

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

факультет здоров'я людини
кафедра психології та соціології

І. Л. Мельничук

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
ФОРМУВАННЯ СТРАТЕГІЙ ВІДНОВЛЕННЯ
ПСИХОСОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я У ФАХІВЦІВ СФЕРИ
«ЛЮДИНА - ЛЮДИНА»

2025

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

Факультет здоров'я людини
(повне найменування інституту, факультету)
Кафедра психології та соціології
(повна назва кафедри)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему: «Формування стратегій відновлення психосоматичного здоров'я у
фахівців сфери «людина – людина»

Здобувачка вищої освіти спеціальності 053 Психологія,
ОПП «Психологія», групи ПС-241зм

І. Л. Мельничук

Керівник роботи: д. психол. н., проф.

О.Г. Лосієвська

Рецензент: завідувачка кафедри психології та
соціальної роботи Академії праці, соціальних
відносин і туризму, д. психол. н., проф.

Л. Є. Бегеза

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет _____ здоров'я людини _____
Кафедра _____ психології та соціології _____
Освітній ступінь _____ магістр _____
Спеціальність _____ 053 Психологія _____
Освітньо-професійна програма _____ «Психологія» _____

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувачка кафедри
психології та соціології
Бохонкова Ю.О.

“ ” _____ 2025 року

**ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ**

Мельничук Ірини Леонідівни

1. Тема роботи: «Формування стратегій відновлення психосоматичного здоров'я у фахівців сфери «людина – людина».

Керівник роботи: О. Г. Лосієвська – д. психол. н., проф. кафедри психології та соціології, затверджений наказом по університету від «02» вересня 2025 року, № 141/15.04

2. Строк подання студентом роботи до захисту « 10 » грудня 2025 року.

3. Вихідні дані до роботи: обсяг роботи – 136 сторінок (1,5 інтервал, 14 шрифт з дотриманням відповідного формату), список використаної літератури оформлюється згідно з бібліографічними нормами з урахуванням Національного стандарту України ДСТУ 8302:2015.

4. Зміст основної частини (перелік питань, які потрібно розробити): проаналізувати наукові джерела з зазначеної тематики; підібрати діагностичний інструментарій згідно проблеми дослідження; на основі проведеного констатувального експерименту розробити й апробувати програму соціально-психологічного тренінгу. Провести формувальний експеримент. Ефективність проведеного експерименту оцінити за допомогою математичних методів оцінки значущості відмінностей середніх величин.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень): таблиці, рисунки (гістограми, діаграми, сегментограми, графіки)

6. Консультанти розділів:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1.	Лосієвська О.Г. – д. психол. н., проф., професор кафедри психології та соціології	04.09.2025	16.10.2025
2.	Лосієвська О.Г. – д. психол. н., проф., професор кафедри психології та соціології	17.10.2025	24.10.2025
3.	Лосієвська О.Г. – д. психол. н., проф., професор кафедри психології та соціології	25.10.2025	03.11.2025

7. Дата видачі завдання: «_03_»_вересня_2025 р.**КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН**

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Визначення проблеми, завдань дослідження та розроблення плану кваліфікаційної роботи.	04.09.2025 р. – 07.09.2025 р.	
2	Аналіз літератури за проблемою. Систематичний аналіз наукових джерел. Структурування огляду літератури. Робота над теоретичною частиною дослідження.	08.09.2025 – 16.10.2025	
3	Узагальнення результатів констатувального експерименту.	17.10.2025 – 24.10.2025	
4	Апробація та опис програми соціально-психологічного тренінгу.	25.10.2025 – 31.10.2025	
5	Обробка, графічне оформлення та психологічний аналіз результатів формувального експерименту та оцінка ефективності корекційних заходів за допомогою методів математичної статистики	01.11.2025 – 03.11.2025	
6	Узагальнення наукових фактів, написання висновків за результатами проведення дослідження. Технічне оформлення роботи.	04.11.2025 – 08.12.2025	
7	Представлення роботи на зовнішню рецензію.	09.12.2025 – 10.12.2025	
8	Перевірка роботи на академічний плагіат.	11.12.2025 – 14.12.2025	
9	Підготовка кваліфікаційної роботи до захисту.	15.12.2025 – 17.12.2025	
10	Захист кваліфікаційної роботи.	18.12.2025 – 27.12.2025	

