 2020. №7 (52). С. 24–26.)

30. Freud, S. (1895/1950). Studies on Hysteria. London: Hogarth Press.

31. Freud, S. (1915/1957). The Unconscious. New York: Macmillan.

32. Perls, F., Hefferline, R., & Goodman, P. (1951).
Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality.
New York: Julian Press.

33. Bugental, J. F. T. (2000). *Psychotherapy and Process: The Fundamentals of an Existential-Humanistic Approach.* New York: W. W. Norton & Company.

34. Wolff H. Basic psychosomatic concepts // Postgraduate Medical Journal. 1971. Vol. 47, Issue 550. P. 525–532.

35. Mason J. W., Wolff C. T., Hofer M. A. Psychosomatic Medicine. Vol. 26, Issue 5: Clinical and experimental studies (частина співautorів) // Psychosomatic Medicine. 1964. P. 592–609.

36. Engel G. L. Biopsychosocial model of health and disease // Science Literature Review / Psychosomatics. (множинні публікації щодо концепції) 1977–2015.

37. Henningsen P. Management of somatic symptom disorder // Dialogues in Clinical Neuroscience. 2018. Vol. 20, № 1. P. 23–31. DOI: 10.31887/DCNS.2018.20.1/p

38. Ханецька Н. Психосоматика підлітків і молоді внаслідок подавлених заборонених емоцій у сімейному вихованні Scientific Journal «Psychology Travelogs», 2023, Issue 3. С.204-212

39. Sapolsky R. M. Why Zebras Don’t Get Ulcers / R. M. Sapolsky. - 3rd ed. - New York : Holt Paperbacks, 2004. - 488 s.

40. Thayer J. F., Lane R. D. A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation // Journal of Affective Disorders. - 2000. - Vol. 61, № 3. -P. 201-216

41. Mehling W. E., Wrubel J., Daubenmier J. J., Price C. J., Kerr C. E., Silow T., … Stewart A. Body awareness: construct and self-report measures // PLoS One. -2012. -Vol. 7, № 11. - Article e48230. - Режим доступу: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0048230

42. Uexküll J. von Theoretische Biologie. -Berlin: Springer, 1920. - 415 s.

43. Beck A. T. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. - New York: International Universities Press, 1976. -424 s.

44. Shirom A. Job-related burnout: a review // Research in Occupational Stress and Well-Being. -2003. - Vol. 3. - P. 1-28.

45. Salvagioni D. A. J., Melanda F. N., Mesas A. E., González A. D., Gabani F. L., Andrade S. M. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: a systematic review of prospective studies // PLoS One. - 2017. - Vol. 12, № 10. -Article e0185781. - Режим доступу: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781

46. Bianchi R., Schonfeld I. S., Laurent E. Burnout-depression overlap: a review // Clinical Psychology Review. -2015. - Vol. 36. - P. 28-41. - Режим доступу: https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.004

47. Литвинова І. І. Психосоматичні реакції під впливом хронічного стресу // Журнал сучасної психології. - 2021. - Т. 15, № 2. - С. 58-72.

48. Rotenberg V. S., Schattenstein A. A. Neurotic and psychosomatic disorders interdependence in terms of the search activity concept // Integrative Psychological and Behavioral Science. - 1990. - Vol. 25, № 2. - P. 43–47

49. Grof S., Halifax J. The Adventure of Self-Discovery. - Albany, NY: State University of New York Press, 1977.

50. Гіерк Б., Кольман С., Кронке К., Шпангенберг Л., Ценгер М., Брелер Е., Льове Б. Шкала соматичних симптомів-8 (SSS-8): короткий інструмент оцінки рівня соматичних симптомів // JAMA Internal Medicine. - 2014. - Т. 174, № 3. - С. 399–407.

51. Барлоу Д. Г. Тривожність та її розлади: природа та лікування тривоги і паніки / Д. Г. Барлоу. - Нью-Йорк : Guilford Press, 2002. - 472 с.

52. Спілбергер К. Д. Посібник зі шкали тривожності стану і рис (STAI) / К. Д. Спілбергер. - Пало-Альто : Consulting Psychologists Press, 1983. - 45 с.

