ПРИВАТНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

Факультет фармації, психології та менеджменту
Кафедра психології
Кваліфікаційна робота магістра
на тему

«ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГО ДОРОСЛИМ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ»

Виконала: здобувач 2 року навчання групи Пз-2401, другого (магістерського) рівня освіти спеціальності 053 «Психологія»
Ольшевська Олександра Григорівна
Науковий керівник: кандидат психологічних наук, доцент Кучеренко Є.В.
Рецензент: Ілля ЧАНЧІКОВ – доктор філософії в галузі психології, викладач кафедри практичної психології УДУ імені Михайла Драгоманова.

Київ - 2026

ЗМІСТ

ВСТУП **3**

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ В СУЧАСНІЙ НАУЦІ ТА ПРАКТИЦІ **9**

1.1. Психосоматичні розлади як проблема клінічної психології 9

1.2. Класифікація психосоматичних розладів, їх причини та наслідки 15

1.3. Теоретичні засади психологічної допомоги дорослим із психосоматичними розладами 23

Висновок до першого розділу. 32

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДОРОСЛИХ **35**

2.1. Методи та організація емпіричного дослідження 35

2.2. Результати емпіричного дослідження 39

Висновок до другого розділу. 52

РОЗДІЛ 3. ВИДИ ТА ЗАСОБИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДОРОСЛИМ ІЗ ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ **55**

3.1. Види психологічної допомоги дорослим із психосоматичними розладами (психотерапія, психологічне консультування тощо) 55

3.2. Сучасні засоби психологічної допомоги дорослим із психосоматичними розладами (методи, вправи, техніки тощо).65

Висновки до третього розділу. 72

ЗАГАЛЬНИЙ ВИСНОВОК **75**

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ79

ДОДАТКИ **85**

ВСТУП

Актуальність дослідження. Останні десятиліття характеризуються стрімким технологічним прогресом, що суттєво змінює умови життя, пришвидшує темп повсякденності та ускладнює міжособистісні зв'язки. Ці зміни нерідко супроводжуються зростанням соціального тиску, посиленням інформаційного навантаження й розмиттям меж особистого простору, що створює додаткові виклики для емоційної стабільності індивіда.

Соціум, який мав би бути середовищем підтримки й безпеки, все частіше стає джерелом фрустрації, конкуренції та психологічного напруження. Щоденні взаємодії — у роботі, навчанні, побуті — нерідко перетворюються на тригери хронічного стресу. Психоемоційна напруга з часом накопичується, порушуючи адаптаційні механізми організму. У багатьох людей реакція на соціальні подразники втрачає гнучкість та ефективність, що проявляється у формі тривалих тривожних станів, емоційного вигорання, депресивних розладів [15].

Головний мозок, як центральна регулююча структура, не встигає адаптуватися до навколишніх змін з тією швидкістю, з якою оновлюється інформаційне й соціальне середовище. Порушення регуляції в нейрональних та нейроендокринних системах стає підґрунтям для формування як психічних, так і психосоматичних розладів. Ми спостерігаємо зростання кількості випадків тривожних та афективних порушень, порушень сну, серцево-судинних дисфункцій, розладів шлунково-кишкового тракту, пов'язаних із хронічним стресом.

Сучасна медицина й психологія дедалі частіше звертаються до ідеї інтеграції — необхідності цілісного підходу до розуміння здоров'я, де враховується не лише стан тіла, а й вплив соціальних, емоційних та когнітивних чинників. Такий підхід дозволяє не лише лікувати хворобу, а й передбачати й запобігати її розвитку шляхом зміцнення психологічної

стійкості, розвитку навичок емоційної регуляції та створення сприятливого соціального середовища [18].

Психосоматичні явища отримали ґрунтовне наукове обґрунтування у працях таких дослідників, як Ф. Александер [2], Г. Гроддек [7], М. Фельденкрайз [6], Г. Сельє [8], М. Дойч [4]. Саме ці науковці заклали основи для розуміння тісного зв'язку між емоційними станами та фізичними реакціями організму. Варто підкреслити, що фундаментальні положення психосоматики залишаються актуальними й сьогодні, а сучасна наукова думка активно продовжує розвивати цю тематику. Зокрема, вітчизняні дослідники, такі як Г. Афузова [11], Н. Бамбурак [12], Ю. Кокоріна [32], К. Седих [64], Т. Ханецька [71], зосереджують увагу на складних аспектах психосоматичного дисбалансу, розглядаючи його як наслідок порушеної гармонії між психікою та тілом у контексті життєдіяльності людини.

Проблематика стресу та психосоматичних порушень активно досліджувалась як українськими, так і зарубіжними фахівцями в галузі психології та медицини. Зокрема, наукові праці О. Шевченко [77] та F. Dhabhar [5] присвячені аналізу впливу тривалого психоемоційного напруження на соматичне здоров'я. Значну наукову цінність мають дослідження М. Лисечка [37], A. Steptoe [9], які акцентували увагу на стресі як ключовому чиннику, що запускає патогенетичні механізми психосоматичних станів. У контексті воєнних подій визначення змін у психосоматичному благополуччі досліджували С. Стадник [51] та Л. Царенко.

Науковий напрям психосоматики охоплює міждисциплінарний підхід, що вивчає взаємозалежність психологічних процесів та соматичних реакцій. Ця галузь зосереджена на тому, як емоційне напруження, внутрішній конфлікт, типові риси особистості або хронічні психічні стани можуть відображатися у функціонуванні органів і систем організму, провокуючи або загострюючи хворобливі стани [33].

Ключова ідея психосоматичного підходу полягає в тому, що переживання, пов’язані з негативними емоціями, мають здатність впливати на соматичну сферу. Наприклад, постійна психоемоційна напруга може провокувати артеріальну гіпертензію, гастрит, зниження імунного захисту, головний біль та інші хронічні стани. Водночас психосоматика досліджує і зворотний вплив — коли тілесне захворювання позначається на настрої, викликає тривогу, дратівливість або депресивні епізоди.

Вперше термін «психосоматичний» запропонував німецький лікар Йоганн Хайнрот у 1818 році, а поняття «соматопсихічний» було введено Карлом Якобі в 1822 році як взаємодоповнююче до попереднього. Ідея про єдність психіки та фізичного стану бере початок ще з античної філософії, де вона розглядалася Платоном, Гіппократом, а згодом – у працях Спінози, Декарта та інших мислителів, які намагались збагнути природу взаємозв’язку душі та тіла [46].

Важливе місце в популяризації психосоматичного підходу займає Луїза Хей — американська письменниця, яка зробила значний внесок у формування уявлень про взаємозв’язок емоційного стану та фізичного здоров’я в широких колах суспільства [39]. Вона створила так звану «карту психосоматичних захворювань», у якій на основі власного досвіду та спостережень визначила відповідність між певними хворобами та внутрішніми психологічними установками, переконаннями чи емоціями. Наприклад, вона стверджувала, що хвороби серця можуть бути пов’язані з відсутністю радості, а проблеми з шлунком — з неможливістю "перетравити" нову ситуацію або внутрішній опір змінам. Основна ідея Хей полягала в тому, що, змінивши мислення, ставлення до себе та світу, людина може зцілити і своє тіло. Хоча її підхід не має строго наукового підґрунтя, він набув великої популярності та сприяв зростанню інтересу до теми психосоматики серед широкого загалу.

У наш час психосоматичний підхід активно застосовується не лише в психотерапії, а й у клінічній медицині. Існують моделі, зокрема

когнітивно-поведінкова, психоаналітична, гештальт-терапевтична та тілесно-орієнтована терапія, психосинтез, які допомагають пацієнтам усвідомити роль стресових факторів у формуванні соматичних симптомів та навчитися нових способів реагування на психологічні труднощі [53].

З погляду сучасної науки, психосоматика не обмежується лише поглядом на здоров'я чи хворобу в традиційному сенсі. Йдеться про тілесне відображення психічного життя людини — включаючи не лише зовнішнє вираження емоцій, але й глибинні, часто неусвідомлювані процеси. Це бачення закріплене в міжнародній медичній практиці: у Міжнародній класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10) психосоматичні розлади віднесені до категорії соматоформних порушень, що свідчить про їхнє офіційне визнання в рамках клінічної медицини.

Мета дослідження теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити емоційні стани дорослих з психосоматичними розладами як суб'єктивні чинники в наданні психологічної допомоги психосоматично хворим клієнтам.

Досягнення мети зумовлює вирішення таких **завдань**:

- Проаналізувати наукову літературу щодо природи, причин та механізмів виникнення психосоматичних розладів.
- Описати особливості психоемоційного стану дорослих з психосоматичними симптомами.
- Визначити основні чинники, що впливають на ефективність психологічної допомоги.
- Теоретично обґрунтувати емоційні стани дорослих з психосоматичними розладами як суб'єктивні чинники в надані психологічної допомоги.
- Емпірично дослідити емоційні стани дорослих з психосоматичними розладами як суб'єктивні чинники в надані психологічної допомоги.
- Надати практичні рекомендації щодо організації психологічної допомоги дорослим із психосоматичними порушеннями.

Об’єктом дослідження є психологічна допомога дорослим із психосоматичними порушеннями.

Предметом дослідження є психологічні особливості та ефективні форми, методи та підходи психокорекційного і психотерапевтичного впливу у роботі з дорослими, які мають психосоматичні розлади.

Методи дослідження теоретичні: теоретико-методологічний аналіз, класифікація та систематизація наукових джерел, порівняння й узагальнення даних досліджень; емпіричні: спостереження, тестування.

База дослідження. Дослідження було проведене в червні 2025 року в мережі інтернет.

Наукова новизна та теоретичне значення полягає в поглибленні розуміння психологічних механізмів формування психосоматичних розладів у дорослих та уточненні теоретичних підходів до надання ефективної психологічної допомоги. У межах дослідження було сформовано перелік методів, що є ефективними в роботі з психокорекції психосоматичних розладів у дорослих, яка інтегрує когнітивно-поведінкові, тілесно-орієнтовані та емоційно-фокусовані методи. Встановлено взаємозв’язок між індивідуальними психологічними характеристиками, рівнем тривоги та депресії та динамікою психосоматичних симптомів, що дозволяє зробити висновки про фокусування психотерапевта в роботі з даною категорією клієнтів та підбір тих технік та методів психокорекції, що будуть ефективними.

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження було представлено в науковому журналі з соціології та психології «Габітус», випуск 76/2025. Тема статті: «Теоретичні аспекти психосоматичної медицини в змісті професійної підготовки психологів».

Практична значущість полягає у можливості використання результатів дослідження у практичній діяльності психологів, психотерапевтів та медичних працівників для підвищення ефективності психокорекційної

допомоги дорослим із психосоматичними розладами, а також у створенні програм психологічного супроводу та профілактики.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків. Повний об'єм роботи складає 97 сторінок, у тому числі 79 сторінок основного тексту.

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ В СУЧАСНІЙ НАУЦІ ТА ПРАКТИЦІ

1.1. **Психосоматичні розлади як проблема клінічної психології.**

У реаліях сьогодення життя наповнене численними подразниками, що негативно позначаються як на тілесному здоров'ї, так і на емоційному самопочутті людини. Звичні щоденні навантаження, які вже стали буденним тлом існування, в умовах збройного протистояння на території України набули ще більшої інтенсивності, особливо це відчутно для дорослих, яким потрібно змирятися із зовнішніми потрясіннями: вимушеним переїздом, тривалою розлукою з рідними та друзями, необхідністю пристосування до реалій військового часу, а також перспективою або участю в обороні держави особисто або когось з близьких. Усе це створює сприятливе підґрунтя для зростання психічного напруження, тривожності, відчуття емоційного виснаження та загострення психосоматичних реакцій.

За аналітичними даними експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я [52], близько половини лікарняних ліжок у світі займають особи з соматичними розладами психогенного походження. За результатами досліджень, близько 22% пацієнтів, які звертаються з психосоматичними скаргами, поглинають майже половину робочого часу медичних працівників [12]. Це свідчить про високу медичну та соціальну значущість проблеми. Дослідження [21], проведене у 1991 році, показало, що майже 70% осіб із соматичними захворюваннями мають супутні психічні порушення різного типу та вираженості — від легких афективних розладів до серйозних психопатологічних станів.

Особливу тривогу викликає той факт, що окремі види психосоматичних захворювань, зокрема патології серцево-судинної системи, вже набули масового поширення і фактично перетворилися на глобальну епідемію в більшості індустріалізованих країн світу. Така тенденція свідчить про

необхідність перегляду не лише медичних підходів до лікування, але й комплексного розуміння ролі психоемоційних чинників у формуванні хронічних соматичних станів. Часто саме такі симптоми є передвісниками тяжчих захворювань, і своєчасне їх виявлення дає змогу запобігти подальшому погіршенню стану. У дорослому віці психоемоційні навантаження можуть провокувати численні функціональні порушення роботи органів і систем, що виникають або посилюються під впливом психологічного стресу.

Хронічне психоемоційне напруження підвищує ймовірність розвитку хвороб, що робить питання аналізу причин і механізмів формування психосоматичних розладів серед дорослих особливо актуальним у межах сучасного наукового дискурсу [62].

Дослідження феномену зв'язку фізичного та ментального здоров'я бентежить дослідників впродовж століть. Уже з давніх часів люди помічали тісний взаємозв'язок між емоційними станами та соматичними реакціями організму. Цей зв'язок знайшов своє відображення у народних висловах: під час страху — «стиснуло серце», при образі — «підступила грудка до горла», у стані несподіванки — «перехопило подих» тощо. Ці спостереження стали відображенням глибшого механізму — здатності психічних переживань викликати тілесні зміни.

Ще античні філософи та лікарі, зокрема Гіпократ, Платон, а згодом Спіноза, Декарт та інші мислителі, розглядали людину як цілісну єдність тіла і душі. Ідеї про взаємозв'язок психіки та соматичних процесів мали значний вплив на розвиток медицини. Сам термін «психосоматика» було вперше запропоновано німецьким психіатром Іоганном Хайнротом (Heinroth) у 1818 році, однак широке наукове вивчення цієї галузі почалося лише у XX столітті [66].

Важливим кроком у розвитку психосоматичної медицини стала теорія психоаналізу, створена Зигмундом Фройдом. Він висунув гіпотезу, що придушені афективні переживання, які не знайшли свого вираження через

соціальні обмеження або моральні заборони, можуть трансформуватися у тілесні симптоми. Цей процес отримав назву «конверсія». Психоаналітики вважали психогенним чинником розвиток таких захворювань, як бронхіальна астма, виразкова хвороба шлунка, жовчнокам'яна хвороба, дерматологічні прояви та інші хронічні стани [69].

Проте такі ідеї викликали неоднозначну реакцію серед науковців. Зокрема, М.І. Аствацатуров ще у 1935 році критикував надмірну універсалізацію психоаналітичного підходу, зазначаючи, що «психоаналіз своїми спробами пояснити все і в той же час залишатись непогрішимим на довгі роки дискредитував справедливі уявлення про можливість виникнення соматичних симптомів як безпосередніх проявів психічних (афективних) переживань». Незважаючи на це, психоаналітичні концепції досі залишаються впливовими у ряді психологічних та психіатричних шкіл, де психосоматика розглядається насамперед як метод діагностики та лікування з психоаналітичних позицій [20].

Класичні наукові концепції стали основою для розуміння механізмів психосоматичних розладів, закладаючи підґрунтя для ідеї про неподільність психічного й фізичного. Теорія нервізму сформувала передумови для вивчення ролі умов життя, соціального середовища та психоемоційних факторів у виникненні неврогенних захворювань.

Сучасна психосоматична медицина ґрунтується на уявленні про цілісність організму та його безперервну взаємодію з навколишнім середовищем. Як зазначає B. Francl [38], «психосоматична медицина — це лікування розладів адаптації, що передбачає вивчення організму, його середовища та характеру їх взаємодії». У цьому підході фізичне і психічне розглядаються як єдине функціональне ціле, що дозволяє ефективніше підходити до діагностики та лікування широкого спектра хвороб, пов'язаних із порушенням адаптації — як тілесної, так і емоційної.

Звернемося до осмислення терміна «психосоматичний симптом» та особливостей його інтерпретації в контексті різних теоретичних підходів і класифікаційних моделей. Один із провідних представників психоаналітичного напряму, Франц Александер [1], у своїх працях зосередив увагу на несвідомих емоційних конфліктах, що, на його думку, мають безпосередній зв’язок із тілесними розладами. Він одним із перших висунув ідею про те, що тілесні симптоми можуть бути не просто фізіологічними порушеннями, а символічним способом вираження глибинних психічних переживань, які не досягли свідомого рівня.

Александер запропонував ввести поняття «вегетативного неврозу», який розглядався ним не як результат витісненого емоційного змісту, а як фізіологічна реакція, що виникає у відповідь на напружене внутрішнє переживання. Такий підхід передбачав, що тіло "говорить" тоді, коли психіка не здатна виявити свою реакцію у відкритий спосіб. У центрі його уваги було питання специфічного емоційного напруження, яке виникає в конкретних психологічних ситуаціях і спричиняє порушення роботи вегетативної нервової системи. Саме цей емоційний контекст, на його переконання, визначає характер і прояв конкретного розладу. Александер вважав, що різні захворювання мають спільну рису — типову, неусвідомлену, часто повторювану конфліктну ситуацію, яка в певний момент набуває особливої значущості у житті індивіда та спричиняє порушення в тілесній сфері [22].

З іншого боку, концепція Георга Гроддека відкриває іншу перспективу щодо розуміння психосоматичних явищ. Він трактував симптом не просто як наслідок внутрішньопсихічного конфлікту, а як своєрідний код або символ, що передає послання від глибинних, прихованих рівнів психіки. У кожному тілесному прояві Гроддек вбачав «шифр» — мову, якою несвідоме ("Воно") намагається "спілкуватися" із зовнішнім світом. Його підхід був менш орієнтований на класичний конфлікт між імпульсами та захисними механізмами, а більше на філософське осмислення взаємодії між глобальними,

неусвідомленими психосоматичними структурами та середовищем, у якому перебуває людина [75].

Таким чином, симптом у Гроддека — це не просто прояв внутрішньої боротьби, а результат складної взаємодії особистості з оточенням, який трансформується у тілесний знак, що вказує на неможливість прямого контакту між «Я» та зовнішнім світом. Такий символічний спосіб "спілкування" організму є своєрідною адаптаційною стратегією, коли психіка використовує тіло як інструмент для опосередкованого вираження емоційного досвіду, який не піддається усвідомленню.

Обидва підходи, попри відмінності, підкреслюють важливу роль несвідомого у формуванні психосоматичних реакцій, акцентуючи на необхідності розглядати тілесні симптоми не лише як медичну проблему, але й як психологічний феномен, тісно пов’язаний з особистісною історією, емоційним фоном та контекстом життя людини [31].

Окрім психоаналітичної традиції, що розглядає психосоматичні прояви як символічне вираження несвідомих конфліктів, важливе місце в дослідженні цієї проблематики посідають також когнітивно-поведінкові підходи. У межах когнітивної теорії психосоматичні симптоми пояснюються як результат викривленого або дезадаптивного мислення, що спричиняє хронічний стрес і, як наслідок, — фізіологічні порушення. Зокрема, Аарон Бек та його послідовники вважали, що негативні автоматичні думки, постійне очікування небезпеки, катастрофізація подій і ригідні переконання можуть підвищувати напруження нервової системи та спричиняти стійку активацію стресової відповіді організму. Повторюване збудження гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи може зрештою призводити до соматичних порушень, таких як артеріальна гіпертензія, порушення сну, проблеми з травленням та інші симптоми, пов’язані зі стресом [48].

У рамках біопсихосоціальної моделі, запропонованої Джорджем Енджелем, психосоматичні розлади розглядаються як результат взаємодії

трьох рівнів — біологічного, психологічного та соціального. Цей підхід підкреслює необхідність розглядати людину в цілісному контексті: фізичний стан пов'язується не лише з особистісними переживаннями, а й з соціальним оточенням, культурними нормами, міжособистісними стосунками та життєвими обставинами. У цьому контексті психосоматичні симптоми трактуються як результат складної взаємодії генетичних передумов, особистісних характеристик, стилів емоційної регуляції та соціального середовища.

Нейробіологічні підходи фокусуються на тому, як функціонування центральної нервової системи впливає на соматичний стан. Згідно з дослідженнями в галузі нейропсихології та психонейроімунології, стрес та емоційні розлади можуть змінювати роботу нейромедіаторних систем, імунного захисту, гормонального балансу, що, у свою чергу, провокує розвиток соматичних симптомів. Наприклад, тривалий стрес знижує імунну відповідь, що може сприяти розвитку або загостренню хронічних захворювань. У цьому контексті важливим є поняття «вразливості» — певні люди мають генетично чи середовищно зумовлену схильність до сильнішої фізіологічної реакції на стресові фактори [26].

Також заслуговує на увагу гуманістичний підхід, представлений працями К. Роджерса, А. Маслоу, В. Франкла, який акцентує увагу на особистісному зростанні, сенсі життя та потребі в самореалізації. Згідно з цим підходом, тілесні симптоми можуть виникати як наслідок незадоволеності глибинних екзистенційних потреб, втрати сенсу або неможливості реалізувати власний потенціал. Симптоматика тут виступає своєрідним сигналом дисгармонії між внутрішнім світом особистості та її реальним життям [45].