Здобувачка вищої освіти**Керівник роботи:****д. психол. н., проф.****Мельничук І. Л.****Лосієвська О.Г.**

РЕФЕРАТ

Текст – 136 с., рис. – 2, табл. – 19, літератури – 81 дж., додатків – 13

В кваліфікаційній роботі представлено теоретично-методологічні основи вивчення проблеми виникнення психосоматичних реакцій їх вплив на фізичний стан та поведінкові стратегії у фахівців сфери «людина – людина».

Розглянуто психологічні особливості виникнення та розвиток психосоматичних симптомів у представників професій «людина – людина», та фактори, які впливають на виникнення психосоматичних розладів у даній категорії людей. Описано особливості особистісних схильностей у характері людини, як формуються органи – мішені. Охарактеризовано особливості впливу психоемоційних реакції на фізичний стан здоров'я та їх зв'язок з захворюваннями притаманними саме цій категорії людей.

Проведено констатувальний експеримент і виявлено показники індивідуально – психологічних особливостей характеру фахівців сфери «людина – людина», показники їх тригерні зони і психосоматичних реакцій.

На основі результатів констатувального експерименту запропоновано програму соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на формування стратегій відновлення психосоматичного здоров'я у фахівців сфери «людина - людина. Оцінено ефективність корекційних заходів за допомогою t-критерію Ст'юдента.

Ключові слова: ЖИТТЕСТІКІСТЬ, ЕМОЦІЙНА САМОРЕГУЛЯЦІЯ, ЕМОЦІЙНА ВРАЗЛИВІСТЬ, КОПІНГ-СТАРТЕГІЇ, КОГЕРЕНТНІСТЬ, ПСИХОСОМАТИЧНЕ ЗДОРОВ'Я, ПСИХОЕМОЦІЙНА НАПРУГА, ПСИХОКОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА, РЕСУРСНІСТЬ, СТРЕСОСТІЙКІСТЬ, СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ ТРЕНІНГ, СОМАТИЗАЦІЯ, СФЕРА «ЛЮДИНА-ЛЮДИНА», ТЕЛЕСНО-ОРІЄНТОВАНА ТЕРАПІЯ, ФАХІВЦІ ДОПОМОГАЮЧИХ ПРОФЕСІЙ

ABSTRACT

Melnychuk I. L. Formation of Strategies for Restoring Psychosomatic Health among Professionals in the “Person-to-Person” Sphere— Qualification work. – Kyiv, 2025.

The qualification work presents the theoretical and methodological foundations for studying the emergence of psychosomatic reactions, their impact on physical health, and behavioral strategies among professionals working in the “person-to-person” sphere. The psychological features of the onset and development of psychosomatic symptoms in representatives of helping professions are examined, along with the factors contributing to the occurrence of psychosomatic disorders in this population. The work also describes personality predispositions and the formation of “target organs,” as well as the influence of psycho-emotional reactions on physical well-being and their connection with health conditions typical for these specialists.

A diagnostic (constatation) stage of the research was conducted, during which indicators of character accentuations and trigger zones among professionals in the “person-to-person” field were identified. The study experimentally explored the psychological characteristics of psychosomatic manifestations in the behavior of accentuated professionals of this sphere.

Based on the findings of the diagnostic stage, a socio-psychological training program was developed and tested. The program was aimed at forming strategies for restoring psychosomatic health among specialists working in the “person-to-person” domain. The effectiveness of the corrective interventions was evaluated using Student’s t-test.