53. Чабан О. С., Хаустова О. О. Практична психосоматика: діагностичні шкали: навч. посібник / за заг. ред. О. С. Чабана, О. О. Хаустової. -К. : Видавничий дім «Медкнига», 2021. - 200 с

54. Левін П. Пробудження тигра: лікування травми / П. Левін. - Берклей : North Atlantic Books, 1997. - 218 с.

55. Мерло-Понті М. Феноменологія сприйняття / М. Мерло-Понті. - Лондон : Routledge & Kegan Paul, 1945. - 619 с.

56. Маслоу А. Г. До психології буття / А. Г. Маслоу. - Нью-Йорк : Van Nostrand, 1968. — 314 с.

57. Тимошенко І. І. Психосоматичні механізми поведінки дорослих / І. І. Тимошенко // Журнал психології та психотерапії. - 2025. - Т. 10, № 1. - С. 15–28.

58. Кокун В. В. Психологія особистості: сучасні підходи. - Київ : Видавництво «Освіта», 2019. - 320 с.

59. Блінов С. А. Психосоматичні прояви у дорослих // Журнал психології і психотерапії. - 2020. - Т. 5, № 2. - С. 45-58.

60. Бауман З. Життя в рідкому сучасному суспільстві / З. Бауман. - Київ : Основи, 2008. - 320 с.

61. Lazarus R. S., Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. - New York: Springer, 1991. - 456 p

62. Дойч Ф. Вирішення конфліктів: конструктивні та деструктивні процеси / Ф. Дойч. - Нью-Хейвен : Yale University Press, 1973. - 354 с.

63. Юнг К. Г. Психологічні типи / К. Г. Юнг. - Прінстон : Princeton University Press, 1921. - 617 с.

64. Райх В. Аналіз характеру / В. Райх. - Нью-Йорк : Farrar, Straus & Giroux, 1949. - 420 с.

65. Карамушка І. І. Психосоматика: теорія і практика. - Київ : Наука, 2019. - 312 с.

66. Weintraub A. Vertebragene Syndromes from the Psychosomatic Viewpoint / A. Weintraub // Fortbildungskurse für Rheumatologie, Vol. 2 Vertebragenic Syndromes. - Basel, Switzerland; New York, NY, USA: S. Karger, 1973. - P. 206-219.

67. Gierk B., Kohlmann S., Kroenke K., Spangenberg L., Zenger M., Brähler E., Löwe B. The somatic symptom scale-8 (SSS-8): A brief measure of somatic symptom burden // JAMA Internal Medicine. 2014. Vol. 174, № 3. P. 399–407

68. Волощенко Ю. М. Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми та підходи до терапії // Український вісник психоневрології. 2010. Т. 18, № 3. С. 5-12

69. Brosschot J. F., Gerin W., Thayer J. F. The perseverative cognition hypothesis: A review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health // Journal of Psychosomatic Research. 2005. Vol. 58, No. 2. P. 113–124

70. Kirmayer L. J. The cultural diversity of somatization: Clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives // Psychosomatic Medicine. 2004. Vol. 66, No. 4. P. 420–430

71. Katon W., Sullivan M. Depression and somatization: A review // Journal of Psychosomatic Research. 1990. Vol. 34, No. 4. P. 535–544.

72. Feldenkrais M**.** *The Elusive Obvious.* New York: Meta Publications, 1977.

73. Brown R. P., Gerbarg P. L. *Sudarshan Kriya Yogic breathing in the treatment of stress, anxiety, and depression.* Journal of Alternative and Complementary Medicine, 2005.

74. Хаустова О. О. Психосоматичні розлади в клінічній практиці. Київ : Медицина, 2019. 312 с

75. Zigmond A. S., Snaith R. P. The hospital anxiety and depression scale // Acta Psychiatrica Scandinavica. 1983. Vol. 67, No. 6. P. 361–370.

76. Ревуцька І. В. Концептуальна модель корекції негативних психічних станів і психосоматичних розладів у дітей дошкільного віку засобами тілесноорієнтованої терапії. Психологічний часопис. 2018. Вип. 5 (15). С. 129–141