Таким чином, сучасне розуміння психосоматичних симптомів формується на перетині багатьох наукових шкіл і теорій. Кожен підхід додає власну перспективу до цілісного бачення, підтверджуючи необхідність міждисциплінарного підходу в діагностиці, профілактиці та терапії

психосоматичних станів. Лише інтеграція знань із психології, медицини, соціології, нейронаук і філософії дозволяє повніше розкрити природу цих складних і багатофакторних явищ.

1.2. **Класифікація психосоматичних розладів, їх причини та наслідки.**

Термін "психосоматика" трактується у різних контекстах. Згідно з підходом М. Блейлера, психосоматичні прояви класифікуються на три основні категорії. Перша — так звані психосоматози, які включають хронічні недуги з органічними ураженнями, викликаними психічними чинниками. Терапія таких станів орієнтована переважно на корекцію психоемоційної сфери — за допомогою психотерапевтичного впливу або медикаментозних засобів психотропної дії. До цього переліку належать артеріальна гіпертензія, бронхіальна астма, виразкова хвороба шлунка, нейродерміт, інфаркт міокарда, коліт, мігрень. У подібних випадках психологічні фактори змінюють фізіологічну реактивність, хоча не є безпосередньою причиною виникнення недуги, як, скажімо, при ендокринних чи онкологічних хворобах [49].

Другу групу становлять функціональні порушення, що іноді описуються як системні неврози — це розлади, за яких порушується діяльність внутрішніх органів без структурних змін, під впливом психологічного стресу, переживань або емоційних збурень. Прикладами можуть бути енурез, психогенні тики, заїкання, імпотенція, закрепи.

Третя категорія включає порушення, обумовлені емоційно-особистісною специфікою реагування. Тут йдеться про те, як індивідуальні риси характеру, особливості поведінки й переживання людини впливають на її фізичний стан. Саме ці внутрішні схильності можуть сприяти розвитку таких проблем, як травматизм, ожиріння, алкогольна або наркотична залежність. Емоційна напруга також має здатність впливати на функціональний стан вегетативної нервової системи, яка координує діяльність

внутрішніх органів. Зокрема, тривала депресія або постійне відчуття тривоги здатні спричинити домінування симпатичної ланки над парасимпатичною, що веде до збоїв у гомеостатичному балансі організму. В результаті — з'являються типові психосоматичні симптоми: розлади сну, проблеми з травленням, болі нез'ясованого походження, порушення серцевого ритму тощо [43].

Вивчення механізмів розвитку соматичних захворювань психогенного походження нерозривно пов'язане з аналізом внутрішньоособистісних конфліктів і невротичних станів. В.М. Мясищев підкреслював, що всі психогенні патології мають низку спільних ознак: по-перше, їх виникнення тісно пов'язане з психологічною травмою або емоційно значущою ситуацією; по-друге, хвороба часто виконує певну внутрішньоособистісну функцію — так званий патогенетичний мотив; по-третє, клінічні прояви захворювання нерідко віддзеркалюють індивідуальні особливості характеру або поведінкові моделі людини ще до виникнення розладу (преморбідний фон); і, нарешті, результативність терапії часто прямо залежить від успішності подолання психотравмуючої ситуації [63].

Сучасні емпіричні дослідження підтверджують, що несприятливі психічні впливи — зокрема тривалі переживання, депресивні стани, хронічне напруження, соціальні конфлікти або внутрішні психологічні протиріччя — здатні значно порушувати фізіологічну рівновагу. Наприклад, тривале перебування у стані стресу провокує підвищення секреції кортизолу — одного з ключових гормонів, пов'язаних із реакцією на загрозу. Надмірна концентрація цього гормону може негативно вплинути на імунні механізми, роботу серця, судин, а також функціонування шлунково-кишкового тракту, спричиняючи розвиток хронічних захворювань [72].

Інший підхід демонструють представники теорії специфічності, які вважають, що визначення ураженого органа значною мірою залежить від характеру психотравмівного впливу або індивідуальних особливостей людини,

яка переживає стрес. Наприклад, F. Dunbar окреслив типологію особистості А, яка, на його думку, є типовою для розвитку серцево-судинної патології, зокрема ішемічної хвороби серця. У свою чергу H. Selye запропонував концепцію загального адаптаційного синдрому, в межах якого описав неспецифічні фізіологічні реакції організму на тривале психоемоційне напруження. Ключовим механізмом у цій моделі є активація осі гіпоталамус–гіпофіз–наднирники, що зумовлює надмірне виділення кортизолу — гормону стресу. Така гормональна дисрегуляція поступово спричиняє зміни в структурі та функціонуванні внутрішніх органів. До основних медіаторів стресових реакцій також відносяться тироксин та адреналін, які беруть участь у фізіологічній перебудові організму під час дії стрес-факторів [78].

Теорія специфічних психодинамічних конфліктів Александера передбачає багатофакторний підхід до психосоматичних хвороб, розглядаючи їх як результат взаємодії особистісних диспозицій, емоціогенних життєвих ситуацій та соматичних умов, таких як конституційні особливості організму. У свою чергу, Ф. Данбар розвиває ідею, що емоційні конфлікти, які не отримали вираження, можуть спричинити хронічну напругу і вегетативні порушення, пов'язані з певними особистісними типами, такими як "виразкова" або "коронарна особистість" [40].

Теорія умовних рефлексів і кортико-вісцеральна теорія зосереджується на тому, як стресові фактори, через умовно-рефлекторні механізми, можуть спричиняти серйозні фізіологічні порушення, зокрема, гіпертонію чи інфаркти.

Ганс Сельє розвинув поняття хронічного стресу, який викликає загальну фізіологічну реакцію організму на сильні навантаження, що проходить три фази: тривоги, опору і виснаження, і може призводити до соматичних захворювань, якщо стрес триває занадто довго.

Теорія алекситимії вказує на те, що особи з цією особливістю, які не здатні вербалізувати свої емоції, схильні до розвитку психосоматичних

захворювань через накопичення емоційного напруження. Алекситимічна поведінка є важливим фактором ризику для таких розладів [79].

Загалом, сучасна психосоматична медицина підтверджує, що ці хвороби мають багатофакторний характер, з впливом генетичних, психологічних, соціальних та фізіологічних чинників [74].

У своїх працях Н. Мак-Вільямс досліджує еволюцію уявлень про психосоматичні симптоми в рамках міжнародної класифікації хвороб (МКХ) і діагностичних та статистичних керівництв по психічним розладам (DSM) в різних переглядах. Вона зазначає, що в МКХ-9 і DSM-II істеричний невроз був присутній і поділявся на два основних типи: дисоціативний та конверсійний. В МКХ-10 термін «істеричний» був усунутий, але розподіл на два типи залишився в категорії «дисоціативні (конверсійні) розлади», попри існування окремої категорії «соматоформні розлади». У DSM-III та DSM-IV назва "конверсійна істерія" була змінена на «конверсійний розлад», і цей розлад був переведений до нової категорії «соматоформні розлади». У DSM-V було збережено зв'язок конверсійного розладу з дисоціативними симптомами, такими як деперсоналізація, дереалізація і дисоціативна амнезія [35].

Водночас, в МКХ-11, замість категорії «соматоформні розлади», була введена нова категорія — «розлади тілесних відчуттів та переживань». Ці розлади характеризуються патологічними відчуттями та переживаннями, пов'язаними з тілом. Тілесний дистрес включає симптоми, що викликають занепокоєння у людини та на які вона приділяє надмірну увагу. В МКХ-11 ця категорія розділяється на чотири підкатегорії: тілесний дистрес; порушення цілісності сприйняття власного тіла; інші уточнені розлади тілесних відчуттів та переживань; і неуточнені розлади тілесних відчуттів та переживань.

Д. М. Ісаєв підкреслює, що патогенез психосоматичних розладів включає кілька ключових чинників: неспецифічну вроджену схильність до соматичних порушень і дефектів, генетичну схильність до психосоматичних проявів, зміни в центральній нервовій системі, що викликають нейродинамічні

порушення, особистісні особливості, психофізичні стани, які виникають під впливом психотравмуючих ситуацій, а також систематичний вплив негативних сімейних і соціальних факторів [80].

А. Мітчерліх [10] у своїй моделі двофазового захисту або витіснення описує процес формування психосоматичних механізмів через кілька етапів:

1. Спочатку особистість намагається вирішити конфлікт на психосоціальному рівні за допомогою психологічних механізмів захисту. Зріла особистість використовує звичні методи соціальної взаємодії для розв'язання протиріч. Якщо ці методи виявляються недостатніми, активуються невротичні механізми захисту, такі як фобії, депресії чи нав’язливі думки. При хронічному стресі ці механізми можуть формувати типові патерни поведінки, що ведуть до розвитку невротичної особистості.

2. Коли конфлікт стає настільки загрозливим, що не можна вирішити його за допомогою психологічних стратегій, активується захист другого рівня — соматизація. Це призводить до фізичних змін в організмі, оскільки психічні стреси знаходять своє вираження у вигляді соматичних порушень.

3. Третій рівень захисту, як вважає Мітчерліх, виявляється в психотичному симптомоутворенні, коли людина занурюється в психосоматичну патологію. Цей процес займає тривалий час, протягом якого накопичуються зміни в організмі, знижується його опірність і виникають різноманітні психосоматичні симптоми. На цьому етапі хвороба може бути досить вираженою, але звернення до лікаря часто відбувається вже на пізніх стадіях.

Основними складовими клінічної психосоматичної моделі є змінені аномальні властивості особистості та тілесна конституція як фізіологічний субстрат, а також психічні та соматичні розлади, що розглядаються як незалежні змінні, які взаємодіють між собою і сприяють розвитку психосоматичних порушень.

У працях А. Ф. Радченка [16] визначені кілька основних джерел виникнення хвороб, що взаємодіють з психосоматичними механізмами:

1. Внутрішній конфлікт. Цей конфлікт виникає між різними частинами особистості, зокрема між свідомим і несвідомим. Постійна боротьба між ними часто призводить до «перемоги» однієї з частин, що в кінцевому підсумку руйнує внутрішню гармонію людини. Цей конфлікт має циклічний характер, коли одна частина особистості домінує, а потім інша, що створює напругу і стрес, що може виливатися у фізичні симптоми.

2. Мотивація або умовна вигода. У багатьох випадках симптоми можуть служити певною вигодою для пацієнта. Це може бути своєрідним способом отримати увагу, полегшення від стресу чи уникнення обов'язків. Психосоматичні симптоми можуть надавати певні переваги в соціальних або психологічних аспектах життя, навіть якщо це не є свідомим бажанням.

3. Ефект навіювання іншою особою. Часом поведінка або симптоми, які спостерігаються у пацієнта, можуть бути результатом навіяних негативних установок, зокрема з боку батьків чи авторитетних осіб. Це може призвести до того, що дитина починає демонструвати поведінку, яка потім переходить у доросле життя, навіть якщо раціонально вона намагається змінити її.

4. «Елемент мови органів». Фізичні хвороби можуть ставати наслідком слів або фраз, що постійно повторюються в повсякденному житті. Наприклад, фрази типу «серце болить за …», «це у мене в печінках сидить» або «мене від цього нудить» можуть на підсвідомому рівні сприйматися як команди для організму і перетворюватися на реальні симптоми.

5. Ідентифікація або прагнення бути схожим на когось. Людина, яка постійно імітує іншого, намагається стати схожою на ідеал, поступово відривається від власного тіла і свого внутрішнього «я». Постійне прагнення бути кимось іншим замість себе може призвести до емоційного дискомфорту та фізичних порушень.

6. Самопокарання. Якщо людина скоює вчинок, який вона вважає морально неправильним, вона може неусвідомлено покарати себе через хворобу чи фізичний біль. Це самопокарання є поширеною причиною травм і соматичних порушень, які виникають як наслідок почуття провини чи незадоволення собою.

7. Болісний травматичний досвід минулого. Психічні травми, особливо ті, що мали місце в дитинстві, можуть мати довготривалий вплив на психічне та фізичне здоров'я людини. Вони часто є непомітними, але здатні призводити до хронічних психосоматичних розладів, що зберігаються протягом усього життя.

Таким чином, всі ці чинники взаємодіють і можуть служити як основні механізми, що запускають розвиток психосоматичних хвороб, вимагаючи комплексного підходу до їх діагностики та лікування.

В психологічній практиці зустрічається категорія пацієнтів з «синдромом Мюнхгаузена». Термін «синдром Мюнхгаузена» був введений у 1951 році британським психіатром Річардом Асселіном, який описав це явище у своїй статті. Назва була вибрана на честь знаменитого персонажа — барона Мюнхгаузена, літературного героя, створеного Рудольфом Еріхом Распе в 1785 році, який був відомий своїми вигаданими, надзвичайно вигадливими і неймовірними історіями. Схоже на цей літературний персонаж, пацієнти з синдромом Мюнхгаузена створюють «вигадані» історії про своє здоров’я, іноді вдаються до маніпуляцій, щоб «запустити» симптоми хвороб [24].

«Синдром Мюнхгаузена» — це специфічний розлад, коли пацієнти свідомо симулюють або викликають у себе хвороби з метою отримання медичної уваги, лікування або госпіталізації [65].

Синдром Мюнхгаузена може включати різноманітні варіанти симуляцій, наприклад:

- Фізичні симптоми, які можуть бути викликані пацієнтом шляхом нанесення собі шкоди, прийому токсичних речовин чи маніпуляцій із медичними засобами.
- Неврологічні симптоми — припадки, паралічі чи інші стани, що не мають органічного пояснення.
- Симуляція внутрішніх захворювань — наприклад, шлункові або кишкові проблеми, які можуть призводити до постійних госпіталізацій і хірургічних втручань.

Основною відмінністю між «синдромом Мюнхгаузена» та іпохондрією є відсутність справжнього занепокоєння за своє здоров'я у осіб з синдромом Мюнхгаузена. Якщо іпохондрики щиро переконані в наявності у себе серйозних хвороб, навіть без медичних підстав, то пацієнти з синдромом Мюнхгаузена свідомо обирають обман, щоб привернути до себе увагу медичного персоналу, отримати безкоштовне лікування, харчування та догляд.

Варто зазначити, що люди з синдромом Мюнхгаузена часто мають патологічні особливості особистості, зокрема маніпулятивні риси та потребу в емоційній підтримці, яка виражається через симуляцію хвороб. Це дуже відрізняється від іпохондрії, де основним мотивом є реальне занепокоєння за стан здоров'я, хоча й без об'єктивних медичних підстав [70].

Для подальшого розвитку діагностики та лікування психосоматичних захворювань важливим є чітке визначення їх класифікації. Психосоматичні розлади не є однорідними, і класифікація цих захворювань має враховувати різні аспекти: від фізіологічних порушень до психологічних і соціальних факторів. Вивчення різних типів психосоматичних захворювань дозволяє точніше діагностувати їх.

Також, незважаючи на досягнення в цій галузі, залишається важливим розвиток міждисциплінарного підходу до вивчення психосоматичних порушень, оскільки ці захворювання охоплюють як медичні, так і психологічні аспекти. Тому для більш точного діагностування необхідно залучати фахівців з

різних галузей: психіатрії, психології, фізіології, соціології та інших, що дозволить побудувати комплексну картину психосоматичних порушень та розробити найбільш ефективні методи їх лікування та профілактики.

1.3. **Теоретичні засади психологічної допомоги дорослим із психосоматичними розладами.**

Одним із важливих напрямків вивчення є розробка психоосвітніх програм та інтервенцій, спрямованих на підвищення обізнаності про психосоматичні розлади та роль психологічних аспектів у їх виникненні. Це може сприяти зниженню соціальної стигми, покращенню усвідомлення проблеми та пришвидшенню процесу діагностики й початку психокорекції [81]

Додатково, сучасні досягнення в технологіях психології можуть відігравати важливу роль у дослідженні психогенної природи таких захворювань. Використання біомедичних сенсорів, мобільних додатків та інших інновацій дозволяє збирати точні об’єктивні дані про фізіологічні та психологічні показники пацієнтів у реальному часі. Це дозволяє виявити зв’язок між емоційними станами і фізіологічними реакціями на розлад, а також ефективно контролювати перебіг лікування.

Психосоматичні розлади можуть мати безліч причин [13], що включають як індивідуальні психологічні особливості, так і зовнішні обставини. До основних факторів [23], що можуть сприяти розвитку таких розладів, відносяться:

Психологічні фактори: стрес, тривога, депресія, невирішені внутрішні конфлікти або непомічені емоційні травми можуть бути основними причинами психосоматичних проявів. Часто ці стресові фактори залишаються неусвідомленими або ігноруються, що ускладнює процес їх усунення.

Особистісні характеристики: наявність у людини певних особливостей характеру, таких як підвищена чутливість до стресів або схильність до

тривожності, також може бути важливим фактором у розвитку психосоматичних симптомів.

Соціальні та міжособистісні фактори: важливе значення мають стосунки в сім'ї, на роботі, в колективі чи з партнерами. Нерозв'язані конфлікти, соціальна ізоляція або відсутність підтримки можуть бути каталізаторами психосоматичних проблем.

Фізіологічні фактори: хронічні хвороби, генетичні особливості, гормональні порушення або інші фізіологічні розлади можуть підвищувати сприйнятливість до психічного стресу, що, в свою чергу, сприяє розвитку психосоматичних симптомів [73].

Визначення точного джерела психосоматичного розладу має критичне значення для успішної психокорекції. Якщо не виявити основну причину розладу, лікування може бути неефективним, а симптоми можуть знову повернутися. Проте виявлення корінної проблеми є складним і вимагає уважного та детального підходу. Ось чому важливо застосовувати різноманітні психотерапевтичні методи для глибокого аналізу і розуміння причин психосоматичних розладів [27].

Виявлення глибинних психологічних проблем часто потребує детального психоаналітичного підходу. Психотерапевти можуть використовувати методи, як-от бесіди, проективні тести або техніки глибинного самопізнання для виявлення неусвідомлених конфліктів. Психоаналітична терапія зосереджена на тому, щоб допомогти пацієнтові усвідомити приховані емоційні проблеми, які можуть бути джерелом фізичних симптомів.

Одним з основних принципів ефективної психокорекції є індивідуальний підхід. Кожна людина має свою унікальну історію, психічний стан і фізичні особливості, тому важливо враховувати ці фактори під час лікування. Визначення причини психосоматичного розладу має на меті не тільки встановити, які емоційні або психологічні проблеми сприяють розвитку

симптомів, але й які методи лікування будуть найбільш ефективними саме для цього пацієнта. Важливу роль відіграє комплексний підхід, що включає психологічні, фізіологічні та соціальні фактори [34].

Для удосконалення діагностики та терапії психосоматичних захворювань, сучасні дослідження зосереджені на пошуку біомаркерів, які можуть вказувати на присутність психогенних чинників. Наприклад, дослідження біомаркерів у крові чи слині, які можуть відображати рівень стресу або психологічний стан пацієнта, є перспективними інструментами для об'єктивного підходу до діагностики і моніторингу психосоматичних розладів. Враховуючи зростаючий інтерес до цієї проблеми, дослідження психогенної природи таких розладів допомагає краще зрозуміти взаємозв’язок між психічним і фізіологічним станом, що в свою чергу сприяє розробці нових підходів до лікування.

Дослідження психосоматичних розладів зосереджені на виявленні механізмів, які пояснюють зв'язок між психічними та фізіологічними аспектами цих порушень. Науковці активно вивчають роль запальних процесів, імунологічних відповідей і дисрегуляції нейроендокринної системи, що можуть бути основними чинниками у розвитку таких розладів. Ці дослідження дають можливість глибше зрозуміти фізіологічні механізми, що лежать в основі психосоматичних проблем [42].

Загалом важливим напрямком є також розробка та вдосконалення терапевтичних підходів до корекції психосоматичних розладів. Сучасні методи, як майндфулнес-медитація, когнітивно-поведінкова терапія, психосинтез та інші, використовуються для зниження стресу, покращення емоційної регуляції та загального фізичного і психічного благополуччя пацієнтів. При цьому особливу увагу приділяють індивідуалізації підходів, враховуючи унікальність кожного клієнта, адже психосоматичні розлади можуть мати різні причини та проявлятися у кожної людини по-різному.

У сфері діагностики та психокорекції соматичних розладів важливим є розвиток нових методик, які інтегрують психологічні та фізіологічні аспекти. Використання різних форм психотерапії, таких як техніки стресменеджменту, когнітивно-поведінкова терапія, психодинамічна терапія, має потенціал значно покращити стан особистості. Водночас, інтеграція психологічної підтримки в медичні програми допомагає створити більш комплексний підхід до лікування, забезпечуючи повноцінну допомогу.

Важливою складовою є співпраця з психіатром, який хоча і не є основним лікуючим лікарем, проте виконує важливу роль в інтегрованому лікуванні, застосовуючи підхід взаємодіючої психіатрії. Для хворих із серйозними психічними розладами доцільно організувати лікування в психосоматичних відділеннях багатопрофільних лікарень або психіатричних стаціонарах (якщо дозволяє їх фізичний стан). Пацієнти, які не потребують госпіталізації, можуть отримати необхідну допомогу в амбулаторних умовах, де також застосовують взаємодіючі підходи [47].

Психофармакотерапія передбачає використання різноманітних препаратів. Зокрема, при наявності субсиндромальних клінічних проявів ефективними є седативні засоби, такі як броміди та валеріанова настоянка, а також транквілізатори. Для зменшення тривоги також використовують бета-блокатори, що володіють нормотимічними властивостями. При більш виражених психопатологічних симптомах, таких як депресія, доцільно призначати антидепресанти. Для корекції неадаптивної поведінки використовують нейролептики [56].