Key words: PSYCHOSOMATIC HEALTH, RESILIENCE , STRESS RESISTANCE, EMOTIONAL SELF-REGULATION, SOMATIZATION, PSYCHO-EMOTIONAL TENSION, COPSNG STRATEGIES, PSYCHOCORRECTIONAL PROGRAM, RESOURCEFULNESS, HELPSNG PROFESSIONS, SOCIO-PSYCHOLOGICAL TRAINING, COHERENCE,

“PERSON- TO- PERSON” SPHERE, EMOTIONAL VULNERABILITY, BODY-ORIENTED THERAPY.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	9
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я У ФАХІВЦІВ СФЕРИ «ЛЮДИНИ – ЛЮДИНА».....	14
1.1. Аналіз проблеми дослідження наявний у вітчизняній та зарубіжній науковій психологічній літератур.....	14
1.2. Психологічні характеристики представників які виконують діяльність у сфері «людина - людина».....	32
1.3. Взаємозв'язок психосоматичного здоров'я людини з її психофізіологічними станами	39
Висновки до розділу 1.....	63
РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРАТЕГІЙ ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я У ФАХІВЦІВ СФЕРИ «ЛЮДИНА – ЛЮДИНА»	65
2.1. Стратегії відновлення психосоматичного здоров'я у фахівців сфери «людина – людина».....	65
2.2. Дослідження стратегій відновлення психосоматичного здоров'я у фахівців сфери «людина – людина».....	70
2.3. Психологічний та статистичний аналіз дослідження стратегій відновлення психосоматичного здоров'я у фахівців сфери «людина – людина».....	78
Висновки до розділу 2.....	93
РОЗДІЛ 3. ФОРМУВАННЯ СТРАТЕГІЙ ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я У ФАХІВЦІВ СФЕРИ «ЛЮДИНА – ЛЮДИНА».....	95
3.1. Програма соціально - психологічного тренінгу формування стратегій відновлення психосоматичного здоров'я у фахівців сфери «людина – людина».....	95
3.2. Результати формувального експерименту	116
3.3. Аналіз результатів впровадження програми та оцінка її ефективності.....	123
Висновки до розділу 3.....	133
ВИСНОВКИ.....	135
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	137
ДОДАТКИ.....	141

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Психосоматичне здоров'я розглядається не лише як медичний показник чи сукупність відсутніх симптомів, а як маркер цілісності і узгодженості тілесних емоційних та когнитивно – смислових процесів особистості. Для фахівців професійної сфери «людина-людина» цей зв'язок часто порушується через хронічне перенапруження, втрату емоційної чутливості. Це формує підвищений ризик внутрішнього конфлікту між вимогами діяльності (я мушу) та зниженням ресурсного стану (я більше не можу), що сприяє виникненню психосоматичного проявів і зниженню рівня професійного благополуччя.

Сучасна психологія дедалі більше говорить про необхідність не лише терапії, підтримки інших, а й створення системного простору для самопідтримки фахівців. Формування стратегій психосоматичного відновлення має стати невід'ємною частиною професійної підготовки та практики допомагаючих спеціальностей. Ідеться не про поради з інтернету чи модні дихальні техніки, а про цілісну, усвідомлену модель дії, в якій з'єднуються тілесна грамотність, емоційна екологія, стійкість, сенс і гнучкість.

Актуальність цього дослідження зумовлена необхідністю науково обґрунтувати і розробити модель ефективних стратегій психосоматичного відновлення, здатних забезпечити підтримання особистісної та професійної ефективності, зниження ризиків емоційного виснаження та підвищення рівня суб'єктивного благополуччя. Важливим є і те, що сучасні соціальні і професійні умови підсилюють потребу у відповіді на питання про механізми збереження особистісної цілісності, повернення до власних ресурсів та відновлення балансу після тривалої взаємодії з емоційно складним контингентом клієнтів.

У сучасному світі питання збереження психосоматичного здоров'я поступово виходить за межі медичної галузі і стає об'єктом комплексного міждисциплінарного аналізу. Особливої уваги воно потребує стосовно професій, пов'язаних з постійною міжособистісною взаємодією, де головним

інструментом праці є власна особистість. До таких належать спеціальності типу «людина-людина», представники яких працюють з емоційними потребами, кризовими станами, міжособистісними конфліктами і соціальними викликами, що вимагає від фахівців не лише професійної компетентності, а і постійної емоційної присутності, чутливості до потреб інших, готовності до міжособистісної взаємодії в умовах психологічної напруги. Часто їхня власна втома залишається поза увагою не лише з боку оточення, а і самих фахівців, які звикли допомагати іншим, відкладаючи турботу про себе на потім. У процесі такої діяльності фахівці зазнають не лише когнітивного чи фізичного навантаження, а передусім емоційного виснаження, що з часом виявляється в симптомах психосоматичного дисбалансу.

Наукову основу роботи становлять теоретичні та емпіричні дослідження вітчизняних та зарубіжних учених, присвячені проблемам психосоматичного здоров'я, емоційного вигорання, професійного стресу, тілесно орієнтованих підходів, копінг-стратегій та механізмів психологічної саморегуляції. Інтеграції цих напрямів дозволяє сформувати міждисциплінарну позицію щодо підтримки фахівців сфери «людина – людина» та підкреслює актуальність необхідності впровадження комплексних стратегій психосоматичного відновлення у їхню професійну діяльність.

Серед основних наукових підходів слід відзначити теоретичні та експериментальні дослідження науковців, які вивчали питання психосоматичного здоров'я та впливу стресових факторів на життєстійкість:

Ф. Александер, Ф. Дунбар, В. Вайцеккер, Т. фон Уекскуль, Г. Сельє, Й. Шульц, А. Лоуен, А. Антонівський, В. Франкл, К. Роджерс, П. Левін, Б. ван дер Колк, Ф. Шапіро, К. Юнг.

Об'єкт дослідження: психосоматичне здоров'я у фахівців сфери «людина-людина».

Предмет дослідження: формування стратегій відновлення психосоматичного здоров'я у фахівців сфери «людина-людина».

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати і практично дослідити формування стратегій відновлення психосоматичного здоров'я у фахівців сфери «людина-людина».

Завдання дослідження:

1. Провести теоретично методологічний аналіз вивчення психосоматичного здоров'я у фахівців сфери «людина-людина».
2. Надати психологічну характеристику представникам які виконують діяльність у сфері «людина-людина».
3. Провести експериментальне дослідження стратегій відновлення психосоматичного здоров'я у фахівців сфери «людина-людина».
4. Розробити програму формування стратегій відновлення психосоматичного здоров'я у фахівців сфери «людина-людина».
5. Проаналізувати результати впровадження програми та надати оцінку її ефективності.

Теоретико-методологічну основу дослідження становили: здобутки вчених, які розглядали вплив психосоматичних чинників на здоров'я людини та механізми його порушення та можливості відновлення. До них належать праці вітчизняних і зарубіжних дослідників: (Ф. Александер, Ф. Дунбар, В. Вайцеккер, Т. фон Уекскуль, Г. Сельє, Й. Шульц, А. Лоуен); стрес, копінг-поведінку та адаптаційні механізми (Р. Лазарус, С. Фолкман, С. Кобаса, К. Масlach, Д. Міклер, Г. Келлі, Б. Андерсон); концепцію салютогенезу та смислової регуляції здоров'я (А. Антонівський, В. Франкл, К. Роджерс); сучасні уявлення про травму, тілесну пам'ять і психофізіологічну регуляцію (Б. ван дер Колк, П. Левін, Ф. Шапіро, П. Огден, С. Порджес); когнітивно-поведінкові, гештальт- і гуманістичні підходи до саморегуляції (А. Бек, А. Елліс, Ф. Перлз, К. Юнг, С. Кові); вітчизняні дослідження психосоматичних розладів, емоційного вигорання та професійного стресу (Р. Ісаков, Є. Клімов, В. Бойко, Л. Карамушка, О. Саннікова, Н. Пов'якель).

Для досягнення поставленої мети та розв'язання висунутих завдань використано комплекс **методів дослідження**.

- теоретичні: аналіз і синтез наукових джерел; систематизація та узагальнення сучасних теоретичних і емпіричних досліджень; порівняльний аналіз підходів до розуміння психосоматичного здоров'я; контент-аналіз психологічної літератури та нормативно-методичних матеріалів.

- емпіричні: анкетування; метод експертної оцінки; психодіагностичні методики: обсерваційні (спостереження, самоспостереження); опитувальні (інтерв'ю, анкетування); експертні методи (метод експертної оцінки професійних ризиків та ресурсів); психодіагностичні методики (опитувальники PHQ-15 - скринінг соматичних симптомів; PSS-10 (Широн) - рівень суб'єктивного стресу; SOC-13 або SOC-29 (Антоновський) - відчуття когерентності).