Особливу увагу слід приділяти чутливості пацієнтів з соматичними захворюваннями до психотропних препаратів. У таких випадках варто починати лікування з мінімальних доз і поступово їх збільшувати, враховуючи індивідуальні реакції пацієнта та його соматичний стан.

Крім медикаментозного лікування, доцільно використовувати фізіотерапевтичні методи для загального зміцнення організму. Важливо також

включати загальнозміцнюючі процедури, наприклад, прийом полівітамінів чи магнію В6.

Психодинамічний підхід до психотерапії [50] психосоматичних розладів ґрунтується на розумінні того, що фізичні симптоми можуть бути виразом психічних конфліктів, які не можуть бути усвідомлені або розв'язані людиною без зовнішнього втручання. Згідно з теорією психодинаміки, хворобливі симптоми можуть бути «заміщенням» для неприємних емоційних переживань, що не отримали адекватного психологічного розв'язку. Наприклад, людина може не усвідомлювати свій стрес чи тривогу і замість цього проявляти фізичні симптоми, як-от біль у животі чи головний біль.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним з найбільш широко застосовуваних методів корекції психосоматичних розладів. Цей підхід зосереджений на вивченні та корекції дисфункціональних думок і поведінки пацієнта. КПТ працює над тим, щоб допомогти пацієнту змінити свої переконання та уявлення про себе, інші люди і навколишній світ, які можуть сприяти виникненню стресу і психосоматичних симптомів.

Індивідуальна психотерапія є важливим інструментом у лікуванні психосоматичних розладів, оскільки її основними цілями є усвідомлення пацієнтом фрустрованих потреб, що призводять до порушень, а також пошук ефективних варіантів поведінки для їх задоволення. У процесі психотерапії важливо враховувати особливості кожного пацієнта, зокрема глибинні психологічні механізми, що стоять за психосоматичними проявами.

Метод символдрами, є одним з найбільш ефективних в лікуванні психосоматичних розладів, що підтверджується значною кількістю клінічних досліджень. Він дозволяє використовувати образне уявлення, фокусування на уявних сценах і емоціях для досягнення глибокого саморозкриття, усвідомлення та вирішення внутрішніх конфліктів, а також задоволення потреб, що не були реалізовані в реальному житті пацієнта.

Майндфулнес (усвідомленість) є ще одним популярним методом психологічної допомоги при психосоматичних розладах. Він зосереджений на розвитку здатності клієнта бути уважним до свого внутрішнього світу, відчуттів і емоцій у даний момент часу. У цьому контексті майндфулнес включає в себе різноманітні медитативні практики, дихальні вправи та техніки, які допомагають пацієнтам зменшити рівень стресу, тривоги та фізіологічних реакцій, пов'язаних із емоційними станами.

Психосоціальний підхід включає в себе увагу до впливу соціального оточення на розвиток психосоматичних розладів. Психологічна допомога з урахуванням соціальних факторів може включати роботу з родиною, колегами або іншими важливими людьми пацієнта для того, щоб створити підтримуюче і здорове середовище. Важливою складовою є робота з міжособистісними стосунками, навчання пацієнта ефективним способам вирішення конфліктів та взаємодії з оточуючими людьми.

Необхідною умовою для успішної терапії є добровільність і готовність пацієнта активно співпрацювати в процесі лікування. Розуміння і передбачуваність результатів терапії стимулюють пацієнта до більш відкритої роботи з власними емоціями та переживаннями [36]. Одним з основних методів психологічної допомоги є застосування *технік релаксації*, які допомагають знизити рівень стресу і полегшити фізичні симптоми. Релаксація включає в себе різноманітні вправи, такі як прогресивне м'язове розслаблення, дихальні вправи і медитації. Вони сприяють зменшенню напруги в тілі і допомагають пацієнту відновити емоційну рівновагу.

Психоедукація [59] має на меті навчити пацієнта розуміти природу його психосоматичних симптомів, а також розвинути навички управління стресом і емоціями. Інформування пацієнта про зв'язок між психічними та фізичними процесами дозволяє йому краще усвідомлювати важливість психологічної складової в процесі лікування.

Особливо важливим є *надання підтримки* пацієнту, що включає емоційне консультування, співчуття та допомогу в процесі адаптації до змін у житті. Консультування також дозволяє пацієнту краще усвідомлювати свої почуття, тривоги та страхи, які можуть бути пов'язані з психосоматичними симптомами.

Психологи та психіатри визнають, що здорове вираження емоцій є важливою складовою психічної адаптації та емоційного самопочуття. Коли людина відкрито виражає свої почуття, це допомагає їй відновлювати внутрішню гармонію, знижувати рівень стресу та полегшувати емоційні переживання. В протилежному випадку, коли людина ігнорує або пригнічує свої емоції, це може призвести до їх накопичення, що в результаті може мати серйозні наслідки для її фізичного та психічного здоров'я [25].

Коли людина не вміє виражати свої емоції, це може бути результатом різних психологічних механізмів, таких як соціальна стигматизація (коли суспільство заохочує придушення емоцій), страх перед осудом або навіть глибокі внутрішні переконання про те, що виявлення емоцій є слабкістю.

Пригнічення емоцій може спричинити низку негативних наслідків. Замість того, щоб виражати переживання і виводити їх із системи, людина замість цього "зберігає" їх усередині, де вони не зникають, а накопичуються. Це може призвести до збільшення емоційної напруги і, як наслідок, розвитку психосоматичних розладів [19].

Вираження емоцій має ряд позитивних психологічних наслідків:

Емоційна розрядка: Вираження емоцій дозволяє людині знизити рівень внутрішньої напруги і "звільнити" себе від стресу, що зменшує ймовірність виникнення фізичних симптомів, викликаних емоційним пригніченням.

Покращення психічного здоров'я: Вміння відкрито говорити про свої почуття з близькими або спеціалістами сприяє зменшенню рівня тривоги, депресії та інших психічних розладів, що можуть виникнути через стрес та емоційні блоки.

Підвищення самоусвідомлення: Коли людина вчиться виражати свої емоції, вона також покращує свою здатність усвідомлювати і розуміти власні почуття. Це дозволяє їй краще адаптуватися до стресових ситуацій і уникати психосоматичних реакцій.

Емоції є невід'ємною частиною досвіду особистості, і здатність виражати їх — це не лише природна реакція, але й важлива складова психічного здоров'я. Вираження емоцій дозволяє людині обробляти свої почуття, зменшувати стрес і зберігати емоційну рівновагу. Коли особистість не здатна виражати свої емоції належним чином, це може призвести до психосоматичних розладів.

Методи подолання емоцій [57] можна умовно поділити на оптимальні та неоптимальні в залежності від їхнього впливу на психічне та фізичне здоров’я людини. Оптимальні методи сприяють емоційному зціленню, тоді як неоптимальні можуть загострити проблеми та привести до розвитку психосоматичних розладів.

Оптимальні методи подолання емоцій [28]:

1. Саморефлексія: уміння усвідомлювати власні емоції та їхні причини допомагає краще зрозуміти, чому ви почуваєтеся певним чином, і як з цим працювати. Це включає ведення щоденника емоцій або медитацію для аналізу своїх переживань.

2. Психотерапія: спілкування з психологом або психотерапевтом дозволяє глибше зрозуміти емоційні проблеми та знайти здорові способи їх подолання. Методи, як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) або глибинно-психологічна терапія, ефективні для роботи з емоціями.

3. Фізична активність: регулярні фізичні вправи сприяють вивільненню ендорфінів (гормонів щастя), що поліпшують емоційний стан. Спорт допомагає зняти стрес та тривожність, а також підтримує загальний психічний баланс.

4. Майндфулнес та медитація: практики усвідомленості, як медитація або йога, дозволяють заспокоїти розум, зменшити стрес і тривогу, а також підтримати емоційну стійкість.

5. Соціальна підтримка: спілкування з друзями, родиною чи колегами допомагає зняти емоційну напругу. Важливо мати людей, з якими можна відкрито обговорити свої почуття та переживання.

6. Техніки релаксації: глибоке дихання, прогресивна м'язова релаксація або аутогенне тренування допомагають знижувати рівень стресу та тривоги, зменшують фізіологічні симптоми емоційного напруження.

В той же час до неоптимальних методів [30] подолання емоцій відносять:

1. Заперечення емоцій: відмова від визнання та вираження емоцій може призвести до накопичення стресу і тривоги, що з часом може спричинити психосоматичні захворювання.

2. Вживання алкоголю та наркотиків: використання алкоголю чи наркотичних речовин для зняття стресу або відволікання від неприємних емоцій призводить до залежності та погіршення емоційного стану в довгостроковій перспективі.

3. Руйнування або агресія: виверження гніву через агресивні або руйнівні дії (погрози, бійки, руйнування речей) не лише не вирішує проблеми, але й може привести до серйозних психічних та фізичних наслідків.

4. Перенапруження та уникання емоцій: тривале уникання проблем або «перепрацювання» без відпочинку може призвести до виснаження, емоційного вигорання та розвитку психосоматичних порушень.

5. Одиночність і соціальна ізоляція: уникання соціальних контактів і відсутність підтримки можуть загострити емоційні проблеми, привести до депресії та тривожних розладів.

6. Одумування або постійне аналізування: постійне прокручування одних і тих же думок без дії може посилити стрес та емоційну напругу, а також призвести до тривожності.

Для ефективного подолання емоцій важливо використовувати оптимальні методи, які не лише зменшують емоційну напругу, але й сприяють розвитку емоційної стійкості, психічного здоров'я і загального благополуччя. У той час як неоптимальні методи часто тільки тимчасово зменшують негативні емоції, у довгостроковій перспективі вони можуть призвести до серйозних психологічних і фізичних розладів.

Існує багато способів виражати емоції [29], кожен з яких може бути корисним для здоров'я:

Терапевтичні бесіди: Звернення до психолога чи психотерапевта для вільного вираження почуттів дозволяє людині "розвантажити" свої емоції та зрозуміти їх природу.

Артистичні методи: Заняття живописом, музикою або танцем можуть стати потужними способами вираження емоцій, особливо для тих, хто не має звички говорити про свої почуття.

Журналювання: Записування емоцій і думок у щоденнику дозволяє людині візуалізувати свої почуття та краще зрозуміти, що саме турбує її.

Фізична активність: Спортивні заняття або просто прогулянки на свіжому повітрі допомагають зняти стрес і полегшити фізичне напруження, викликане емоційним стресом.

Висновок до першого розділу.

В розділі було цілісно осмислено психосоматичні розлади як міждисциплінарну проблему, що перебуває на перетині клінічної психології, медицини, нейронаук та соціальних наук. В умовах сучасних суспільних викликів, зокрема війни, економічної нестабільності та тривалого стресового навантаження, психосоматичні прояви дорослих набувають особливої

актуальності, адже поєднують у собі тілесні симптоми та глибинні емоційні переживання. Психосоматична симптоматика не обмежується окремими діагнозами, а відображає спосіб реагування особистості на хронічне напруження, втрати, невизначеність і внутрішні конфлікти, які часто посилюються в умовах воєнних подій.

Теоретичний аналіз показав, що розуміння психосоматичних розладів формувалося поступово, починаючи від античних уявлень про єдність тіла і душі та перших спроб пояснити тілесні прояви через емоційні стани, і до сучасних інтегративних моделей. Ідеї психоаналітичної традиції, зокрема підходи З. Фройда, Ф. Александера та Г. Гроддека, заклали підвалини уявлень про несвідомі конфлікти, конверсійні механізми та символічний характер тілесних симптомів. Подальший розвиток отримали когнітивно-поведінкові, нейробіологічні, біопсихосоціальні та гуманістичні концепції, які доповнили картину, наголошуючи на ролі способів мислення, стресових реакцій, соціального контексту, екзистенційних потреб та індивідуального стилю емоційної регуляції. У результаті психосоматичні розлади розглядаються як багатовимірні явища, в яких переплітаються біологічні, психологічні та соціальні чинники.

У межах класифікаційних підходів було окреслено різні групи психосоматичних порушень: від психосоматозів з органічними ураженнями до функціональних розладів і станів, пов’язаних з особистісними особливостями реагування. Окрему увагу приділено таким феноменам, як алекситимія, специфічні типи особистості, синдром Мюнхгаузена, а також концепціям стресу та загального адаптаційного синдрому. Психосоматична патологія формується на тлі поєднання вродженої вразливості, тривалих психотравмуючих впливів, сімейних і соціальних чинників, внутрішніх конфліктів, умовної вигоди симптомів і особливостей життєвої історії людини.

Теоретичні засади психологічної допомоги дорослим із психосоматичними розладами засвідчили, що ефективна підтримка неможлива

без урахування цілісності людини. Психотерапевтичні підходи, зокрема психодинамічна терапія, когнітивно-поведінкові методи, символдрама, майндфулнес-практики, психоедукація та різні форми релаксації, спрямовані на усвідомлення і переробку емоційних конфліктів, зміну дезадаптивних схем мислення, розвиток навичок саморегуляції та більш здорових способів вираження почуттів. Наголошено на важливості індивідуалізації психокорекційних стратегій, використанні міждисциплінарного підходу, співпраці психолога, психіатра та лікарів суміжних спеціальностей, а також інтеграції психологічної підтримки у медичні програми лікування.

Психосоматичні розлади є не лише медичною, а й глибоко психологічною та соціально зумовленою проблемою, яка відображає спосіб адаптації дорослої людини до складних умов життя. Теоретичний аналіз, здійснений у розділі, дав змогу окреслити ключові підходи до розуміння природи психосоматичних симптомів, їхньої класифікації, причин і наслідків, а також окреслити основні принципи психологічної допомоги.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДОРОСЛИХ

2.1. Методи та організація емпіричного дослідження

В першому розділі було розглянуто феномен психосоматичних розладів. Також було розглянуто класифікацію психосоматичних розладів та механізмів, які пояснюють зв'язок між психічними та фізіологічними аспектами цих порушень.

Вибірка склала 31 особу у віці від 27 до 39 років. Країна проживання - Україна. Жінки склали 23 особи, що становить 74% вибірки, чоловіки – 8 осіб, що становить 26% вибірки.

Психосоматичні порушення є результатом складної взаємодії між психічним і фізіологічним станами індивіда. Вони часто проявляються як наслідок тривалого стресу, емоційної напруги або нерозв'язаних психологічних конфліктів. Психосоматичні розлади охоплюють широкий спектр захворювань, що виникають на фоні психоемоційних факторів, таких як стрес, тривога чи депресивні стани. До найбільш поширених з них належать виразкова хвороба шлунка, ревматоїдний артрит, гіпертонічна хвороба, головні болі, розлади травлення (запори, діарея), геморой, а також дерматологічні проблеми, такі як псоріаз та екзема.

Суть психосоматичних розладів полягає в тому, що фізичні симптоми цих захворювань безпосередньо пов'язані з емоційними або психологічними чинниками. Психосоматика вказує на те, що ці фізичні недуги не є простою реакцією організму на фізичне навантаження або хворобу, а мають корінь у психічному стані людини. Психосоматичні захворювання зазвичай проявляються через фізичні симптоми, які не мають очевидних органічних причин. Симптоми таких розладів можуть бути як хронічними, так і періодичними, і часто посилюються в умовах стресу.

Дослідження було поділене умовно на 4 частини:

- Дослідження конформності: тест на гіпнабельність НДІ ім.Прототопова.
- Дослідження тривожності та депресії: госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS).
- Дослідження астенії: шкала астенічного стану (ШАС)
- Дослідження стану здоров’я: Опитувальник здоров’я пацієнта (Patient Health Questionnaire) PHQ-15.

Для оцінки гіпнабельності в контексті дослідження психосоматичних розладів було використано спеціалізований тест, розроблений НДІ ім. Прототопова, який включає 42 твердження (додаток А). Кожному учаснику тестування пропонується вибрати одну з двох відповідей — "так" або "ні" — для кожного з представлених тверджень, що стосуються його особистих відчуттів або переконань. Цей тест допомагає визначити рівень гіпнабельності особи, що є важливим фактором у контексті психосоматичних розладів, оскільки люди з високим рівнем гіпнабельності можуть мати більшу схильність до розвитку психосоматичних реакцій на стрес або емоційні переживання. Після завершення тестування результати оцінюються за допомогою відповідного ключа, що дозволяє не лише встановити рівень гіпнабельності, а й проаналізувати потенційні взаємозв’язки між цим параметром і наявними психосоматичними симптомами.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), представлена в додатоку Б, є широко використовуваним інструментом для оцінки рівня тривоги та депресії у пацієнтів, зокрема тих, хто перебуває в лікарнях. Вона була розроблена для допомоги виявлення психологічних порушень, які можуть виникати у пацієнтів з фізичними захворюваннями. У контексті дослідження психосоматичних розладів, HADS є важливим інструментом, оскільки дозволяє виявити психологічні симптоми, що можуть бути тісно пов'язані з фізичними хворобами або бути їх причиною.

Шкала складається з 14 запитань, які розподілені на дві підшкали: шкала тривоги (7 питань), шкала депресії (7 питань). Кожне питання оцінюється за шкалою від 0 до 3, де 0 означає відсутність симптомів, а 3 — виражену ступінь порушень. Загальний бал по кожній шкалі варіюється від 0 до 21, де високі значення вказують на більш серйозні прояви тривоги або депресії.

Шкала HADS є інструментом для визначення психологічних факторів, які можуть бути причиною або сприяти розвитку психосоматичних розладів. Вона дозволяє виявити приховані симптоми тривоги та депресії, які можуть бути неочевидними на етапі початкового медичного огляду, проте суттєво впливати на фізичний стан пацієнта. Це дає змогу застосовувати комплексний підхід до лікування, включаючи як медичну, так і психологічну допомогу, що є критично важливим у випадку психосоматичних захворювань.

Шкала астенічного стану (ШАС) за Малковою, представлена в додатку В, є інструментом для оцінки рівня астенії — стану, що характеризується втомлюваністю, слабкістю, зниженим тонусом і порушеннями емоційної регуляції. Астенія може бути як психогенним, так і соматогенним розладом, і є важливим показником у контексті психосоматичних розладів. Вона часто виникає як реакція на тривале психоемоційне навантаження або фізичні захворювання, які не дають змоги організму відновити свою енергетичну рівновагу.

ШАС дозволяє кількісно оцінити прояви астенії, що можуть бути як результатом емоційних, так і фізіологічних факторів. Вона включає серію запитань, які стосуються основних симптомів астенії, таких як втома, слабкість, труднощі з концентрацією уваги, порушення сну, депресивні відчуття і знижена здатність до активної діяльності. Методика дозволяє виміряти ступінь вираженості цих симптомів і визначити, чи є це проявами тимчасового або хронічного астенічного стану.

ШАС має шкалу від низького до високого рівня:

- низький рівень астенії: вказує на відсутність або мінімальний прояв астенічного стану. Людина не відчуває значних порушень у рівні енергії, здатна до активної діяльності та не має суттєвих труднощів у психологічному або фізичному стані.
- помірний рівень астенії: вказує на наявність певних ознак астенії, таких як втома, зниження енергії та проблеми з концентрацією уваги. Такі симптоми можуть бути проявами короткочасного стресу або перенапруження, проте їхня присутність не свідчить про серйозні порушення у фізіологічному чи психологічному стані.
- високий рівень астенії: виражена астенія, яка може бути результатом тривалого стресу, емоційних перенавантажень або хронічних фізичних захворювань. Людина може відчувати постійну втому, відсутність сил для виконання повсякденних справ, а також мати труднощі з концентрацією уваги та порушення сну. Цей рівень астенії потребує додаткової уваги і, ймовірно, вимагає корекції через психотерапевтичні або медичні методи.
- критичний рівень астенії: свідчить про наявність значних проблем, пов'язаних із психосоматичними розладами. Така тривала втома, депресивні настрої, емоційна нестабільність і фізичні проблеми можуть вказувати на хронічне психоемоційне виснаження або розвиток серйозних психосоматичних захворювань, таких як депресія, тривожні розлади або соматичні хвороби, що мають психогенне походження.

Астенічний стан виступає важливим індикатором наявності психосоматичних розладів, оскільки фізичні прояви, такі як втома, слабкість та порушення сну, можуть бути тісно пов'язані з емоційними або психічними розладами. Високий рівень астенії може свідчити не лише про стресові реакції, але й про потенційні порушення фізичного здоров'я, які розвиваються на тлі психоемоційного напруження. Це може служити значущим маркером для подальшого дослідження та лікування таких захворювань, як гіпертонія,

виразкова хвороба, бронхіальна астма, синдром хронічної втоми, а також інших психосоматичних розладів, що вимагають комплексного підходу в терапевтичному процесі.

Опитувальник здоров’я пацієнта (Patient Health Questionnaire – PHQ-15), є одним з найбільш використовуваних інструментів для оцінки фізичних симптомів, які можуть мати психосоматичну природу. Він дозволяє виявити наявність психосоматичних розладів, а також оцінити їх тяжкість, що робить його важливим у контексті дослідження взаємозв'язку між психічним станом та фізичним здоров'ям пацієнтів.

Структура PHQ-15 (додаток Г) складається з 15 питань, які охоплюють найбільш поширені фізичні симптоми, що можуть бути інтерпретовані як наслідок психоемоційних порушень. Особа оцінює інтенсивність кожного з цих симптомів за шкалою від 0 (відсутній) до 2 (важкий). PHQ-15 - це інструмент, що дозволяє виявити фізичні симптоми, які часто є непоміченими або недооцінюваними, але можуть мати суттєвий психогенний характер. Він також допомагає визначити рівень взаємозв'язку між психологічним станом пацієнта та його фізичними недугами, що важливо для вибору ефективної стратегії психокорекції в рамках психосоматичних розладів.