- методи математичної обробки даних: розрахунок описової статистики; кореляційний аналіз; порівняльні статистичні процедури і подальша якісна інтерпретація даних та їх змістовне узагальнення.

Наукова новизна дослідження полягає у тому, що у цій роботі поглиблено та уточнено уявлення про сучасні наукові підходи до вивчення психосоматичного здоров'я фахівців професій типу «людина – людина», зокрема щодо взаємозв'язку емоційного виснаження, тілесної дисрегуляції та копінг-стратегій.

Уточнено зміст і структуру понять «психосоматичне відновлення» та «стратегії психосоматичної саморегуляції» в контексті професійної діяльності допомагаючих спеціалістів.

Систематизовано чинники, які впливають на формування індивідуальних стратегій відновлення психосоматичного здоров'я у фахівців із високим рівнем емоційного навантаження.

Запропоновано концептуальний підхід до формування стратегій психосоматичного відновлення, що інтегрує тілесні, емоційні, когнітивні та смислові компоненти саморегуляції.

Отримано емпіричні дані, щодо взаємозв'язку між рівнем симптомів, стресу, відчуттям когерентності та стратегіями подолання у фахівців допомагаючих професій.

Теоретичне значення дослідження полягає в аналізі та узагальненні наукових підходів до розуміння психосоматичного здоров'я, механізмів порушення у професіях із підвищеною емоційною взаємодією.

Розширено теоретичне уявлення про соціально-психологічні особливості впливу професійного стресу, міжособистісного навантаження та внутрішніх конфліктів на психофізіологічний стан фахівців.

Уточнено концептуальні підходи до розуміння цілісності психосоматичного функціонування, що поєднує тілесний, емоційний і когнітивно-смысловий рівні.

Обґрунтовано перспективність інтегративних моделей саморегуляції як бази для формування ефективних стратегій відновлення здоров'я.

Практичне значення полягає у запропонованому комплексі методичних матеріалів, які можуть бути використані у подальших психологічних та соціально-поведінкових дослідженнях психосоматичного здоров'я.

Результати дослідження можуть бути інтегровані у тренінгові програми, профілактичні заходи, спрямовані на запобігання емоційному виснаженню та підвищення рівня психосоматичної стійкості фахівців.

Запропонований концептуальний підхід може слугувати основою для розроблення програм розвитку навичок саморегуляції, ресурсних практик та індивідуальних стратегій відновлення.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО- МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я У ЛЮДЕЙ СФЕРИ «ЛЮДИНА-ЛЮДИНА»

1.1. Аналіз проблеми дослідження наявний у вітчизняній та зарубіжній науковій психологічній літературі

У філософських і медичних уявленнях різних епох простежується ідея єдності душі і тіла, у межах цілісного підходу людина розглядається як єдина психофізіологічна система, де психічний стан взаємопов'язаний з тілесними процесами.

У науковій традиції термін «психосоматика» пов'язується із працями німецького лікаря Й. Хайнрота (1818), який одним із перших використав його для позначення взаємозв'язку психологічного та соматичного у походженні і перебігу хвороб. Він виходив з ідеї, що людське тіло і душа є неподільною єдністю, а психічні переживання безпосередньо впливають на виникнення та перебіг соматичних захворювань. Хайнрот наголошував, що у частині випадків тілесні симптоми можуть мати морально-етичне коріння. Цей етап важливий насамперед як історичний початок концептуалізації проблеми «психіка – тіло» у медицині та психології [5; 12].

І лише у XX столітті душа - психея почала розглядатися як об'єкт наукового дослідження в контексті медицини, психології, психіатрії, нейронаук і культурології. Категорія «психосоматичне здоров'я» виникає на перетині кількох традицій: біомедичної, гуманістично - екзистенційної, когнітивно - поведінкової та феноменологічної. У центрі такого розуміння - не просто зв'язок психіки та тіла, а їхня взаємодія яка може підтримувати адаптацію або сприяти формуванню дисфункції за умовами тривалого стресу [5; 7].