2.2. Результати емпіричного дослідження

Дослідження проводилось в травні 2025. Вибірка склала 31 особу у віці від 27 до 39 років. Країна проживання - Україна. Жінки склали 23 особи, що становить 74% вибірки, чоловіки – 8 осіб, що становить 26% вибірки.

За методикою PHQ-15 було проаналізовано результати вибірки та розподілено результати за рівнем інтенсивності вираження фізичних симптомів. Результати представлені в таблиці 2.1 у відсотковому співвідношенні.

Таблиця 2.1

Результати за методикою PHQ-15 (n=31), у %

	Низький	Середній	Високий
ж	26	35	39
ч	25	50	25

Згідно з таблицею, серед жінок більше людей мають високий рівень психосоматичних симптомів (39%), тоді як серед чоловіків найбільша частка потрапляє до групи з помірним рівнем симптомів (50%). Це може свідчити про те, що жінки частіше мають виражені психосоматичні проблеми, пов'язані з емоційним станом. Водночас серед чоловіків спостерігається більш рівномірний розподіл між низьким, середнім і високим рівнем симптомів.

Для жінок:

Низький рівень симптомів (26%): 26% жінок мають низький рівень психосоматичних симптомів, що свідчить про відсутність або незначні фізичні симптоми, які не мають вираженого психогеного компоненту.

Середній рівень симптомів (35%): 35% жінок мають помірний рівень симптомів, що вказує на наявність певних психосоматичних проявів, таких як втома, головний біль або інші фізичні симптоми, які можуть бути пов'язані зі стресом чи емоційними проблемами.

Високий рівень симптомів (39%): 39% жінок мають високий рівень психосоматичних симптомів, що може свідчити про наявність хронічних психосоматичних розладів або сильного психоемоційного напруження, що проявляється у фізичному стані.

Для чоловіків:

Низький рівень симптомів (25%): 25% чоловіків мають низький рівень психосоматичних симптомів, що свідчить про відсутність або незначні прояви фізичних проблем, пов'язаних з психологічними факторами.

Середній рівень симптомів (50%): 50% чоловіків мають середній рівень симптомів, що вказує на значну кількість чоловіків з помірними психосоматичними проявами, що можуть потребувати уваги та психокорекції.

Високий рівень симптомів (25%): 25% чоловіків мають високий рівень симптомів, що може свідчити про наявність виражених психосоматичних проблем або серйозних стресових ситуацій, що потребують медичного або психологічного втручання.

Результати за шкалою астенічних станів представлені в таблиці 2.2 у відсотковому значенні за рівнем прояву та статтю.

Таблиця 2.1

Результати за методикою ШАС (n=31), у %

	Низький	Середній	Високий
ж	26	48	26
ч	38	38	25

На основі отриманих даних, розподіл результатів за шкалою астенічних станів (ШАС) виявляє певні відмінності між жінками та чоловіками.

Серед жінок 26% мають низький рівень астенії, що свідчить про відсутність виражених симптомів втоми, слабкості чи зниження енергії, що вказує на гарну адаптацію до навантажень і відсутність серйозних порушень у фізичному та емоційному стані. Натомість 48% жінок мають середній рівень астенії, що свідчить про наявність помірних симптомів, таких як втома або знижена енергія, які можуть бути наслідком стресу або емоційного перевантаження. Ці жінки можуть зазнавати певних труднощів, але ці прояви не досягають критичного рівня. Однак, 26% жінок мають високий рівень астенії, що вказує на виражену слабкість, втомлюваність та емоційну виснаженість, що може бути ознакою серйозного психоемоційного або фізичного виснаження, яке потребує уваги та корекції.

Серед чоловіків 38% мають низький рівень астенії, що вказує на добре збережену фізичну та емоційну стійкість, відсутність виражених симптомів втоми чи слабкості. Водночас, 38% чоловіків знаходяться на середньому рівні астенії, що може свідчити про наявність помірних симптомів втоми та емоційного виснаження, які можуть бути результатом тимчасових стресових ситуацій або іншого помірного навантаження. Це може бути незначним індикатором необхідності додаткової уваги до їх емоційного стану. Однак 25% чоловіків мають високий рівень астенії, що вказує на виражену втомлюваність і емоційну слабкість, і може бути пов'язано з хронічним стресом, психоемоційними труднощами або фізичними розладами, які потребують комплексного підходу до лікування.

Загалом, серед жінок спостерігається більший відсоток помірних проявів астенії, що вказує на більш високий рівень емоційного напруження, ніж серед чоловіків. У той же час, серед чоловіків найбільша частка знаходиться на низькому рівні астенії, але є й значна частка з високим рівнем астенічного стану, що свідчить про наявність психосоматичних розладів, які потребують уваги.

Нами було співставлено рівень симптомів за PHQ-15 з рівнем астенічного синдрому за ШАС. Результати представлені на рисунку 2.1.

В осіб, що набрали низький рівень за тестом PHQ-15, всі 100% мають низький рівень за шкалою ШАС. Це означає, що фізичні симптоми, пов'язані з психосоматичними розладами, відсутні або незначні, а пацієнти не мають виражених проявів астенії.

Серед осіб з середнім рівнем за PHQ-15, 92% показали середній рівень за ШАС. Це свідчить про те, що більшість пацієнтів з помірними фізичними симптомами мають помірний рівень астенії, що може бути пов'язано з помірними емоційними або фізичними навантаженнями. Лише 8% пацієнтів у цій категорії мають низький рівень астенії.

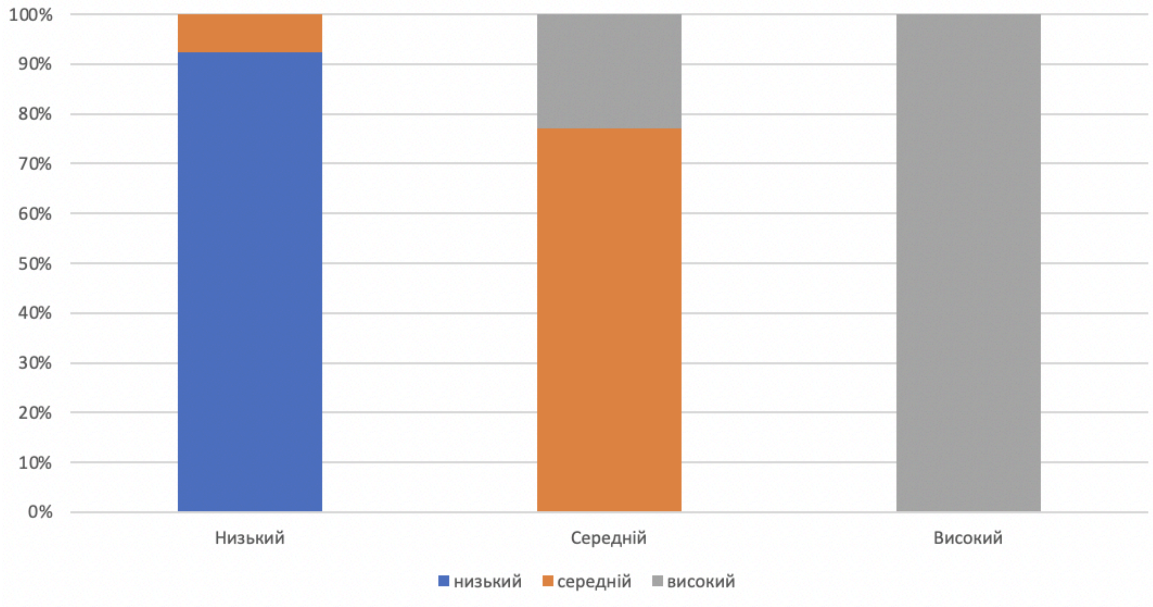


Рисунок 2.1. Співставленння рівня симптомів за PHQ-15 з рівнем астенічного синдрому за ШАС (n=31), у %. Джерело: складено автором.

Серед осіб з високим рівнем за PHQ-15, 73% мають високий рівень за шкалою ШАС, що вказує на виражені симптоми астенії. Ці пацієнти мають значне фізичне і емоційне виснаження, ймовірно, через хронічний стрес або психосоматичні порушення. 27% пацієнтів у цій категорії показали середній рівень астенії, що також вказує на певну міру фізичного та емоційного виснаження, але менш виражену.

Результати, вказані на рисунку 2.1, показують тісний взаємозв'язок між рівнями психосоматичних симптомів (PHQ-15) та астенічного стану (ШАС). З отриманих даних можна зробити висновок, що особи з низьким рівнем астенії мають не виражений рівень психосоматичних симптомів, тоді як більшість осіб із середнім рівнем психосоматичних симптомів мають помірну астенію. У свою чергу, клієнти з високим рівнем астенії мають високий або середній рівень психосоматичних симптомів. Дані результати підкреслюють важливість комплексного підходу до діагностики та подальшої психокорекції психосоматичних розладів, включаючи як фізичну, так і емоційну підтримку.

Нами було проаналізовано результати тесту на гіпнабельність НДІ ім.Прототопова. Результати представлені на рисунку 2.2 у відсотках відносно результатів PHQ-15.

В результатах співвідношення рівнів гіпнабельності за тестом Прототопова і рівнів психосоматичних симптомів, оцінених за тестом PHQ-15, можна побачити чітку взаємозалежність між цими двома характеристиками. Рисунок показує, як різні рівні гіпнабельності корелюють із проявами психосоматичних симптомів, що дозволяє зробити важливі висновки.

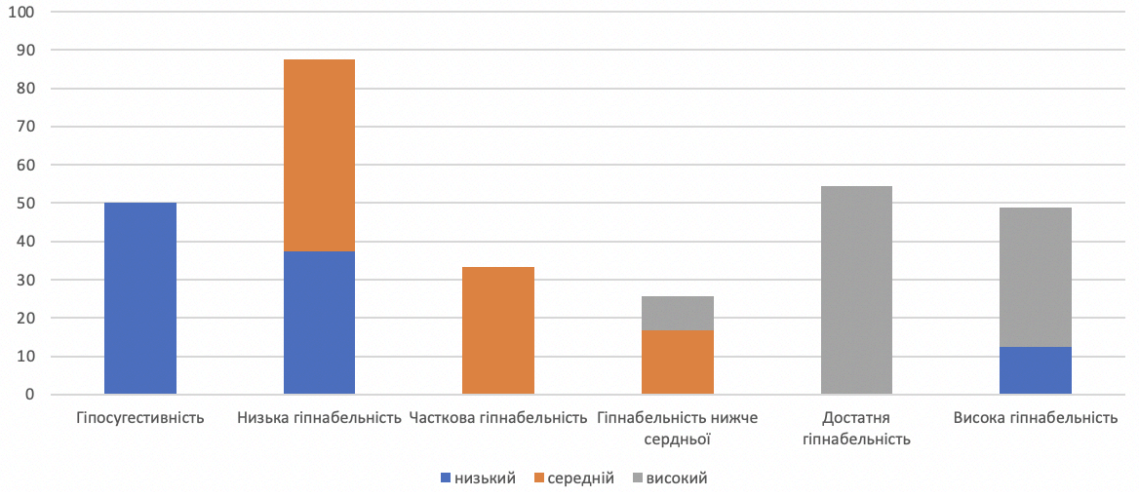


Рисунок 2.2. Співставленння рівня симптомів за PHQ-15 з рівнем гіпнабельності (n=31), у %. Джерело: складено автором.

Низький рівень психосоматичних симптомів (PHQ-15):

Клієнти з низьким рівнем психосоматичних симптомів здебільшого мають гіпосугестивність (50%) або низьку гіпнабельність (38%). Це свідчить про те, що люди з низькими психосоматичними симптомами мають низьку схильність до гіпнозу, що може вказувати на відсутність або незначні психоемоційні труднощі. Можна припустити, що їхні симптоми мають суто фізіологічну природу, адже не схильні до навіювання або самонавіювання.

Також 13% (1 особа) з низьким рівнем симптомів мають високу гіпнабельність, що може свідчити про індивідуальні особливості психічної гнучкості, але без серйозних психосоматичних проявів.

Середній рівень психосоматичних симптомів (PHQ-15):

Для клієнтів з середнім рівнем психосоматичних симптомів спостерігається, що більшість має низьку гіпнабельність (50%) або часткову гіпнабельність (33%). Це вказує на наявність помірних психосоматичних симптомів у осіб з дещо вищим рівнем гіпнабельності, адже вони більш схильні до самонавіювання.

Інші категорії, як гіпнабельність нижче середнього (17%), показують наявність деякої психологічної вразливості, яка може бути пов'язана з психосоматичними проявами.

Високий рівень психосоматичних симптомів (PHQ-15):

У групі з високим рівнем психосоматичних симптомів спостерігається достатня гіпнабельність, що є найпоширенішою категорією (55%). Даний результат свідчить про високий рівень гіпнабельності у пацієнтів з вираженими психосоматичними симптомами. А значить самонавіювання при фізіологічному нездужанні є доволі вірогідним феноменом.

Також 36% пацієнтів з високим рівнем симптомів мають високу гіпнабельність, що підтверджує наявність значного психоемоційного компоненту, який може впливати на вираженість фізичних симптомів.

Крім того, 9% з високим рівнем психосоматичних симптомів мають гіпнабельність нижче середнього, що може вказувати на неоднозначність у зв'язку між гіпнабельністю і вираженістю симптомів у деяких індивідуумів або виключно фізіологічну природу нездужання.

Нами було проаналізовано результати, отримані за методикою «Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)». Результати представлені в таблиці 2.2.

Таблиця 2.1

Результати за «Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)» (n=31) відносно результатів за PHQ-15.

	Тривожність	Депресія
Низький	Н	Н
Середній	Н	Н
Високий	С	С

Представлені результати в таблиці демонструють зв'язок між рівнем психосоматичних симптомів, оцінених за тестом PHQ-15, та рівнем тривожності і депресії, що класифікуються за двома категоріями: норма (Н) та субклінічний рівень (С).

Особи з низьким і середнім рівнем психосоматичних симптомів показали рівень тривожності та депресії в межах норми, що підтверджує гіпотезу: коли емоційний стан знаходиться в межах норми, фізичні симптоми не набувають вираженого або хронічного характеру. Відсутність тривожності та депресії, ймовірно, дозволяє організму зберігати емоційну та фізичну рівновагу, що, в свою чергу, знижує ймовірність розвитку психосоматичних розладів. Такий рівень симптомів зазвичай не потребує спеціального лікування і може бути адаптивним у межах нормального функціонування.

У групі з високим рівнем психосоматичних симптомів спостерігається, що тривожність та депресія оцінюються як субклінічні (С) у всієї вибірки. Це свідчить про наявність незначних, але помітних ознак тривожності та депресії, які ще не досягли рівня клінічного діагнозу, але є достатньо вираженими, щоб потребувати уваги. Субклінічні симптоми можуть включати такі прояви, як легка тривожність, нерегулярні або тимчасові перепади настрою, що можуть посилювати фізичні симптоми, характерні для психосоматичних розладів. У цьому випадку важливою є рання діагностика та корекція цих симптомів для

запобігання їхньому прогресуванню до більш серйозних форм депресії чи тривожного розладу.

Співтавивши дані, отримані за методиками ШАС та гіпнабельності, нами була отримана «теплова карта» рівня астенії в залежності від рівня гіпнабельності, представлена на рисунку 2.3. Розподіл значень вказує на те, як здатність до гіпнозу корелює з проявами астенії у пацієнтів, що дозволяє зробити кілька важливих висновків.

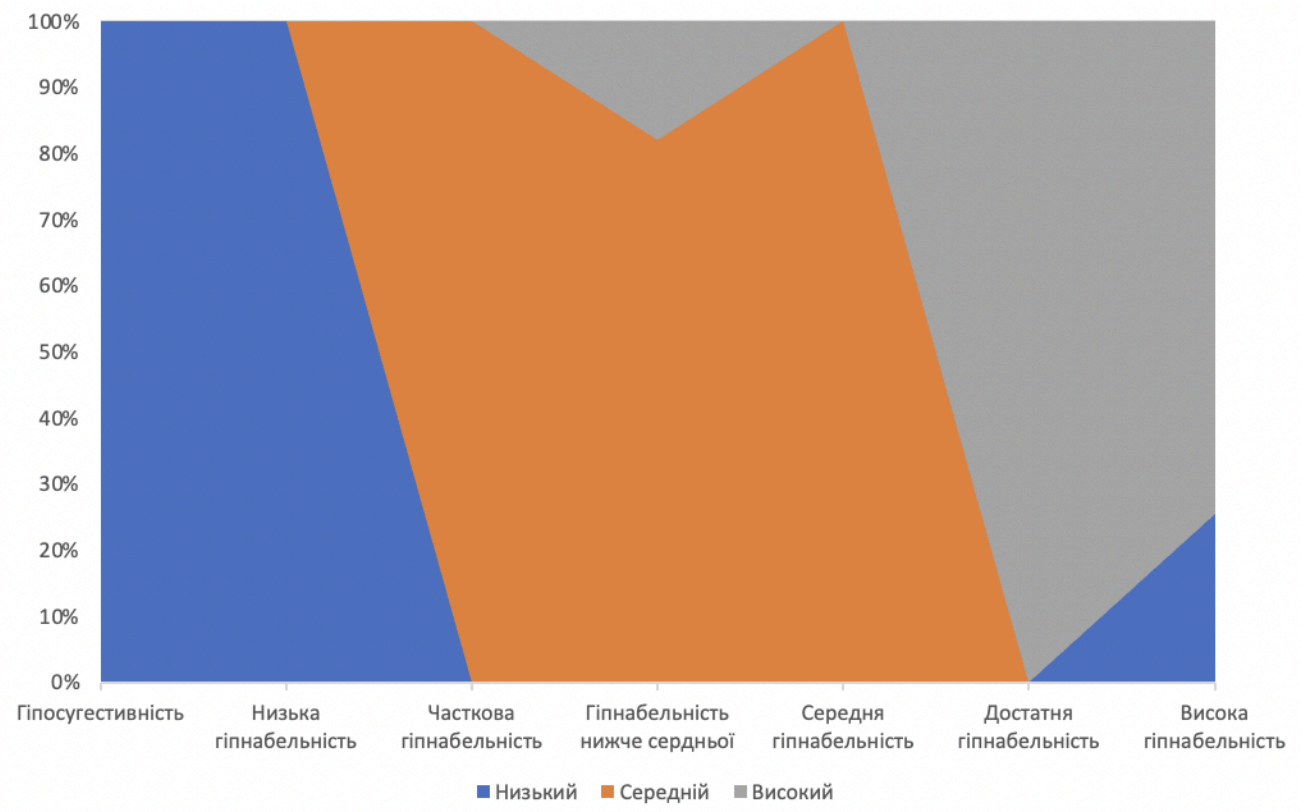


Рисунок 2.3. Співставленння рівня астенії з рівнем гіпнабельності (n=31), у %. Джерело: складено автором.

50% осіб з гіпосугестивністю мають низький рівень астенії. Це вказує на те, що особи з низькою здатністю до гіпнозу зазвичай не демонструють вираженого емоційного або фізичного виснаження, що є характерним для людей без серйозних психосоматичних симптомів. Особи з низькою гіпнабельністю (38%) здебільшого мають низький рівень астенії. Це свідчить

про те, що люди з меншою схильністю до гіпнозу мають невисокий рівень фізичної чи емоційної втоми, що може вказувати на відсутність значного стресу чи психоемоційного перевантаження.

50% осіб з частковою гіпнабельністю демонструють середній рівень астенії. Це може вказувати на те, що клієнти, які мають помірну здатність до гіпнозу, схильні до середнього рівня емоційного та фізичного виснаження, що може бути частково пов'язано з тим, як вони реагують на стресові ситуації або як їхня здатність до гіпнозу взаємодіє з емоційними або фізичними симптомами. Особи з гіпнабельністю нижче середнього в 42% випадків мають середній рівень астенії та в 9% випадків високий рівень астенії. Це показує, що люди з підвищенням рівня гіпнабельності переживають більше емоційного або фізичного виснаження, що може бути результатом стресу, депресії чи інших психосоматичних факторів, а також самонавіювання.

55% осіб з достатньою гіпнабельністю мають високий рівень астенії. Це є індикатором того, що люди з високою здатністю до гіпнозу, ймовірно, більш схильні до вираженого емоційного та фізичного виснаження, а також до самонавіювання. Це може бути пов'язано з тим, що такі пацієнти більш чутливі до стресових ситуацій або емоційного навантаження, що може виражатися в значному фізичному та психологічному виснаженні.

Пацієнти з високою гіпнабельністю мають 13% низький рівень астенії (1 особа в кількісному еквіваленті) та 36% високий рівень астенії. Це підтверджує, що люди з дуже високою здатністю до гіпнозу можуть бути більш схильними до значних психосоматичних розладів оскільки їхня здатність до гіпнозу та самонавіювання може бути пов'язана з більшою чутливістю до психоемоційних навантажень.