Вагомий внесок у формування психосоматичних моделей зробили Ф. Александер і Ф. Дунбар, які одними з перших запропонували цілісне розуміння взаємозв'язків між психікою та започаткували інтерпретацію частини тілесних захворювань у зв'язку з внутрішньоособистісними

конфліктами. Їм належить концепція що певні соматичні захворювання мають безпосередній психогенний зв'язок [31; 32].

Ф. Александер окреслив групу так званих «класичних психосоматичних захворювань», які пов'язував із типовими емоційними конфліктами та стійкими патернами реагування. Він виділив сім таких захворювань [28].

Перший це виразкова хвороба шлунку цей розлад асоціюється з пригніченою агресією, яка не знаходить виходу у відкритому вираженні через страх або почуття провини. Людина не дозволяє собі вільно відстоювати власні межі, що призводить до надмірного психоемоційного напруження та соматичного «перетравлювання» нерозв'язаних ситуацій. У фізичному вимірі це проявляється у вигляді підвищеного виділення шлункового соку та ушкодження слизової оболонки шлунку [28].

Другий вид це гіпертонічна хвороба. У людини із хронічною артеріальною гіпертензією спостерігається схильність до стримування емоцій, особливо гніву, а також внутрішній конфлікт між потребою контролювати й необхідністю підкорятися. Частіше це особистості які перебувають у постійному емоційному і фізичному напруженні, не дозволяючи собі відпочинку або слабкості. Підвищений судинний тонус у такому стані стає тілесною реалізацією внутрішнього конфлікту [28].

Третій вид це бронхіальна астма це захворювання пов'язане з емоційною залежністю, потребою в любові та водночас страхом її втратити. Часто симптоматика загострюється в ситуаціях, коли особа переживає психологічне відчуття покинутості або емоційної нестабільності. Бронхоспазм, що викликає відчуття задухи, у межах психосоматичного підходу розглядається як символічне відображення емоційного конфлікту «я не можу вдихнути життя» або «мене задушує турбота/страх» [28].

До четвертого виду відноситься ревматоїдний артрит. Симптоми цього захворювання є самотизацією пригніченої агресії, що спрямована на себе, а також глибокого почуття провини. Часто такі люди живуть із внутрішнім переконанням, що не мають право на гнів і замість зовнішнього вираження

емоцій, у них виникає аутоагресія, яка виявляється у формі ураження суглобів. Символічно це «знерухомленість» волі, неможливість вільно діяти [28].

П'ятий це гіпертиреоз. Це захворювання асоціюється з надмірною психічною мобілізацією, хронічним внутрішнім напруженням, коли людина «згорає» від постійної потреби бути активною, корисною, досконалою. Такі пацієнти не можуть дозволити собі спокій або відпочинок бо сприймають це як загрозу. В організмі це проявляється у вигляді підвищеного вироблення гормонів щитовидної залози та активації всіх систем життєзабезпечення [28].

Шостий це коліт (виразковий). У цьому випадку мається на увазі глибокий внутрішній конфлікт, пов'язаний із потребою в захисті, відторгненні, не висловленими емоціями, які «роз'їдають» людину з середини. Люди часто переживають гнів або страх, як неможливість виразити безпосередньо, тому тіло реагує через загальні процеси в кишечнику, що символічно асоціюється з неможливістю «перетравити певні події або стосунки [28].

Сьомий вид це нейродерміт це шкіряне захворювання інтерпретується як тілесна репрезентація емоційної ізоляції, неприйняття себе, конфлікту з тілесною або сексуальною ідентичністю. Шкіра, як орган контакту зі світом, реагує на приховані переживання відкинутості або сорому. Симптоми свербіння чи висипання можуть бути тілесним «зверненням» до іншого- «мені боляче», «я не витримую контакту», «поміти мене» [28].

Ці сім захворювань Ф. Александер назвав психосоматичною класикою, що стала основою подальшого розвитку як психоаналітичною психосоматикою, так і сучасних біопсихосоціальних моделей. Попри обмеження ранніх моделей, їхній внесок полягає у тому що вони привертають увагу до зав'язків емоційних процесів і тілесних симптомів та стимулювали розвиток інтегративних підходів.

Подальший розвиток психосоматичної медицини у XX столітті значною мірою відбувався у Європі. У феноменологічній традиції В. фон Вайцеккер підкреслював значущість суб'єктивного переживання хвороба та розглядав

симптоми у контексті життєвого досвіду людини. Він підкреслював, що кожен симптом відображає унікальний життєвий шлях людини і стає частиною її особистісного досвіду. Вчений запропонував розглядати пацієнта не як об'єкт, а як суб'єкта хвороби, який переживає тілесні симптоми у контексті власної історії, конфліктів і цінностей [5].

Важливим внеском у розвиток психосоматики стала також діяльність Т. фон Уекслюя, який розробив концепцію «суб'єктивного тіла» (Leib). Він наголошував, що тіло не можна зводити до набору органів і біологічних функцій, воно завжди переживається суб'єктивно, у взаємодії з довкіллям і культурним контекстом. Т. Уекслюль вважав, що лікар має враховувати не лише клінічні дані, але й індивідуальне сприйняття пацієнта, його емоційні й екзистенційні переживання. Саме цей підхід дав початок «психосоматичній інтегративній медицині» у Німеччині, яка прагнула поєднати біомедичні, психологічні та феноменологічні виміри здоров'я [12].

Пізніше ідеї психодинамічних процесів поступово інтегрувалися з експериментально обґрунтованими підходами до стресу. Теорія Г. Сельє про загальний адаптаційний синдром проклала шлях до наукового вивчення реакції організму на стрес. Запропонована ним трифазна модель процесу реагування організму на тривалий стрес стала основою для дослідження фізіології стресу. Він назвав це загальним адаптивним синдромом та описав як хронічний стрес підриває ресурси та знижує опірність організму людини. Саме ця модель дала старт розвитку концепції психосоматичних захворювань як функціонального зриву на базі емоційного перенапруження [5].

У цей період концептуальні рамки психосоматики виходять за межі медичним досліджень та розвиваються в психології здоров'я. У межах цього напрямку Р. Лазарус і С. Фолкман акцентували увагу на когнітивно-оціночному характері стресу, розглядаючи копінг – стратегії як ключові механізми реагування психофізіологічного стану. Вони виводять у центр дослідження когнітивно-поведінкову модель подолання стресу та копінг-стратегії становляться ключовими інструментами впливу на фізіологічний

стан через усвідомлену поведінку, емоційну регуляцію та когнітивну оцінку [11;13].

Р. Лазарус розробив когнітивно-оціночну теорію стресу, у якій стрес трактується як процес взаємодії особистості та середовища, де вирішальними чинниками є суб'єктивна оцінка ситуації. В основі положення теорії включають уявлення про те, що стрес це не стільки зовнішня подія, скільки процес взаємодії особистості та середовища, у якому суб'єктивна оцінка ситуація визначає інтенсивність і характер реакції [11].

Основні положення теорії складаються з первинної оцінки, вторинної оцінки та реоцінка. У межах первинної оцінки людина визначає, чи становить ситуації загрозу, виклик або є нейтральною щодо благополуччя. Вторинна оцінка полягає у аналізі власних ресурсів, можливостей і стратегій для подолання ситуації, тоді як реоцінка означає переосмислення ситуації з урахуванням нової інформації або змін у контексті переживання [11; 13].

У результаті спільної роботи Р. Лазарус і С. Фолькман виокремили два основних типи копіngu:

- проблемно-орієнтований копінг - активні дії, спрямовані на зміну ситуації або безпосереднє змінення впливу стресора.
- емоційно-орієнтований копінг - регуляція емоційних реакцій на стресову подію, зокрема через пошук соціальної підтримки, переоцінка значущості події, релаксаційних практик [11; 13].

У межах психосоматичного підходу ця концепція дозволяє пояснює, чому саме суб'єктивне сприйняття та інтерпретація ситуації можуть визначити інтенсивність фізіологічної стресової реакції організму. За умов хронічного стресу зростає ризик соматичних наслідків, що узгоджується із загальними підходами до стресу та адаптації [9; 31].

Якщо ситуація інтерпретується як неконтрольована загроза, активується хронічна стресова відповідь через симпато – адреналіно – надниркову систему та гіпоталамо – гіпофізальну – надниркову вісь. Тривала активація цих

механізмів з часом може призвести до психосоматичних розладів таких як гіпертонія, виразкова хвороба шлунку, астма, мігрень тощо [9; 28].