Підсумовуючи, можна зробити висновок, що при низькому рівні астенії більшість осіб демонструє низький рівень гіпнабельності, що свідчить про відсутність схильності до гіпнозу або сугестивних впливів, а також про низький рівень емоційного та фізичного виснаження. У разі середнього рівня

астенії в більшості осіб спостерігається помірний рівень сугестивності, що може вказувати на наявність помірного емоційного або фізичного виснаження, яке дозволяє людині бути чутливішою до сугестивних впливів та самонавіювання, але не настільки, щоб це призводило до виражених психосоматичних порушень. Водночас високий рівень астенії супроводжується підвищеним рівнем гіпнабельності, що включає також і здатність до самонавіювання, що може свідчити про глибші емоційні чи фізичні труднощі у пацієнтів з високим рівнем психоемоційного виснаження. Це вказує на те, що люди з більш вираженими проявами астенії можуть мати більшу схильність до гіпнозу, а також здатність до самонавіювання, що потребує особливої уваги при корекції психосоматичних розладів.

Нами був проведений розрахунок лінійної регресії для вивчення того, як тривожність (Т), депресія (Д), астенія (ШАС) та гіпнабельність можуть впливати на рівень психосоматичних симптомів (PHQ-15).

Модель регресії показує, що рівень психосоматичних симптомів (PHQ-15) залежить від кількох змінних, зокрема депресії (Д), астенії (ШАС) та гіпнабельності. Модель лінійної регресії для передбачення залежної змінної (у нашому випадку PHQ-15) через незалежні змінні (тривожність (Т), депресія (Д), астенія (ШАС), гіпнабельність) має вигляд:

$$\text{PHQ-15} = \beta_0 + \beta_1(\text{Т}) + \beta_2(\text{Д}) + \beta_3(\text{ШАС}) + \beta_4(\text{Гіпнабельність}) + \epsilon$$

де:

β0 — константа (перехоплення), що відповідає за значення PHQ-15, коли всі незалежні змінні дорівнюють нулю.

β1,β2,β3,β4 — коефіцієнти регресії для кожної змінної (тривожність, депресія, астенія, гіпнабельність), які показують, як зміна в цих змінних впливає на значення PHQ-15.

ϵ — залишковий термін, що відображає непояснену варіацію в даних.

Коефіцієнт β1 для Т (тривожності) показує, наскільки зміниться рівень PHQ-15 при зміні тривожності на одиницю.

Коефіцієнт β2 для Д (депресії) вказує, як зміна депресії впливає на рівень PHQ-15.

Коефіцієнт β3 для ШАС (астенії) вказує, якою мірою астенія пов'язана з підвищенням або зниженням рівня психосоматичних симптомів.

Коефіцієнт β4 для Гіпнабельність показує, як здатність до гіпнозу корелює з рівнем психосоматичних симптомів.

Коефіцієнти регресії (β) оцінюються за допомогою методу найменших квадратів. Формула для оцінки коефіцієнтів:

$$\hat{\beta} = (X^T X)^{-1} X^T Y$$

де:

β — вектор оцінених коефіцієнтів регресії.

X — матриця, що містить значення незалежних змінних (включаючи одиничний стовпець для перехоплення).

Y — вектор залежних змінних (PHQ-15).

X^T — транспонована матриця

$(X^T X)^{-1}$ — обернена матриця до

Коефіцієнти та інтерпретація:

Константа (-4.3097): Це перехоплення на осі Y, що показує очікуваний рівень PHQ-15, коли всі незалежні змінні дорівнюють нулю.

Тривожність (Т): Коефіцієнт для тривожності (-0.3204) не є статистично значущим (p = 0.279). Це свідчить про те, що тривожність не має значного впливу на рівень психосоматичних симптомів у цьому аналізі.

Депресія (Д): Коефіцієнт для депресії (0.4425) статистично значущий (p = 0.040), що вказує на позитивний зв'язок між депресією та рівнем

психосоматичних симптомів. Це означає, що зі збільшенням рівня депресії збільшується й рівень психосоматичних симптомів.

Астенія (ШАС): Коефіцієнт для астенії (0.1693) є статистично значущим (p = 0.000), що підтверджує сильний позитивний зв'язок між рівнем астенії та психосоматичними симптомами. Збільшення рівня астенії супроводжується зростанням психосоматичних симптомів.

Гіпнабельність: Коефіцієнт для гіпнабельності (0.0740) не є статистично значущим (p = 0.154), що означає, що гіпнабельність не має значного впливу на психосоматичні симптоми в даній вибірці.

Оцінка точності моделі.

R^2 (коефіцієнт детермінації):

$$R^2 = 1 - \frac{\sum(Y_i - \hat{Y}_i)^2}{\sum(Y_i - \bar{Y})^2}$$

де:

Y_i — спостережуване значення залежної змінної.

Y^i — передбачене значення залежної змінної.

$\bar{Y}$ — середнє значення залежної змінної.

R^2 = 0.904: Це означає, що модель пояснює 90.4% варіації психосоматичних симптомів, що свідчить про високу точність моделі.

Статистична значущість ($p < 0.05$): Зважаючи на p-значення для депресії (0.040) та астенії (0.000), ці фактори мають значний вплив на рівень психосоматичних симптомів.

Значення p для тривожності (0.279) та гіпнабельності (0.154) вказують на те, що ці змінні не є статистично значущими для прогнозування психосоматичних симптомів у цій моделі.

Депресія та астенія є важливими предикторами психосоматичних симптомів, і їхній вплив на рівень симптомів є значущим.

Тривожність та гіпнабельність не мають значного впливу на рівень психосоматичних симптомів в даній вибірці, що може свідчити про необхідність подальших досліджень для визначення їхнього впливу в інших контекстах або за допомогою інших методів.

Модель, застосована нами, є сильною, пояснюючою більшу частину варіації психосоматичних симптомів, і підкреслює важливість врахування емоційних та фізичних аспектів для корекції психосоматичних розладів.

Висновок до другого розділу.

При емпіричному дослідженні психосоматичних розладів у дорослих було застосовано такі методики: тест на гіпнабельність НДІ ім.Прототопова; госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS); шкала астенічного стану (ШАС); опитувальник здоров’я пацієнта (Patient Health Questionnaire) PHQ-15. Дослідження було проведено на вибірці з 31 особи.

Підсумовуючи результати дослідження, можна зробити кілька важливих висновків щодо зв'язку між різними психоемоційними факторами, гіпнабельністю та психосоматичними симптомами.

Результати аналізу даних показують тісний зв'язок між рівнем астенії та гіпнабельністю. Пацієнти з високим рівнем астенії частіше мають вищу гіпнабельність, що включає також здатність до самонавіювання. Це вказує на те, що особи з більш вираженим емоційним та фізичним виснаженням мають більшу схильність до гіпнозу, в тому числі самогіпнозу. У той час як пацієнти з низьким рівнем астенії зазвичай мають низьку гіпнабельність, що свідчить про відсутність вираженого психоемоційного навантаження.

Лінійна регресія показала, що депресія має позитивний зв'язок із рівнем психосоматичних симптомів, що підтверджує важливість емоційних факторів у розвитку фізичних симптомів. Зокрема, кожен додатковий бал депресії підвищує рівень психосоматичних симптомів. Це узгоджується з численними дослідженнями, що вказують на те, що депресивні стани можуть

сприяти розвитку або загостренню фізичних проблем, таких як болі, порушення сну, розлади травлення та інші.

Важливим результатом є також підтвердження того, що астенія (вимірювана методикою ШАС) має сильний вплив на психосоматичні симптоми. Це означає, що фізичні прояви виснаження, такі як постійна втома, слабкість, зниження енергії, тісно пов'язані з розвитком психосоматичних розладів. Високий рівень астенії безпосередньо корелює з більшими психосоматичними проблемами, підкреслюючи важливість корекції цього стану у клієнтів.

Водночас, регресійний аналіз показав, що тривожність та гіпнабельність не мають значущого впливу на рівень психосоматичних симптомів у даній вибірці. Це може свідчити про те, що хоча тривожність та здатність до гіпнозу можуть мати певний зв'язок з емоційними порушеннями, їхній вплив на фізичні симптоми виявився менш значущим у порівнянні з депресією та астенією. Однак це не виключає можливості їх впливу в інших контекстах або при більш специфічних умовах, що потребують подальших досліджень.

Хоча гіпнабельність не мала значного впливу на рівень психосоматичних симптомів при регресійному аналізі, результати показали, що люди з високим рівнем гіпнабельності можуть мати більші труднощі з емоційним виснаженням і психосоматичними проявами. Це може вказувати на те, що здатність до гіпнозу і самонавіювання може відігравати роль у суб'єктивному сприйнятті фізичних симптомів.

Застосування лінійного регресійного аналізу дозволило виявити важливі зв'язки між депресією, астенією та психосоматичними симптомами, що підтверджує необхідність комплексного підходу до лікування психосоматичних розладів. Оскільки рівень астенії і депресії є суттєвими факторами, що впливають на розвиток фізичних симптомів, це підкреслює

важливість комплексної терапії, що включає як емоційну, так і фізичну підтримку.

Отримані результати підкреслюють важливість комплексного підходу до діагностики психосоматичних розладів. Адже лише фізична терапія без врахування емоційного стану особистості або навпаки – емоційна підтримка без врахування фізичних симптомів – не дасть бажаного ефекту. Для досягнення найкращих результатів необхідно застосовувати інтегрований підхід, що включає як фізичну, так і психологічну підтримку.

РОЗДІЛ 3. ВИДИ ТА ЗАСОБИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДОРОСЛИМ ІЗ ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

3.1. Види психологічної допомоги дорослим із психосоматичними розладами (психотерапія, психологічне консультування тощо).

Згідно з даними Міністерства охорони здоров'я України, від 30% до 70% пацієнтів, які звертаються за медичною допомогою, страждають від психосоматичних розладів [54]. Ці люди часто потребують не лише традиційного медичного лікування, а й психологічної підтримки або комплексного психотерапевтичного супроводу. Такі розлади можуть бути результатом емоційного стресу, хронічної тривоги, депресії та інших психологічних факторів, що мають безпосередній вплив на фізичний стан пацієнтів. Враховуючи цю значущу частку пацієнтів, важливо впроваджувати інтердисциплінарний підхід, який поєднує медичне лікування з психотерапевтичною допомогою для досягнення найкращих результатів у лікуванні психосоматичних порушень.

Одним із основних аспектів психологічної допомоги при психосоматичних розладах є навчання пацієнта конструктивному переживанню та вираженню агресивних емоцій, зокрема щодо найближчих осіб та психолога [75]. Це має вирішальне значення для зменшення емоційного напруження і покращення здатності до ефективної емоційної регуляції, що, у свою чергу, безпосередньо впливає на фізіологічні прояви психосоматичних порушень. Агресія, як природна емоція, може бути потужним джерелом стресу, якщо її пригнічувати або невірно виражати. Тому важливо навчити пацієнта безпечно і здорово виражати ці емоції, не допускаючи їхнього накопичення або деструктивного впливу на організм.

Окрім того, здатність до емоційної регуляції включає в себе розвиток навичок управління не лише агресією, а й іншими сильними емоціями, такими як страх, гнів чи тривога. Це дозволяє клієнту краще справлятися з емоційними перевантаженнями, що знижує рівень стресу і позитивно впливає

на фізичний стан. Психолог допомагає не лише усвідомити джерела цих емоцій, а й розвиває стратегії їх здорового вираження через різні терапевтичні методи, включаючи когнітивно-поведінкові техніки, арт-терапію, тілесно-орієнтовану терапію та інші методи, що допомагають пацієнту знизити психофізіологічний стрес і покращити загальний стан здоров'я.

Психолог або психотерапевт має ключову роль у корекції та управлінні психосоматичними розладами, оскільки їхня діяльність сприяє поліпшенню як фізичного, так і психічного стану пацієнта. Завдяки консультаціям фахівця клієнт здобуває важливі інструменти для ефективного подолання фізичних симптомів, що виникають на фоні психологічних труднощів [55].

При психологічній допомозі психотерапевт може застосувати для контролю та зниження психосоматичних симптомів такі інструменти:

- Ідентифікація та розуміння емоційних чинників: виявлення стресових ситуацій, негативних емоцій та невирішених психологічних конфліктів є важливим першим кроком у процесі психологічної допомоги. Зрозуміти, як емоційні стани пов'язані з фізичними симптомами, допомагає клієнту усвідомити джерела своїх проблем та почати працювати з ними.
- Навчання методів управління стресом: психолог допомагає клієнту розвинути стратегії адаптації до життєвих труднощів. Це включає в себе релаксаційні техніки, медитацію, дихальні вправи та інші методи, які допомагають знизити рівень напруги та відновити емоційну рівновагу.
- Допомога у розв'язанні конфліктів: психологічні або міжособистісні конфлікти можуть значно впливати на фізичне самопочуття. Психолог допомагає виявити ці конфлікти та розробити стратегії їх вирішення, що, в свою чергу, знижує їхній вплив на здоров'я.
- Розвиток позитивного психологічного стану: за допомогою когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) психолог працює з клієнтом над зміною негативних переконань і розвитку позитивних мисленнєвих патернів. Це

дозволяє покращити ставлення до життя, зміцнити внутрішні ресурси клієнта і знизити ймовірність виникнення психосоматичних симптомів.

- Терапія для зменшення прояву симптомів: психолог використовує різноманітні методи для зменшення або усунення фізичних симптомів, що виникають на фоні стресу, тривоги або депресії. Це включає в себе техніки для зниження фізіологічних реакцій на стрес, що веде до полегшення фізичного стану.

Загальна мета психологічної допомоги при психосоматичних розладах полягає в тому, щоб допомогти клієнту досягти гармонії між психічним і фізичним станом. Це дозволяє не тільки зменшити прояви симптомів, але й сприяє загальному покращенню здоров'я, забезпечуючи кращу якість життя та зменшуючи ризик подальших проблем із здоров'ям.

Види психологічної допомоги при психосоматичних розладах.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є ефективним методом лікування психосоматичних розладів, спрямованим на розпізнавання та зміну негативних мисленнєвих патернів і поведінки, які можуть посилювати психосоматичні симптоми [17]. Основною метою КПТ є усвідомлення пацієнтами зв'язку між їхніми думками, емоціями та тілесними відчуттями, що дозволяє їм змінити негативні думки та переконання на більш позитивні і реалістичні. Крім того, КПТ навчає пацієнтів розвивати навички релаксації та ефективного управління стресом, що сприяє зниженню фізичного напруження, а також впроваджувати нові, більш адаптивні моделі поведінки, що позитивно впливає на загальний стан.

КПТ є ефективним методом психокорекції для широкого спектра психосоматичних розладів, серед яких синдром подразненого кишечника, головний біль, хронічний біль, серцево-судинні захворювання, пов'язані зі стресом, а також шкірні захворювання, такі як екзема та псоріаз, які посилюються через психологічний стрес. Крім того, КПТ використовується

для лікування захворювань дихальної системи, таких як астма, що загострюються під впливом стресу.

Основні принципи КПТ включають когнітивний принцип, згідно з яким переконання пацієнта впливають на його емоції та поведінку, а також поведінковий принцип, що наголошує на тому, що зміна поведінки може впливати на мислення та емоційний стан. Принцип співпраці передбачає тісну взаємодію терапевта і пацієнта для досягнення спільних цілей, а принцип планування вказує на структурованість терапії з чіткими цілями та планом дій.

Психодинамічна терапія є ефективним методом лікування психосоматичних розладів, оскільки її фокус зосереджений на вивченні несвідомих процесів та внутрішніх конфліктів, які можуть проявлятися у вигляді фізичних симптомів. Цей підхід сприяє у виявленні та опрацюванні глибинних психічних проблем, що дозволяє зменшити або усунути психосоматичні прояви, зокрема, через розуміння внутрішніх причин фізичного нездужання [14].

Психодинамічна терапія передбачає, що психосоматичні симптоми можуть бути вираженням прихованих психологічних конфліктів, які знаходять своє фізичне відображення. Терапія допомагає пацієнтам усвідомити зв'язок між їхнім внутрішнім емоційним світом і фізичним станом, що є ключовим для лікування психосоматичних розладів. Вона дозволяє зрозуміти, як несвідомі процеси та емоції впливають на фізичне здоров’я, а також розглядає захисні механізми, такі як витіснення і соматизація, що сприяють виникненню психосоматичних симптомів. Це дає можливість пацієнтам навчитися розпізнавати ці механізми та опрацьовувати їх [3].

Крім того, психодинамічна терапія включає роботу з дитячими травмами та ранніми негативними переживаннями, які можуть бути коренем психосоматичних проблем у дорослому житті. Вона дає можливість з’ясувати, як минулі переживання сприяють виникненню сучасних симптомів і навчитися з ними працювати. Терапія також сприяє розвитку глибшого рівня

самосвідомості, допомагаючи краще розуміти свої емоції, потреби та мотивації. Це є важливим кроком у процесі управління психосоматичними реакціями і зниження їхнього негативного впливу на фізичне здоров’я.

Терапія також передбачає використання методів, таких як вільні асоціації, аналіз сновидінь, інтерпретація перенесення і робота з опором. Ці техніки допомагають виявити приховані конфлікти та несвідомі бажання, що можуть бути причиною психосоматичних симптомів, а також дають можливість клієнту працювати з цими конфліктами та усвідомлювати їх.

Психодинамічна терапія вимагає часу і терпіння, оскільки вона працює на глибинному рівні особистості. Результати можуть бути помітні не відразу, але при систематичному і послідовному роботі з терапевтом пацієнти можуть досягти значного покращення як психічного, так і фізичного здоров’я, зменшуючи прояви психосоматичних розладів. Цей метод є важливим інструментом для розв’язання внутрішніх конфліктів, що лежать в основі психосоматичних симптомів, і допомагає клієнтам відновити психічну рівновагу, покращуючи загальну якість життя.

Символдрама, або кататимно-імагінативна психотерапія, є методологією, яка використовує уяву та символи для роботи з психосоматичними розладами, базуючись на принципах глибинної психології. Цей підхід спрямований на розкриття несвідомих конфліктів, бажань та емоцій, які можуть проявлятися у вигляді фізичних симптомів. Символдрама дозволяє досліджувати та розкривати приховані причини фізичних проблем, що часто пов'язані з психологічними травмами, конфліктами або стресом. Через уявні образи клієнт має можливість виявити ці несвідомі причини та працювати з ними [44].

Одним із важливих аспектів символдрами є сприяння розвитку більш глибокого розуміння себе, своїх потреб і психологічних механізмів захисту. Це дає змогу уникати повторення психосоматичних розладів, сприяючи їхній адаптації до життєвих ситуацій і стресів. Наприклад, при таких симптомах, як

головний біль, запаморочення або безсоння, символдрама може допомогти клієнту за допомогою образів спокою, рівноваги і безпеки знайти способи заспокоїтися та покращити свій стан. У випадках психосоматичних розладів, пов'язаних з тривогою та депресією, цей метод дозволяє виявити та опрацювати приховані емоційні причини цих станів, що сприяє зниженню їхнього впливу на фізичне здоров'я.

Психодрама також є ефективним методом психотерапії для осіб, які страждають від психосоматичних захворювань, оскільки вона дозволяє глибше досліджувати та виражати емоції, що часто пригнічуються, і які можуть бути суттєвим фактором у розвитку або загостренні цих розладів. В рамках психодрами, через драматичну імпровізацію, клієнти мають можливість відтворювати конфліктні ситуації, в яких вони перебувають, досліджувати внутрішні переживання та емоційні блоки, що, в свою чергу, допомагає їм знаходити нові шляхи для вираження своїх почуттів і покращення психологічного стану. Це дозволяє активізувати процес самозцілення, що позитивно впливає на фізичне самопочуття [60].

Психодрама також сприяє зміні поведінкових патернів, розвитку нових навичок та стратегій, які дозволяють ефективніше справлятися зі стресом та емоційними труднощами, що можуть провокувати або погіршувати психосоматичні симптоми. Рольова гра та взаємодія з іншими учасниками групи покращують соціальну компетентність, міжособистісні стосунки та здатність до конструктивної комунікації, що є важливим аспектом при психокорекції психосоматичних захворювань, оскільки соціальні фактори часто відіграють важливу роль у виникненні та розвитку таких розладів.

Психоаналітичний підхід до психосоматики ґрунтується на твердженні, що фізичні симптоми можуть бути вираженням внутрішніх психологічних конфліктів, які часто є несвідомими. Згідно з цією теорією, певні емоційні стани, зокрема неусвідомлені травми, можуть знаходити свій вихід у вигляді тілесних проявів, таких як біль, втома чи інші захворювання. Психоаналітична

перспектива на психосоматичні розлади акцентує увагу на важливості несвідомих процесів у виникненні фізичних симптомів, оскільки вони часто є результатом глибоко прихованих конфліктів, які, не будучи усвідомленими, перетворюються на фізіологічні прояви.

Фізичні симптоми в психоаналізі трактуються як символічне вираження внутрішніх емоційних переживань. Наприклад, головний біль може бути інтерпретований як фізичний прояв пригніченого гніву або тривоги, що не знаходять адекватного виразу в свідомості людини. Психоаналітичний підхід також акцентує увагу на ролі захисних механізмів, таких як витіснення або заперечення, які можуть сприяти трансформації емоцій у тілесні симптоми. Ці механізми є важливою частиною психічного захисту особистості, однак їхній вплив може призвести до розвитку фізичних проявів психічних конфліктів, які не були усвідомлені чи інтегровані в свідомість клієнта [61].

Гештальт-терапія є впливовим підходом до роботи з психосоматичними розладами, оскільки вона розглядає людину як цілісну систему, в якій тіло та психіка взаємопов'язані. Згідно з гештальт-підходом, психосоматичний симптом сприймається як сигнал про невирішений внутрішній конфлікт або незадоволену потребу, де тіло функціонує як "сцена", на якій розгортається драма несвідомих психічних процесів. Це дозволяє клієнту зрозуміти, що фізичні симптоми можуть бути вираженням неусвідомлених емоцій і психологічних проблем, що потребують розв'язання на глибинному рівні.

Гештальт-терапія сприяє усвідомленню емоцій, почуттів та тілесних відчуттів, що пов'язані з психосоматичними симптомами. Завдяки роботі з тілесними відчуттями, такими як напруження, біль або інші фізіологічні прояви, терапія дозволяє виявити та виразити емоції, які часто залишаються пригніченими або неусвідомленими. Це важливий етап, оскільки гештальт-терапія визнає взаємозв'язок між психічними та фізіологічними

процесами, підкреслюючи, що психологічні фактори можуть впливати на фізичне здоров'я, і навпаки, фізичний стан може бути відображенням психологічних проблем.

У цьому контексті гештальт-терапія акцентує увагу на відповідальності клієнта за свої емоції та потреби, сприяючи формуванню здатності до самовизначення і зміни ситуацій, що спричиняють стрес чи фізичні недуги. Терапія зосереджується на "тут і зараз", що дозволяє краще усвідомити поточний стан і виявити проблеми, які сприяють розвитку психосоматичних симптомів. Гештальт-терапія сприяє глибокому розумінню емоцій і тілесних відчуттів, що часто приховані або заблоковані. Вона допомагає виявити та виразити ці емоції через рольову гру, діалог або роботу з фантазіями та сновидіннями, що дає змогу клієнту досліджувати свій внутрішній світ та зрозуміти, які невирішені проблеми стоять за його фізичними симптомами [76].

Нейролінгвістичне програмування (НЛП) є ще одним методом у контексті психокорекції психосоматичних розладів, оскільки зосереджується на глибокому взаємозв'язку між когнітивними процесами, мовними конструкціями та поведінкою, що часто є важливими чинниками виникнення або посилення фізичних симптомів. Методики НЛП передбачають корекцію дисфункціональних шаблонів мислення та поведінки, які можуть негативно впливати на фізіологічне здоров'я. Техніки НЛП дозволяють клієнту змінити внутрішні переконання та установки, що є причиною стресових реакцій і психосоматичних симптомів, таких як хронічний біль, порушення сну або проблеми з травленням [67].

Психосоматичні розлади розвиваються, коли емоційний стрес і психологічні фактори взаємодіють із фізіологічними процесами, викликаючи або ускладнюючи різноманітні захворювання. НЛП, як одна з методик психологічної терапії, пропонує ефективні стратегії для зміни цих негативних моделей. Зокрема, НЛП допомагає виявляти та змінювати деструктивні

переконання, які можуть бути основою для розвитку психосоматичних розладів, знижуючи їхній вплив на фізичний стан.

Крім того, застосування технік НЛП покращує емоційний стан, що є ключовим у боротьбі зі стресом, тривогою та депресією — факторами, які часто супроводжують психосоматичні захворювання. Водночас НЛП сприяє корекції поведінкових патернів, розвиваючи нові стратегії, що більш адекватно відповідають на стресові ситуації і підтримують як фізичне, так і психічне здоров’я.

Особлива увага у НЛП приділяється ролі мови у формуванні суб’єктивної реальності людини. Через зміну мовних конструкцій і способів самовисловлювання особа може впливати на своє емоційне та фізичне самопочуття. Цей процес, зокрема, включає техніки перекомунікації та репрограмування внутрішнього діалогу, що спонукає до значних змін у сприйнятті проблем і їх вирішенні.

Прикладом застосування НЛП в контексті психосоматики є використання візуалізаційних технік і якорінг-практик для зменшення болю. Клієнти, застосовуючи ці методи, можуть значно знизити інтенсивність болю, пов’язаного з психосоматичними розладами, шляхом перенаправлення уваги або створення позитивних асоціацій. Крім того, НЛП може бути корисним у лікуванні порушень сну, таких як безсоння, що часто є супутнім симптомом психосоматичних захворювань. Техніки НЛП дозволяють стабілізувати цикл сну та зменшити психологічні чинники, що заважають нормальному відпочинку.

Групова та сімейна психотерапія також є дієвими методами у вирішенні конфліктів та покращенні взаємин між людьми, які можуть впливати на психосоматичний стан. Вони сприяють розвитку ефективних комунікаційних навичок, розв'язують внутрішні та міжособистісні суперечності, що, в свою чергу, позитивно впливає на фізичне та емоційне здоров’я.

Психологічне консультування, в свою чергу, надає підтримку та допомогу в опрацюванні поточних емоційних проблем, сприяючи вирішенню стресових ситуацій, які можуть бути як наслідком, так і причиною психосоматичних розладів. Воно надає клієнту можливість більш глибоко усвідомити свої переживання та знайти ефективні стратегії для подолання труднощів [41].

Крім того, психологічна підтримка є важливою складовою психотерапевтичного процесу, особливо в контексті кризових ситуацій або в разі розвитку серйозних психічних проблем. Кризова психологічна допомога надається у ситуаціях гострого стресу або травми, з метою мінімізації негативних психологічних наслідків і попередження розвитку більш серйозних порушень. Вона дозволяє швидко адаптуватися до змін та зменшити психоемоційне навантаження в моменти криз.

Підтримка при депресії та тривожних розладах є невід'ємною частиною процесу лікування психосоматичних захворювань. Ці стани часто супроводжують психосоматичні розлади і можуть значно погіршувати фізичне самопочуття. Психологічна підтримка в таких випадках дозволяє клієнтам розпізнати та змінити деструктивні мисленнєві патерни, а також зменшити рівень тривоги та депресії, що сприяє полегшенню фізичних симптомів.

Необхідно підкреслити, що жоден метод психокорекції чи психотерапії не може замінити медичне лікування психосоматичних розладів, однак вони можуть бути ефективним доповненням до основної терапії. Ефективність психокорекційного та психотерапевтичного процесу значною мірою залежить від ряду чинників, таких як досвід та кваліфікація психолога чи психотерапевта, готовність клієнта до активної участі в терапевтичному процесі, а також підтримка, що надається групою, в разі колективних форматів лікування. Важливим є також звернення до фахівців, які мають досвід роботи з психосоматичними розладами, оскільки це забезпечує більш високий рівень

професійної допомоги та можливість досягти стійких терапевтичних результатів.

3.2. Сучасні засоби психологічної допомоги дорослим із психосоматичними розладами (методи, вправи, техніки тощо).

Психосоматичні розлади, які характеризуються фізичними симптомами, що не мають явної органічної причини і часто обумовлені емоційними та психологічними факторами, вимагають комплексного підходу до лікування та психокорекції. Враховуючи складність природи таких захворювань, психологічна допомога є важливою складовою частиною терапевтичного процесу. Сучасні методи психологічної допомоги, такі як когнітивно-поведінкова терапія, майндфулнес, гештальт-терапія, психодрама, символдрама та інші, дозволяють ефективно працювати з клієнтами, допомагаючи їм розпізнавати та інтегрувати емоційні переживання, що лежать в основі їхніх фізичних симптомів.

Однією з методик, що використовується в *когнітивно-поведінковій терапії,* є практика усвідомленості, або майндфулнес. Це метод медитації, який поєднує буддійські філософські принципи з техніками концентрації, акцентуючи увагу на внутрішньому досвіді, як фізичному, так і ментальному. Цей підхід передбачає здатність уважно спостерігати за своїми діями та реакціями на зовнішні стимули, що дозволяє людині більш свідомо реагувати на навколишнє середовище. Одним з основоположників цієї практики є американський професор Джон Кабат-Зінн, який впровадив концепцію регулярного, дисциплінованого усвідомлення кожного моменту життя, незалежно від того, що відбувається навколо.

Дослідження підтверджують, що майндфулнес не лише ефективно допомагає знижувати рівень стресу, тривожності та вигорання, але й сприяє розвитку емпатії та співпереживання. Водночас ця практика значно покращує загальну якість життя, дозволяючи людям більш повноцінно переживати

моменти свого існування та взаємодії з іншими людьми. Як зазначає тренер з майндфулнес Карен Лібенгут, регулярне застосування цієї техніки допомагає розвивати більш здорове ставлення до стресових ситуацій і підвищує емоційну стійкість.

Майндфулнес (усвідомленість) включає в себе різноманітні практики, спрямовані на розвиток уважності та повної присутності в моменті, без оцінок і суджень [58]. Ось кілька прикладів застосування майндфулнес у повсякденному житті:

Медитація на диханні: одна з найбільш поширених практик майндфулнес. Учасник сідає в комфортну позу і зосереджується на своєму диханні, спостерігаючи за кожним вдихом і видихом. Кожен раз, коли увага відволікається на думки або відчуття, людина повертається до спостереження за диханням, не засуджуючи себе. Це допомагає розвивати здатність бути у моменті і не реагувати на думки чи емоції автоматично.

Майндфулнес під час їжі: у цій практиці людина зосереджується на кожному кроку їжі — від вигляду їжі на тарілці до її смаку, текстури, запаху і температури [68]. Важливо повністю зануритися в процес споживання їжі, звертаючи увагу на кожен аспект, а також прислухатися до відчуттів насичення та ситості. Це допомагає людям зберігати рівновагу, адже вони стають уважними до своїх відчуттів.

Прогулянка з усвідомленістю: під час прогулянки людина зосереджується на своїх відчуттях — відчуття ноги на землі, звуки навколишнього середовища, запахи, зміни температури повітря, і навіть на тих думках, які виникають. Важливо не оцінювати ці відчуття, а просто бути з ними, приймати їх такими, якими вони є.

Майндфулнес у стосунках: це включає в себе повну присутність під час спілкування з іншими, уважне слухання без переривань, оцінок або втручання. Майндфулнес дозволяє людині бути уважною до емоцій іншої особи,

створюючи безпечне і відкрито прийняте середовище для конструктивного діалогу.

Майндфулнес у повсякденних справах: може бути проста практика усвідомленості під час таких завдань, як миття посуду, прибирання або роздягання. Під час виконання цих звичних дій людина звертає увагу на процес: відчуття води на шкірі, текстуру предметів, запахи, звуки, які оточують її. Це допомагає зменшити стрес і зануритись в теперішній момент.

Такі і подібні вправи розвивають уважність і здатність бути в моменті, що сприяє зниженню стресу, покращенню емоційного благополуччя і підвищенню загальної якості життя.

У *гештальт-терапії* технічні методи, відомі як гештальт-ігри, являють собою різні вправи, які виконуються учасниками за вказівкою психотерапевта. Ці вправи сприяють більш прямому контактуванню з емоціями та переживаннями, дозволяючи клієнтам безпосередньо працювати з їх змістом. Ігри дають можливість пацієнтам експериментувати з власними ролями, а також взаємодіяти з іншими учасниками групи, втілюючи різні образи та ототожнюючи себе з почуттями, які мають для них значення. Метою цих експериментів є досягнення глибшого емоційного і інтелектуального розуміння, що сприяє інтеграції особистості.

Емоційне усвідомлення, яке є результатом такого процесу, є моментом самореалізації, коли пацієнт усвідомлює новий рівень розуміння, виражаючи «Ага!» За словами Фріца Перлса, це «Ага!» є сигналом того, що відбувається зрушення на глибинному рівні: коли відчувається, що відсутній емоційний блок або конфлікт. Цей процес, коли гештальт «закривається», можна порівняти з клацанням або досягненням внутрішнього рішення. З часом накопичення емоційних відкриттів веде до інтелектуального осмислення, яке завершує процес інтеграції, сприяючи глибшому розумінню та адаптації.

Один із прикладів гештальт-гри полягає у вправі, яка називається "Порожній стілець". Це класичний метод у гештальт-терапії, спрямований на

роботу з внутрішніми конфліктами, емоціями та невираженими переживаннями. У цій вправі учасник сідає перед порожнім стільцем і уявляє, що на ньому сидить важлива для нього особа, яка може бути реальним або уявним опонентом — це може бути хтось із минулого, конкретна людина або навіть частина власної особистості.

Терапевт пропонує клієнту висловити свої почуття, думки і неприємні емоції стосовно цієї особи чи ситуації. Учасник може "переміщатися" між стільцями, виступаючи то в ролі цієї особи, то в ролі самого себе, що дозволяє побачити ситуацію з іншої точки зору. Це допомагає усвідомити непереробленні емоції, конфлікти і потреби, що можуть бути джерелом його психосоматичних проблем. Метод сприяє глибшому розумінню своїх переживань, дозволяє "закрити гештальт" і надає можливість виразити емоції, які були раніше пригнічені або неповноцінно виражені.

Вправи в рамках *символдрами* допомагають клієнтам висловити і трансформувати неусвідомлені емоції, що впливають на фізичний стан, і відкривають шлях до глибшого розуміння своїх психосоматичних розладів.

Вправа "Тіло як символ": у цій вправі клієнт уявляє, що його тіло — це сцена, на якій розігруються емоції. Учасник може попросити себе уявити, як різні частини його тіла (наприклад, спина, груди, шия) мають певні символічні значення або емоції. Це дозволяє віднайти зв'язок між фізичними симптомами і емоціями, які можуть бути пригніченими чи неусвідомленими. Учасник може "розігрувати" ці емоції або образи, що допомагає виявити і опрацювати внутрішні конфлікти, що стоять за психосоматичними проявами.

Вправа "Прощення через символи": якщо клієнт відчуває фізичний біль або дискомфорт, пов'язаний з неприязню до когось або внутрішнім конфліктом, він може використовувати символи для "відпускання" цих негативних емоцій. Клієнт уявляє, що він тримає в руках предмет, який символізує образ цієї людини або конфлікту, а потім викидає цей предмет або

спалює його у своїй уяві. Це допомагає звільнити емоційний простір і полегшити фізичний стан.

Вправа "Альтернатива симптомам": Клієнт уявляє, що його психосоматичний симптом (наприклад, біль у спині) має власне обличчя або форму. Потім пацієнт створює альтернативний образ або символ, що уособлює здоров’я та комфорт. Клієнт може уявити, як цей новий образ поступово заміщає старий, що сприяє розслабленню і зниженню фізичної напруги, а також змінює емоційне ставлення до симптомів.

Під час психокорекції психосоматичних розладів застосовуються різноманітні методи невербальної та напіввербальної психотерапії, зокрема тілоорієнтовані техніки, дихальні практики, аутотренінг, релаксаційні вправи, музикотерапія, танцювальна терапія тощо.

Арт-терапія вважається провідним методом, що застосовує творчість і мистецтво для вираження та опрацювання емоцій і переживань клієнтів у процесі психокорекції психосоматичних розладів. Цей підхід дозволяє особам, які переживають фізичні симптоми, спричинені психологічними труднощами, використовувати художні засоби для зовнішнього вираження внутрішнього стану. Арт-терапія допомагає створити зв'язок між емоціями та тілесними відчуттями, що сприяє більш глибокому усвідомленню проблем та їх подальшому опрацюванню. Вона дозволяє клієнтам віднайти нові способи самовираження, що може бути особливо корисним для тих, хто має труднощі у вербальному вираженні своїх емоцій. Такий підхід сприяє зниженню емоційної напруги, полегшенню психосоматичних симптомів і розвитку внутрішнього ресурсу для подолання стресу та психологічних труднощів.

Тілесно-орієнтована терапія (ТОТ) зосереджується на взаємозв’язку між тілесними відчуттями і емоціями. Вправи тілесно-орієнтованої терапії допомагають усвідомити та розв’язати блоки в тілі, які можуть бути пов'язані з емоційними та психологічними труднощами.

Вправа на усвідомлення дихання: клієнт сидить або лягає в комфортній позі, зосереджуючи увагу на своєму диханні. Він спостерігає за кожним вдихом і видихом, звертаючи увагу на те, як дихання впливає на різні частини тіла. Вправа допомагає розслабити напруження і знижує рівень стресу. З часом клієнт може вчитися глибше дихати, що сприяє покращенню фізичного та емоційного стану. Така вправа перегукується з майндфулнес, що свідчить про ефективність дихальних практик при психологічному супроводі психосоматичних розладів.

Релаксація через напругу та розслаблення: у цій вправі клієнт по черзі напружує та розслабляє різні групи м'язів, починаючи з пальців ніг і поступово підвищуючи напругу до шиї і обличчя. Важливо уважно спостерігати за змінами в тілі під час цих змін, відзначаючи, де найбільше накопичується напруга. Така вправа допомагає стати більш чутливим до тілесних відчуттів і усвідомити, які емоції можуть бути пов'язані з цією напругою.

Вправа на вивільнення емоцій через рух: учаснику пропонується виконувати спонтанні рухи або танцювальні імпровізації, виражаючи через них свої емоції. Це може бути рух, що асоціюється з певним почуттям (наприклад, гнів або радощі). Важливо, щоб учасник не обмежував себе і дозволяв тілесним рухам бути природними і нестримними. Така вправа допомагає вивільнити накопичені емоції і знижує їх фізичну виразність у вигляді болю або дискомфорту.

Робота з тілесними блоками: клієнт концентрується на певній частині тіла, де відчувається напруження або біль. Він досліджує це відчуття, уявляючи, що може змінити або звільнити цю частину тіла. Це може бути уявне «розчинення» болю або тепла, яке наповнює цю область. Важливо при цьому бути уважним до того, які емоції можуть виникати в процесі роботи з конкретною частиною тіла.

Вправа на «земляні корені»: особа стає прямо, уявляючи, що з його стоп починають рости корені, які глибоко йдуть у землю. Це допомагає

відчути стабільність і заземленість. У той самий час пацієнт може зосередитися на тому, які емоції або думки виникають при такому відчутті зв’язку з землею. Вправа допомагає підвищити відчуття безпеки і зменшити тривогу.

Вправа «Розслаблення через звук»: клієнт вимовляє звуки, які асоціюються з певними емоціями (наприклад, гучний звук «аах» для звільнення напруги). Це може допомогти звільнити заблоковану енергію, яку накопичують емоції, і призвести до відчуття полегшення. Такі вправи особливо корисні для людей з вираженими фізичними симптомами, оскільки вони дозволяють «вивести» емоції через голос і звук.

Ці вправи допомагають не лише усвідомити свої фізичні симптоми, але й пов'язати їх з емоційними переживаннями. Вони сприяють глибшому розумінню взаємозв'язку між тілом і психологічними процесами, що є важливим етапом у лікуванні психосоматичних розладів.

Нейролінгвістичне програмування (НЛП) пропонує кілька ефективних вправ (додаток Д) для психологічної корекції психосоматичних розладів, спрямованих на зміну деструктивних переконань, емоційних блоків і патернів поведінки, що можуть бути основою для розвитку фізичних симптомів.

Такі та подібні вправи НЛП дозволяють особам з психосоматичними розладами ефективно працювати з симптомами, змінюючи їхні внутрішні переконання, емоції та поведінкові патерни, що значно покращує їхній фізичний і психологічний стан.

Групова психологічна підтримка є важливим інструментом у психокорекції психосоматичних розладів, оскільки вона дозволяє учасникам не лише отримувати емоційну підтримку, а й активно працювати з фізичними симптомами через групову динаміку, взаємодію та спільні вправи. Нами запропоновано декілька вправ для групових занять, що представлені в додатку Е.

Ці вправи сприяють зниженню рівня стресу та тривоги, що є основними чинниками психосоматичних розладів. Вони допомагають дорослим з психосоматичними розладами розслабити тіло, зняти фізичне напруження та досягти емоційного балансу, що в свою чергу покращує їхній загальний стан і сприяє одужанню.

Висновки до третього розділу.

У психокорекції психосоматичних розладів у дорослих особливу роль відіграють психологічні методи та техніки, що сприяють усвідомленню і корекції внутрішніх конфліктів, які мають фізичні прояви. Важливим аспектом в корекції цих розладів є застосування різноманітних терапевтичних методик, що дозволяють змінювати поведінкові патерни, емоційні реакції та когнітивні процеси, які впливають на фізичний стан. Серед найбільш ефективних методів для корекції психосоматичних розладів є нейролінгвістичне програмування (НЛП), символдрама, гештальт-терапія, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) тощо.

Нейролінгвістичне програмування (НЛП) спрямоване на зміну деструктивних переконань і патернів мислення, які можуть бути основою для розвитку психосоматичних розладів. В НЛП застосовуються техніки для роботи з внутрішнім діалогом, що дозволяє пацієнтам змінювати обмежувальні переконання та підвищувати рівень усвідомленості своїх емоцій і фізичних відчуттів.

Символдрама — це терапевтичний підхід, який використовує символи і образи для вираження та трансформації внутрішніх переживань. Дорослий з психосоматичним розладом може працювати з конкретними фізичними симптомами як з символічними образами, що представляють емоційні конфлікти або незадоволені потреби. Символдрама дозволяє виявити і змінити неусвідомлені емоції, які можуть бути основою психосоматичних розладів, і створити нові ресурси для самопідтримки і загоєння.

Гештальт-терапія зосереджується на дослідженні взаємозв’язку між тілом і психікою. Вона допомагає клієнтам усвідомити свої емоції, фізичні відчуття та взаємодії з оточуючими людьми. Гештальт-терапевт використовує техніки, такі як рольові ігри, щоб допомогти "прожити" свої переживання і звільнитися від емоційних блоків. Гештальт-терапія також акцентує увагу на тому, як людина може взаємодіяти з іншими через "тут і зараз", що допомагає усунути внутрішні конфлікти та зняти стресові прояви, які можуть сприяти психосоматичним симптомам.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним із найефективніших методів для корекції психосоматичних розладів, оскільки вона допомагає змінити негативні або деструктивні патерни мислення, які сприяють розвитку фізичних симптомів. КПТ зосереджена на виявленні і зміні неадекватних переконань, які можуть призводити до стресу та напруги в тілі. Вправи КПТ включають когнітивне реструктурування, яке дозволяє змінити сприйняття ситуацій, що викликають стрес, і відновити емоційну рівновагу.

Також були розглянуті різноманітні вправи для психокорекції психосоматичних розладів у дорослих. Багато вправ з різних методів схожі між собою, деякі є відмінними. Також були розглянуті окремо вправи та техніки для роботи в групі, адже групова динаміка підсилює психотерапевтичний ефект та сприяє більш якіснішій корекції психосоматичних розладів.

Майндфулнес — це практика усвідомленості, яка дозволяє бути присутнім у теперішньому моменті, без оцінок і суджень. Вправи майндфулнес включають дихальні техніки, медитації та інші практики, що допомагають знижувати рівень стресу, тривоги та фізичного болю. Вони сприяють підвищенню здатності звертати увагу на свої відчуття і емоції, не дозволяючи їм домінувати. Цей підхід дозволяє значно знизити негативний вплив стресових факторів на фізичне здоров’я.

Тілесно-орієнтовані техніки зосереджуються на роботі з тілом для зняття напруги, що виникає внаслідок емоційного стресу. Вправи, такі як прогресивне м'язове розслаблення або глибоке дихання, дозволяють знижувати рівень стресу та тривоги, а також покращують фізичне самопочуття. Ці техніки допомагають клієнтам стати більш свідомими своїх тілесних відчуттів і навчитися ефективно управляти емоційними реакціями.

Релаксаційні техніки, що призначені як для роботи з психологом, так і для самодопомоги, включають вправи на глибоке дихання та візуалізацію для зниження рівня стресу та напруги. Вони є важливими для зниження фізичних симптомів психосоматичних розладів, таких як головний біль, м'язова напруга, проблеми зі сном та іншими симптомами, що виникають через емоційні переживання.

Використання цих методів в комплексі дозволяє працювати як з емоційними, так і з фізичними симптомами психосоматичних розладів у дорослих, допомагаючи інтегрувати психічне та фізичне здоров’я. Ці техніки сприяють значному покращенню емоційного стану, зниженню стресу і тривоги, а також полегшенню фізичних проявів, що робить їх незамінними в терапії психосоматичних розладів.

ЗАГАЛЬНИЙ ВИСНОВОК

Узагальнюючи результати виконаної роботи, можна стверджувати, що поставлена мета щодо наукового обґрунтування, розробки та емпіричної перевірки підходів до психологічної допомоги дорослим із психосоматичними розладами досягнута. У процесі дослідження вдалося не лише теоретично осмислити феномен психосоматичних порушень у контексті сучасних соціокультурних викликів, а й продемонструвати, як саме емоційний стан, індивідуально-психологічні особливості та стиль реагування на стрес пов’язані з інтенсивністю соматичних симптомів. Отримані результати дозволяють говорити про психосоматику не як про абстрактну теоретичну конструкцію, а як про живий, дуже конкретний спосіб, у який доросла людина реагує тілом на емоційні перевантаження, внутрішні конфлікти й тривалу напругу.

Аналіз наукових джерел щодо природи, причин та механізмів виникнення психосоматичних розладів показав, що сучасна психосоматика є справді міждисциплінарною галуззю, яка поєднує ідеї клінічної психології, психіатрії, медицини, нейронаук, філософії та соціології. У роботі було простежено шлях становлення уявлень про взаємозв’язок психічного та тілесного від античних концепцій єдності душі й тіла до сучасних біопсихосоціальних моделей. Теоретичний матеріал продемонстрував, що психосоматичні розлади не можна зводити до «вигаданих» або «лише психологічних» хвороб. Вони є результатом глибинної взаємодії емоційних, когнітивних, поведінкових та фізіологічних процесів, які довгий час залишаються неврегульованими й зрештою проявляються на рівні органів і систем.

Окреслення різних підходів до пояснення психосоматичних розладів дало змогу побачити, що кожна теорія висвітлює важливу частину загальної картини. Психоаналітична традиція звертає увагу на несвідомі конфлікти, конверсійні механізми і символічний характер симптомів.

Когнітивно-поведінкові моделі акцентують на ролі дезадаптивних схем мислення, катастрофізації, негативних автоматичних думок і хронічної активації стресової відповіді. Нейробіологічні підходи показують, як тривалий стрес змінює роботу нервової, ендокринної та імунної систем. Гуманістичні й екзистенційні концепції підкреслюють вплив втрати сенсу, нереалізованості, пригнічених потреб і неможливості автентичного самовираження. У сукупності ці підходи дозволяють трактувати психосоматичні розлади як результат порушеної гармонії між внутрішнім світом людини та реальністю її життя, між тим, що вона переживає, і тим, що може собі дозволити відкрито усвідомити та виразити.

Важливою складовою роботи стало вивчення психосоматичних розладів у контексті сучасних українських реалій, позначених війною, тривалим стресом, втратами, вимушеною міграцією та невизначеністю майбутнього. Саме цей соціальний фон робить тілесні скарги дорослих ще зрозумілішими: вони стають мовою, якою організм говорить про втому, тривогу, безсилля, неможливість «перетравити» реальність, що постійно змінюється

Наступним кроком стало виконання завдань, пов’язаних з описом психоемоційного стану дорослих із психосоматичними симптомами та з’ясуванням чинників, які впливають на ефективність психологічної допомоги. Проведене емпіричне дослідження на вибірці дорослих осіб продемонструвало, що психосоматичні скарги рідко існують у «чистому» вигляді, відірвано від емоційних порушень. Результати опитувальника PHQ-15 засвідчили помітну частку респондентів із середнім і високим рівнем соматичних симптомів, причому серед жінок частіше фіксувався високий рівень психосоматичних проявів.

Співставлення показників за PHQ-15 зі шкалою астенічного стану продемонструвало дуже чітку тенденцію: підвищення рівня соматичних скарг пов’язане з посиленням астенії, тобто хронічного виснаження, зниження

енергії, втомлюваності, порушень сну й концентрації уваги. Люди з низьким рівнем соматичних симптомів практично не демонстрували вираженої астенії, тоді як при високому рівні психосоматичних проявів переважали респонденти з високим або щонайменше середнім рівнем астенічного стану. Цей результат дозволяє побачити психосоматичний розлад не тільки як окрему нозологію, а і як частину ширшого синдрому емоційного та фізичного виснаження, що формується в умовах тривалого стресу.

Окрему увагу було приділено вивченню гіпнабельності як індивідуальної характеристики, пов’язаної зі здатністю до навіювання та самонавіювання. Опис розподілу гіпнабельності в поєднанні з рівнем психосоматичних симптомів і астенії виявив цікаву закономірність: у групі з високим рівнем астенії та високими показниками за PHQ-15 частіше зустрічалися особи з достатньою або високою гіпнабельністю. Це може свідчити про те, що люди, які легше піддаються впливу власних уявлень, страхів, очікувань і зовнішніх сугестивних сигналів, більш вразливі до формування інтенсивних тілесних скарг.

Важливим підсумком дослідження стало те, що емпіричні дані підтвердили необхідність комплексного, інтегративного підходу до психологічної допомоги дорослим із психосоматичними розладами. До комплексу допомоги належать психоедукація, яка допомагає людині зрозуміти зв’язок між емоціями, стресом і тілом; когнітивно-поведінкові техніки, спрямовані на зміну дезадаптивних переконань і поведінкових стратегій; методи, що працюють з тілесним досвідом, диханням, м’язовою напругою; практики усвідомленості, які вчать помічати й приймати свої стани без надмірного самозвинувачення; психодинамічні та образні підходи, такі як символдрама, які дозволяють м’яко торкатися глибинних конфліктів та непрожитих почуттів.

Окремо варто наголосити на гуманістичному вимірі отриманих висновків. Дослідження показало, що психосоматичні розлади не є «слабкістю

характеру» чи «вигадуванням» пацієнта, а навпаки, є цілком закономірною реакцією організму на довготривале перенапруження й неможливість іншим способом впоратися з надмірними переживаннями. Це відкриває для спеціалістів важливу можливість працювати не лише з симптомом, а й з досвідом стигматизації, сорому, самозвинувачення, які часто супроводжують людей з психосоматичними проявами. Прийняття цієї логіки дозволяє будувати терапевтичні стосунки, засновані на повазі, емпатії, партнерстві та віри у здатність людини до відновлення.

Отримані результати не вичерпують усієї складності проблеми психосоматичних розладів, але створюють надійну основу для подальших досліджень і впровадження більш чутливих, науково обґрунтованих та гуманних підходів до допомоги дорослим, чиє тіло заговорило мовою симптомів там, де довго не було можливості сказати про свій біль словами.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Alexander F. Psychosomatic medicine: its principles and applications The Ronald Press Company (January 1, 1946) 353 p
2. Alexander F., Benedek T. Psychosomatic medicine: Its principles and applications. – New York: W. W. Norton & Company, 1950. – 300 p.
3. Borkman R. Understanding Self-Help/Mutual±Aid: Experiential Learning in the Commons. London: Rutgers University Press, 1999. 257p.
4. Deutsch H. The psychology of women: A psychoanalytic interpretation. – Vol. 1–2. – New York: Grune & Stratton, 1944–1945. – 897 p.
5. Dhabhar F. S. Effects of stress on immune function: the good, the bad, and the beautiful / F. S. Dhabhar // Immunologic Research. – 2014. – Vol. 58, No. 2–3. – P. 193–210. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24798553/
6. Feldenkrais M. Awareness through movement: Health exercises for personal growth. – New York: Harper & Row, 1972. – 173 p.
7. Groddeck G. The book of the It: Psychoanalytic letters to a friend. – New York: Nervous and Mental Disease Publishing Company, 1928.
8. Selye H. The stress of life. – New York: McGraw–Hill, 1956.
9. Steptoe A., Kivimäki M. Stress and cardiovascular disease / A. Steptoe, M. Kivimäki // Nature Reviews Cardiology. – 2012. – Vol. 9, No. 6. – P. 360–370
10. Аймедов К.В., Бабієнко В.В., Горищак С.П., Асєєва Ю.О. Модель мультидисциплінарної допомоги особам які переживають наслідки неврологічного захворювання / Журнал «Лікарська справа». 2018, № 7–8., С. 119-129
11. Афузова Г. В. Вплив психосоматичних порушень на психічну діяльність особистості. – Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. – 2013. – Вип. 23. – С. 315–317
12. Бамбурак Н. М. Психологічний аналіз проблеми систематики психосоматичних розладів. – Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: психологічні науки. – 2019. – Т. 14, № 3. – С. 18–31
13. Бондаренко Н. Б. Супровід групи самодопомоги осіб, які мають проблеми психічного здоров'я. Наукові записки НаУКМА. Педагогічні, психологічні науки та соціальна робота. 2015. Т. 175. С. 58–60
14. **Бочелюк В., Панов М., Спицька Л.** Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми // *Перспективи та інновації науки*. – 2022. – № 7(12). – С. 542–552.
15. Бугайова Н.М. Психосоматичні і соматопсихічні взаємовпливи в генезі захворювань та їх роль у розвитку суїцидальної поведінки // Психологічна теорія і технологія навчання. Актуальні проблеми психології. Том 8. Вип. 2. 2006. с. 62-73

16. Бурлачук Л.Ф. Особливості сприйняття контексту життєвого шляху. Особистість та її історія: Міжнародна науково-практична конференція. 2017. Т. 7. С. 13-15
17. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію / пер. з англ. Я. Кремінської. Львів: Свічадо, 2014. 420 с.
18. Візнюк І. М. Психологічні детермінанти розвитку іпохондричних розладів у людини за психодіагностичними параметрами / Проблеми сучасної психології. 2017. Випуск 35. – с.55-66
19. Вітенко І.С. Зміни психіки при соматичних розладах - актуальна проблема медичної психології І.С. Вітенко Практична психологія та соціальна робота. 2014. № 4
20. Гавенко В. Л. Психіатрія і наркологія : підручник / В.Л. Гавенко, В.С. Бітенський, В.А. Абрамов та ін. ; за ред. В.Л. Гавенка, В.С. Бітенського. 2-ге вид.,переробл. і допов. К. : ВСВ "Медицина", 2015. — 512 с
21. Грицик О. Дослідження впливу психосоматики на розвиток соматичних та онкологічних захворювань. Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки, 2020. Випуск 7. С. 17–22.
22. Грицюк І. М. Психосоматичні прояви психологічних порушень у дітей, що пережили психотравмуючу ситуацію // "Наука і освіта", №2-3, 2016. с.121- 124
23. Гуляровський В. А. Про взаємовідношення соматичного і психічного в медицині. Лікувальна справа, 2007. №8. С. 47-48
24. Друзь О.В., Аймедов К.В., Луньов В.Є., Черненко І.О. Психосоматичні та соматопсихічні розлади в практиці медичного психолога / Монографія. – Одеса, Прес-кур`єр, 2016. – 376 с
25. Єременко Т. Б. Психосоматичні прояви агресії в юнацькому віці: автореф. дисертації на здобуття наук. ступ. канд. психол. наук: 19.00.04. / Т. Б. Єрєменко. Київ, 2017. 24 с
26. Загальна психологія: підруч. для студ. вищ. навч. закл. / Т. Б. Партико. — К.: Видавничий Дім «Ін Юре», 2008. - 416 с.
27. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка, 2016. 219 с
28. Ісаков Р.І. Психосоматична патологія; монографія / Р.І.Ісаков. _ К.: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2023. – 167 с
29. Карпенко Є. Методи сучасної психотерапії : навч. посібник. – Дрогобич : Посвіт, 2015. – с
30. Кириленко Т.С. Психологія: емоційна сфера особистості: навч. посібник. Київ.: Либідь, 2007. 270с
31. **Коваленко О. Є.** Підвищене нервове напруження як проблема сучасності й предиктор психосоматичних захворювань: можливості

корекції – 2017. – 5 березня. – Режим доступу: https://health-ua.com/article/25411-pdvishene-nervove-napruzhennya-yakproblema-suchasnost-j-prediktor-psihosoma (дата звернення: 18.12.2025)
32. Кокоріна Ю. Є. Емпіричне дослідження прояву психосоматичних реакцій як результату роботи механізмів захисту психіки. – Габітус. – 2020. – Вип. 19. – С. 61–65
33. Компанович М. С. Ретроспективний аналіз досліджень емоційних переживань як складової психосоматичних захворювань // Медична психологія: теоретичні та прикладні питання. Т. 1. Вип. 8. 2017. с.51-59
34. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини / За ред. І. Я. Коцана.– Луцьк: РВВ ―Вежа‖ Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2015.– 430 с
35. **Левада О.А.** Психічні розлади із соматичними симптомами: місце в сучасних класифікаціях, дефініції, діагностика та лікування // *НейроNews*. – 2018. – № 4–5(97). – С. 44–50.
36. Лефтеров В.О. Проблема психологічного здоров'я в контексті сучасних інтеграційних процесів. Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві. Збірник тез III Всеукраїнської науково-практичної конференції. 2018. С. 233-238
37. Лисечко М. В. Вплив стресу на організм / М. В. Лисечко // Рекомендації психологічної служби Криворізького державного педагогічного університету. – Електронний ресурс. – Режим доступу: https://kdpu.edu.ua/sotsialno-hromadska-diialnist/psykholohichna-sluzhba/rekomendatsii/18060-vplyv-stresu-na-orhanizm.html (дата звернення: 18.12.2025)
38. Лікар та душа. Основи логотерапії. Віктор Франкл ; [пер. з англ. Л. Шерстюк]. - Харків : КСД, 2023. - 318 с
39. Луїза Хей: Путівник по зціленню https://lobodinm.com/blog/luiza-hey-putivnik-po-ztsilennyu
40. Максимелюк М. К. Психосоматичні порушення: [навчальний посібник] / М. К. Максимелюк. – Одеса: Астропринт, 2018. – 224с
41. Максименко С. Д., Шевченко Н. Ф. Психологічна допомога важким соматично хворим: навч. посіб. Ф. К.: ІН-Т психології ім, Г. С. Костюка АПН України; Ніжин: Міланік,, 2017. 115 с
42. Масляк, П.В. Психосоматичні захворювання: діагностика і лікування, 2011
43. Михальський А. В. Психосоматика: [навчальний посібник] / А. В. Михальський – К.: Освіта, 2017. – 192 с
44. Мішиєв В.Д., Михайлов Б.В., Гриневич Є.Г., Омелянович В.Ю. Розлади психічної сфери внаслідок бойових дій: навчальний посібник 2-е видання. Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2024

45. Мозгова Г. П. Психосоматика: психічне, тілесне, соціальне : хрестоматія : навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів; Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова, Факультет психології, кафедра психосоматики та психологічної реабілітації. - Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2021. - 383 с.
46. Мостовой Ю. М. Психосоматичні розлади у хворих на бронхіальну астму та хронічне обструктивне захворювання легень: діагностика та підходи до лікування / Рациональная Фармакотерапия № 2 (27) 2013. с. 27-38
47. Основи неврозології та психіатрії: навч. посіб. / В. А. Федосєєв, Т. Ю. Проскуріна, Н. І. Завгородня – Х. : Нац. аерокосм. ун-т ім. М. Є. Жуковського «Харк. авіац. ін-т», 2015. – 79 с
48. Основи психології : навчальний посібник / Григорій Петрович Васянович– К. : Педагогічна думка , 2012. – 114 с
49. Основи психосоматики : навч. посіб. / О. С. Кочарян, В. А. Федосєєв, Н. І. Завгородня. – Харків : Нац. аерокосм. ун-т ім. М. Є. Жуковського «Харків. авіац. ін-т», 2017. – 112 с
50. Основи психотерапії : навч. посіб / М. І. Мушкевич, С. Є. Чагарна ; за ред. М. І. Мушкевич. – Вид. 3-тє. – Луцьк : Вежа-Друк, 2017. – 420 с
51. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посіб. / кол. автор.; заг. ред. Н. Пророк, Л. Царенко. – Київ, 2018. – Т. 1. – 208 с
52. Перетятько Л. Г., Тесленко М. М. Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми. Психологія і особистість, 2017. No 2 (12). С. 137–147.
53. Підлубний В. Л. Медико-психосоціальна допомога при психічних розладах : навчальний посібник / В. Л. Підлубний. - Запоріжжя, 2017. – 80 с
54. Проблема психосоматики у медицині. URL: https://amnu.gov.ua/problema-psyhosomatyky-u-medyczyni (дата звернення: 18.12.2025)
55. Проноза К. В. Особливості психокорекції психосоматичних хворих середнього віку: електронний ресурс/ К. В. Проноза. URL://mp2.umo.edu.ua/wpcontent/uploads/2012/04Pronoza.pdf. (дата звернення: 18.12.2025)
56. Психіатрія і наркологія : підручник / В. Л. Гавенко, В. С. Бітенський, В. А. Абрамов [та ін.] ; за ред. В. Л. Гавенка, В. С. Бітенського. – 2-ге вид., переробл. і доповн. – Київ : Медицина, 2015. – 512 с
57. Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві. збірник тез III Всеукраїнської науково-практичної конференції (19 жовтня 2018 року) / упор. Н. М. Бамбурак. Львів: ЛьвДУВС, 2018. 448 с

58. Психологічна допомога у клініці : навч.-метод. посіб. / Р. П. Федоренко, О. М. Хлівна, Т. І. Дучимінська, Л. І. Магдисюк, С. В. Борцевич. – Луцьк : Вежа-Друк, 2018. – 224 с
59. Психологія стресу. Програма навчальної дисципліни. Київ: Університет імені Бориса Грінченка, 2014. – 21 с.
60. Розов В.І. Психологія екстремальних ситуацій. Київ : (КНТ) (3-тє видання), вид-во «Каравела», 2024. 711 с.
61. Сабліна Н. Навчально-терапевтичний посібник «Психологічне консультування та психотерапія, 2024. 223 с
62. Савенкова І.І. Хронопсихологічне прогнозування перебігу захворювань у психосоматичних хворих. К.: Київ. ун-т ім. Б.Грінченка, 2014. 320с
63. Сегеда О. О. Психосоматичні захворювання як предмет психологічної експертизи / Питання психології. 2012. Вип. 43 (1). С.23-31
64. Сєдих К. В. Формування психосоматичної компетентності в психологічному консультуванні подружніх пар. – Психологія і особистість. – 2017. – № 2 (12). – С. 158–167
65. Синдром Мюнхгаузена URL: https://rehab.net.ua/ru/psihiatriya/sindrom-myunkhgauzena/ (дата звернення: 18.12.2025)
66. Сонник Г. Т. Психіатрія : підручник / Г. Т. Сонник, О. К. Напрєєнко, А. М. Скрипніков. - К. : Здоров'я, 2006. - 432 с
67. **Стражний О.** Біосугестивна терапія для корекції та лікування психосоматичних розладів : посібник для лікарів і психологів. – Тернопіль : *Підручники і посібники*, 2024. – 192 с
68. Туріщева Л. В. Увага! Особливі діти з психосоматичними порушеннями: [Тренінги у педагогічній практиці] / Л. В. Туріщева – Х. : Вид. група «Основа», 2016. – 128 с
69. Філак Ф.Г. Психосоматичні особливості особистості хворих на виразкову хворобу 12-палої кишки і після резекції шлунка / Ф.Г. Філак, Я.Ф. Філак // Матеріали ІІІ міжнародної науково-практичної конференції «Слов'янська культура і писемність: минуле та сучасність», 2013. 282-287 с
70. Хамуленко Т. Б. Психосоматика: культурно-історичний підхід./ Т. Б. Хомуленко, Ю. Г. Падафет, О. В. Скориніна. - Х :ВД "Інжек", 2015. - 264 с
71. Ханецька Т. В., Якимчук О. Вплив сім'ї на виникнення психосоматичних розладів у дітей молодшого шкільного віку. – Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 12: Психологічні науки : зб. наук. праць. – Київ: Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2021. – Вип. 14 (59). – С. 90–104

72. Харченко Д.М. Психосоматичні розлади. Теорії, методи діагностики, результати досліджень: навчальний посібник Д. М. Харченко К.: Видавничий Дім «Слово», 2015. 280 с.
73. Харченко Д. М. Психологічні та психофізіологічні особливості осіб із психосоматичними розладами: автореф. Дис. канд. наукового ступеня доктора психологічних наук: 19.00.04 К., 2011. – 41 с
74. **Хаустова О.О.** Психосоматичні маски тривоги [Електронний ресурс] // *Український медичний часопис*. – 2019. – 9 серпня. – Режим доступу: https://umj.com.ua/uk/publikatsia-160744-psihosomatichni-maski-trivogi (дата звернення: 18.12.2025)
75. Чабан О.С., Хаустова О.О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування) / О.С. Чабан, О.О. Хаустова. – К. : ТОВ "ДСГ Лтд", 2004. – 96с
76. **Чугунов В.В. та ін.** Основи клінічної психології та психосоматики (навчальний посібник/матеріали). Режим доступу: http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/15708/1/2021_Osnovy_klinichnoi_psykholohii_ta_psykhosomatyky.pdf (дата звернення: 18.12.2025)
77. Шевченко О. Т. Психологія кризових станів : навч. посіб. / О. Т. Шевченко. – Київ : Здоров’я, 2005. – 120 с. Режим доступу: https://academysps.edu.ua/wp-content/uploads/2021/09/Silabus_-Psihologija-krizovih-staniv.pdf (дата звернення: 18.12.2025)
78. Шевчук А.М. Психосоматичні порушення у постраждалого населення внаслідок надзвичайної ситуації // Проблеми екстремальної та кризової психології. 2011. Вип. 10. С. 303-314
79. Шелег Л. С. Класифікація концепцій та основні ознаки психосоматичних розладів // Актуальні проблеми психології. Т. 12. Вип 21. 2015. с. 313-321
80. Юрценюк О. С. Проблема психосоматичних співвідношень у хворих на ішемічну хворобу серця // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2016. № 4. с. 133-135
81. Яценко Т., Іваненко Б., Євтушенко І. Глибинна психокорекція та упередження психічного вигорання. Частина 1. Київ: Главник, 2008. С.176-180

Додатки

Додаток А

Тест діагностики гіпнабельності НДІ ім. Прототопова

1.Віра в прикмети - це помилка.

2. Мої батьки звертаються зі мною швидше як з дитиною, ніж з дорослим.

3. Мені здається, що я відчуваю гостріше, ніж інші.

4.Я намагаюся ухилятися від конфліктів та скрутних становищ.

5. Мені байдуже, що про мене думають інші.

6. Я цілком упевнений у собі.

7. Мене дратує, коли десь на вулиці, в магазині чи автобусі на мене дивляться.

8. Якщо я захворію або отримаю травму, то без жодних побоювань звернуся до лікаря.

9. Деякі люди одним дотиком можуть зцілювати хворого.

10. Якщо я хочу щось зробити, але оточуючі вважають, що цього робити не варто, то я готовий відмовитися від своїх намірів.

11. Найчастіше мені хотілося б сидіти і мріяти, ніж щось робити.

12. Мені важко зосередитися на чомусь одному.

13. Я легко прокидаюся від шуму.

14. Мене легко переспорити.

15. Я часто про щось турбуюся.

16. Я спокійно переношу вигляд крові.

17. Часто думаю: "Добре б стати дитиною".

18. Мрію дуже рідко.

19. Сон у мене уривчастий і неспокійний.

20. Людина повинна намагатися розуміти свої сни, керуватися ними в житті і витягувати з них перестороги.

21. Всі відомі мені "чудеса" пояснюються дуже просто: одні люди водять за носа інших, тільки й усього.

22. Бувало, я помічав, що незнайомі люди дивляться на мене критично.

23. Мене досить важко вивести із себе.

24. Я часто вважаю себе зобов'язаним відповісти на те, що знаходжу справедливим.

25. Зазвичай я засинаю спокійно, і мене не турбують жодні думки.

26. Деякі люди так люблять командувати, що мене так і тягне робити все всупереч, навіть якщо я знаю, що вони мають рацію.

27. Мені більше подобається працювати з керівниками, які надають більшу самостійність, ніж з керівниками, які дають чіткі та суворі вказівки.

28. Я людина товариська.

29. Буває, що при обговоренні деяких питань я особливо не вагаюся, погоджуюсь з думкою інших.

30. Мене легко ввести в оману.

31. Бути відвертим завжди добре.

32. Я дуже рідко бачу сни.

33. Я вразливіша за більшість інших людей.

34. Я вірю в чудеса.

35. Моя поведінка значною мірою визначається звичаями тих, хто оточує мене.

36. Мене важко зачепити.

37. Мої переконання і погляди непохитні.

38. У моєму житті був один або кілька випадків, коли я відчував, що хтось за допомогою гіпнозу змушував мене зробити ті чи інші вчинки.

39. У мене мало впевненості у собі

40. Я завжди був незалежним та вільним від контролю з боку сім'ї.

41. Іноді я так наполягаю на своєму, що люди втрачають терпіння.

42. Нікому не довіряю – це безпечніше.

Додаток Б

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)

Т Я відчуваю напруженість, мені не по собі
3 О Увесь час
2 О Часто
1 О Час від часу, іноді
0 О Зовсім не відчуваю
Д Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає в мене таке ж відчуття
0 О Це так
1 О Напевно, це так
2 О В дуже малій мірі це так
3 О Це зовсім не так
Т Я відчуваю страх, здається, що ось-ось щось жахливе може статись
3 О Це так, та страх дуже сильний
2 О Да, це так, але страх не дуже сильний
1 О Іноді, але це мене не турбує
0 О Зовсім не відчуваю
Д Я здатний розсміятися та угледіти у тій чи іншій події смішне
0 О Це так
1 О Напевно, це так
2 О В дуже малій мірі це так
3 О Це зовсім не так
Т Метушливі думки крутяться у мене в голові
3 О Постійно
2 О Більшу частину часу
1 О Час від часу і це не так часто
0 О Тільки іноді
Д Я відчуваю бадьорість
3 О Зовсім не відчуваю
2 О Дуже рідко
1 О Іноді
0 О Практично весь час
Т Я можу легко сісти та розслабитись
0 О Це так
1 О Напевно, це так
2 О Зрідка це так
3 О Зовсім не можу
Д Мені здається, що я став робити все дуже повільно
3 О Практично весь час
2 О Часто
1 О Іноді

0 О Зовсім ні

Т Я відчуваю внутрішню напругу чи тремтіння

0 О Зовсім не відчуваю

1 О Іноді

2 О Часто

3 О Дуже часто

Д Я не слідкую за своєю зовнішністю

3 О Це так

2 О Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно

1 О Мені здається, я став менше приділяти цьому уваги

0 О Я слідкую за собою так, як і раніше

Т Я відчуваю непосидючість, мені постійно треба рухатись

3 О Це так

2 О Напевно, це так

1 О В деякій мірі це так

0 О Зовсім не відчуваю

Д Я вважаю, що мої справи (заняття, хоббі) можуть принести мені відчуття

задоволення

0 О Точно так, як і звичайно

1 О Так, але не в тій мірі, як раніше

2 О Значно менше, ніж звичайно

3 О Зовсім так не вважаю

Т У мене буває раптове відчуття паніки

3 О Дуже часто

2 О Досить часто

1 О Не так і часто

0 О Зовсім не буває

Д Я можу отримати задоволення від цікавої книги, радіо- чи телепрограми

0 О Часто

1 О Іноді

2 О Зрідка

3 О Дуже рідко

Бали підраховуються окремо по шкалі тривоги (Т) і депресії (Д). Критеріями оцінки даних за HADS є: 0-7 балів – норма; 8-10 балів – субклінічно виражена тривога/депресія; 11 і вище – клінічно виражена тривога/депресія

Додаток В

Шкала астенічного стану (ШАС)

Варіанти відповідей: 1 - немає, не так; 2 - мабуть, так; 3 - вірно; 4 - абсолютно вірно.

1. Я працюю з великим напругою 12 3 4
2. Мені важко зосередитися на чомусь чи 12 3 4
3. Моє статеве життя не задовольняє мене 12 3 4
4. Очікування нервує мене 12 3 4
5. Я відчуваю м'язову слабкість 12 3 4
6. Мені не хочеться ходити в кіно або в театр 12 3 4
7. Я забудькуватий 12 3 4
8. Я відчуваю себе втомленим 12 3 4
9. Мої очі втомлюються при тривалому читанні 12 3 4
10. Мої руки тремтять 12 3 4
11. У мене поганий апетит 12 3 4
12. Мені важко бути на вечірці або в галасливій компанії 1 2 3 4
13. Я вже не так добре розумію прочитане 12 3 4
14. Мої руки і ноги холодні 1234
15. Мене легко зачепити 12 3 4
16. У мене болить голова 12 3 4
17. Я прокидаюся вранці втомленим і не відпочив 1234
18. У мене бувають запаморочення 1234
19. У мене бувають посмикування м'язів 1234
20. У мене шумить у вухах одна тисяча двісті тридцять чотири
21. Мене турбують статеві питання 1234
22. Я відчуваю тяжкість в голові 1234
23. Я відчуваю загальну слабкість 1234
24. Я відчуваю болю в тім'я тисячі двісті тридцять чотири
25. Життя для мене пов'язана з напругою 1234
26. Моя голова як би стягнута обручем 1234
27. Я легко прокидаюся від шуму 1234
28. Мене втомлюють люди 1234
29. Коли я хвилююся, то покриваюся потім 1234
30. Мені не дають заснути неспокійні думки 1234

Додаток Г

Опитувальник здоров'я пацієнта Patient Health Questionnaire – PHQ-15

Впродовж останніх 4-х місяців наскільки кожне з наступних питань турбувало Вас: взагалі не турбувало (0); трохи турбувало (1); значно турбувало (2).

1. Біль у животі
2. Біль у спині
3. Біль у руках, ногах, суглобах
4. Менструальні болі або інші проблеми з менструаціями (ЛИШЕ ДЛЯ ЖІНОК)
5. Головний біль
6. Біль у грудях
7. Запаморочення
8. Непритомність
9. Відчуття, немов серце вистрибує з грудей
10. Задишка
11. Біль або проблеми під час статевого акту
12. Запор, пронос або діарея
13. Нудота, гази або розлад шлунка
14. Почуття втоми або нестачі енергії
15. Проблеми зі сном

Додаток Д

НЛП вправи.

Вправа "Робота з внутрішнім діалогом": вправа спрямована на зміну негативних думок та переконань, що можуть сприяти розвитку психосоматичних розладів. Особа записує на папері негативні або обмежувальні переконання, які можуть викликати стрес або фізичні симптоми, наприклад: «Я не в змозі впоратися з труднощами» або «Я завжди відчуваю біль». Далі клієнт пропонує альтернативні, більш конструктивні переконання, такі як: «Я здатний справлятися з труднощами» або «Я вчуся управляти своїм тілом і емоціями». Цю вправу можна доповнити використанням техніки "репрограмування", де клієнт уявляє, що він замінює негативні переконання на нові за допомогою звукових асоціацій або візуалізацій.

Вправа "Якоріння емоцій": вправа використовується для зменшення інтенсивності фізичних симптомів, пов'язаних зі стресом або тривогою. Учасник згадує момент, коли він відчував спокій, безпеку або щастя, і відтворює це почуття в деталях. Важливо, щоб учасник знову переживав це емоційне переживання, акцентуючи увагу на всіх сенсорних відчуттях, які супроводжували його (запахи, звуки, кольори). Після цього він встановлює фізичний «якір» (наприклад, торкання до великого пальця або стиснення кулака), що буде асоціюватися з цими позитивними емоціями. Коли учасник стикається з тривогою чи болем, він може натискати на цей «якір», щоб повернутися до позитивного емоційного стану.

Вправа "Зміна перспективи": вправа допомагає змінити сприйняття стресових ситуацій, які можуть призводити до психосоматичних симптомів. Особа уявляє ситуацію, яка викликає у нього стрес або фізичний біль (наприклад, конфлікт на роботі або в родині). Спочатку він повністю занурюється в ці негативні почуття, щоб усвідомити, що саме в його реакціях викликає дискомфорт. Далі практикує зміну перспективи, уявляючи, що він спостерігає за цією ситуацією збоку або з точки зору іншої людини. Це

дозволяє дистанціюватися від негативних емоцій і знижує їх вплив на фізичний стан. Можна також використовувати техніку "фреймінгу", де клієнт може змінити своє ставлення до ситуації, бачачи її з іншої, більш конструктивної перспективи.

Вправа "Метамодель" для розкриття глибинних переконань: техніка допомагає виявити глибинні переконання, що можуть бути основою для виникнення психосоматичних розладів. Клієнт розповідає про ситуацію, яка викликає у нього фізичний симптом, наприклад, біль або напруження. Терапевт використовує метамодель НЛП, задаючи питання типу: "Як саме це впливає на вас?" або "Яким чином це відбивається на вашому тілі?". Ці питання допомагають глибше усвідомити приховані переконання, які можуть лежати в основі фізичних симптомів. Після цього психолог допомагає клієнту змінити ці переконання на більш адаптивні, що сприяють покращенню емоційного та фізичного стану.

Вправа "Підсвідомі ресурси": учасник закриває очі і уявляє ситуацію, коли він відчуває себе абсолютно здоровим і емоційно збалансованим. Він концентрується на всіх фізичних відчуттях, які виникають у цьому стані. Потім уявляє, що цей ресурс (відчуття здоров’я і гармонії) поступово заповнює його тіло, допомагаючи позбутися будь-якого болю чи дискомфорту. Цю вправу можна поєднати з технікою візуалізації для посилення ефекту, коли учасник уявляє, як це позитивне відчуття розповсюджується по всьому тілу, витісняючи негативні емоції та симптоми.

Додаток Е

Вправи для групової терапії

Вправа "Обмін досвідом".

Мета: зміцнити відчуття підтримки, дати можливість висловити свої переживання та отримати відгуки від інших учасників групи.

Учасники по черзі діляться своїми історіями щодо того, як психосоматичні симптоми впливають на їхнє життя. Важливо, щоб кожен отримав можливість висловитися, а також уважно вислухати інших. Після кожного виступу група може задати питання або висловити підтримку. Це дозволяє учасникам усвідомити, що вони не самотні у своїх проблемах, а також побачити різні способи реагування на схожі ситуації.

Вправа "Візуалізація здоров'я".

Мета: розвивати позитивне ставлення до власного тіла та здоров'я, зменшувати рівень стресу і тривоги.

Група сідає в комфортні позиції, закриває очі та виконує глибоке дихання. Психолог веде групу через візуалізацію, де кожен учасник уявляє своє тіло здоровим і гармонійним. Важливо, щоб учасники уявляли, як вони позбавляються від болю, напруги або інших фізичних симптомів, замінюючи їх відчуттями легкості та спокою. Після вправи можна обговорити, як кожен учасник почув себе під час візуалізації та що змінилося в їхньому сприйнятті свого тіла.

Вправа "Емоційна карта тіла".

Мета: допомогти учасникам усвідомити, як емоції відображаються на фізичному стані та взаємодіяти з ними.

Учасники отримують папір і кольорові маркери. Вони малюють контур людського тіла та позначають на ньому місця, де вони відчувають напругу або біль. Потім кожен учасник зазначає, які емоції або стресові ситуації асоціюються з кожною з цих частин тіла. Після цього група обговорює, як

можна змінити ці емоції або впливати на ці симптоми через релаксацію, дихальні техніки або психологічну підтримку.

Вправа "Зцілення через рух".

Мета: полегшити фізичне напруження та звільнити емоційний блок, що може бути пов'язаний з психосоматичними симптомами.

Група виконує прості рухи, які можуть включати танцювальні елементи або гнучкість. Учасники вільно рухаються, виражаючи через тіло свої емоції, зокрема тривогу або біль, який вони переживають. Під час виконання вправи важливо зосередитися на відчуттях у тілі та зменшенні напруги, яка може бути спричинена емоційними переживаннями. Можна використовувати легку музику або звуки природи для створення розслаблюючої атмосфери.

Вправа "Рефлексія через образи".

Мета: допомогти учасникам зрозуміти та виразити свої переживання через творчість і образи.

Учасники отримують зображення на вибір (картини, фотографії, абстрактні образи), що символізують їхні емоції або фізичний стан. Після того як кожен вибирає зображення, він має пояснити, чому він вибрав саме цей образ і як він відображає його переживання щодо його психосоматичних симптомів. Після обговорення образів група може разом знайти шляхи підтримки та змін, які допоможуть впоратися з проблемами.

Ці вправи допомагають учасникам групи взаємодіяти з їхніми емоціями та фізичними симптомами, знижуючи рівень стресу та тривоги, що часто супроводжують психосоматичні розлади. Вони також сприяють розвитку навичок самопідтримки, що є важливими для психокорекції таких порушень.

Релаксаційні вправи є одним з важливих компонентів та доповненням до будь-якого методу психокорекції психосоматичних розладів. Запропоновані нами вправи підходять для кожного з методів, а також для самопідтримки в процесі роботи з психосоматичними розладами.

Вправа "Глибоке дихання".

Мета: зниження стресу, покращення постачання кисню в організм і зняття фізичного напруження.

Клієнт сідає або лягає в зручну позу, закриває очі. Він починає повільно і глибоко вдихати через ніс, намагаючись заповнити легені максимальною кількістю повітря. Потім повільно видихає через рот, намагаючись розслабити кожну частину тіла під час видиху. Під час кожного вдиху він уявляє, як енергія та спокій наповнюють його тіло, а під час видиху – як напруга і стрес виходять з організму. Клієнт може виконувати цю вправу протягом 5-10 хвилин, зосереджуючись на відчуттях у тілі.

Вправа "Прогресивне м’язове розслаблення" (ПМР).

Мета: зняття м'язового напруження та заспокоєння нервової системи.

Клієнт сідає або лягає в зручну позу. Він починає по черзі напружувати та розслабляти різні групи м’язів. Починаючи з пальців ніг і поступово рухаючись до верхньої частини тіла, клієнт по черзі стискає м’язи на 5-10 секунд, потім повільно розслабляє їх. Важливо, щоб клієнт звертав увагу на контраст між напруженням і розслабленням. Це допомагає усвідомити, де в тілі накопичується найбільше стресу, і зменшити фізичну напругу, що часто є основою психосоматичних симптомів.

Вправа "Візуалізація спокою".

Мета: релаксація через уявлення образів, що сприяють спокою і гармонії.

Клієнт сидить в зручному положенні, закриває очі і уявляє себе в спокійному, затишному місці, такому як пляж, ліс або сад. Він зосереджується на усіх сенсорних відчуттях, пов’язаних з цим місцем — запахах, звуках, кольорах і текстурах. Клієнт може уявити, як спокій наповнює його тіло, заспокоюючи кожну частину організму. Під час цієї вправи клієнт фокусується на відчутті гармонії та безпеки, що дозволяє знизити рівень тривожності та стресу. Дану вправу можна поєднати з активною медитацією в записі, наданою психологом, щоб посилити вплив, а також для фокусування для початківців.

Вправа "Визначення та відпускання емоцій".

Мета: зниження емоційної напруги і сприяння розслабленню через емоційне розвантаження.

Клієнт сидить в зручному положенні та закриває очі. Він звертає увагу на свої емоції та фізичні відчуття, що виникають у певні моменти стресу або тривоги. Клієнт уявляє, що він може "відпустити" ці емоції, наприклад, через уявне відкриття контейнера або випускання повітря. Важливо звернути увагу на відчуття звільнення від емоційної напруги та полегшення в тілі. Це дозволяє клієнту зменшити фізичні симптоми стресу, такі як головний біль або напруження в тілі. Цю вправу можна доповнити активною медитацією в записі для посилення ефекту, а також як інструмент для покращення фокусу.

Вправа "Тепла ванна".

Мета: розслаблення через уявлення тепла, що допомагає заспокоїти напружені м’язи та зняти стрес.

Клієнт уявляє, що він приймає теплу ванну. Він концентрується на відчуттях тепла, яке огортає його тіло, поступово розслабляючи кожну частину тіла. Клієнт уявляє, як тепло проникає в м'язи, знімаючи напругу і спокійно знижуючи рівень стресу. Вправа з візуалізацією тепла є дуже ефективною для зменшення фізичних симптомів, таких як м’язове напруження або болі, які можуть виникати внаслідок емоційного стресу.

Вправа "Заземлення через природу".

Мета: зміцнення відчуття стабільності та безпеки через уявлення зв’язку з природою.

Клієнт уявляє себе стоячим на землі в природному середовищі, наприклад, на траві чи піску. Він концентрується на відчутті, як його ноги міцно стоять на землі, уявляючи, що він отримує енергію та стабільність від природи. Клієнт може також уявляти, як з кожним вдихом він поглинає енергію землі, а з кожним видихом відпускає напругу та стрес. Це дозволяє зміцнити відчуття безпеки і знизити рівень тривоги.