Адаптивні копінг-стратегії знижують тривалість і інтенсивність фізіологічного стресових відповідей, запобігаючи їх хронізації. Вони виконують буферну функцію, що пом'якшує вплив стресу на психіку і тіло. Їхня ефективність полягає не тільки в емоційному полегшенні, а і у прямому впливі на фізіологічні механізми стресу [11; 31]. Дослідження свідчать, що регулярне використання адаптивних стратегій сприяє зниженню активності симпато-адреналової системи та нормалізації роботи гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, відповідальної за виділення кортизолу. У результаті зменшується напруження м'язів, стабілізується серцево-судинна діяльність, нормалізуються процеси травлення та відновлюється якість сну [9; 31].

У практичному вимірі це означає, що фахівець, який регулярно використовує такі стратегії, здатний швидше відновлюватися після професійних перевантажень, підтримувати стабільність емоційного стану та знижувати ризик формування соматичних симптомів, зокрема головного болю напруги, тахікардії, гастроентерологічних розладів. З огляду на це адаптивний копінг стає не лише психологічним ресурсом, а й важливим чинником соматичного здоров'я [31; 64].

На прикладі професійної діяльності психолога, яке передбачає постійне емоційне включення, що створює ризик кумулятивного стресу, відповідно до моделі Р. Лазаруса можна виокремити двох основних аспектів оцінювання ситуації:

- Якщо подія оцінюється як неконтрольована загроза, це підвищує ймовірність хронічного стресу і психосоматичних проявів (безсоння, напруга м'язів, серцево-судинні скарги).
- Якщо бракує ресурсів або низька віра у здатність впоратися, це оцінка власних можливостей: «Чи маю я достатньо ресурсів, щоб упоратися?» якщо ні то ризик кумулятивного різко зростає [11; 13].

Застосовування проблемно-орієнтованого копінгу (супервізія, перерозподіл навантаження, планування роботи) у поєднанні з емоційно-орієнтованими стратегіями (релаксація, рефлексія, підтримка колег) значно зменшує вплив стресу на організм і виконує профілактичну функцію зниження вигорання [31; 64].

Проблемно-орієнтовані дії зосереджені на активному впливі на сам стресор. Вони включають:

- пошук рішень - аналіз ситуації, збір інформації, визначення оптимальних шляхів виходу зі складного становища;
- планування - структуроване визначення етапів дій, розподіл часу та ресурсів, що допомагає повернути відчуття контролю і знизити тривожність;
- звернення по допомогу - використання зовнішніх ресурсів, зокрема консультацій колег, професійної підтримки, поради наставників чи друзів;
- супервізію - у професіях типу «людина-людина» це особливо важливо, адже супервізія дає можливість отримати сторонній погляд на проблему, знайти нові рішення і водночас зняти емоційне напруження [31; 64].

Завдяки таким діям фахівець поступово виходить із позиції безпорадності і відновлює активну позицію у взаємодії з професійними викликами, що зменшують ймовірність активації хронічних стресових механізмів.

Емоційно-орієнтовані стратегії спрямовані не на зміну ситуації, а на регуляцію внутрішніх переживань, що виникають у відповідь на неї [11]. До них належать:

- рефлексія та переосмислення як усвідомлення власних емоцій і зміна їхньої інтерпретації;
- релаксація у вигляді дихальні вправи, медитація, прогресивне м'язове розслаблення, які допомагають знизити фізіологічну напругу;

- творчість у вигляді малювання, музика, танець, ведення щоденника чи інші форми символічного вираження емоцій, які відновлюють гармонію;
- майндфулнес як практика усвідомленої присутності «тут і тепер», що допомагає не застрягати у негативних сценаріях минулого чи майбутнього [31; 64].

Ці методи особливо ефективні у ситуаціях, коли саму проблему усунути неможливо (наприклад, робота у кризовому середовищі, догляд за важкохворим). Вони дозволяють знизити інтенсивність переживань і зберегти внутрішню рівновагу, навіть коли зовнішні умови залишаються складними [11; 13].

Поєднання проблемно- та емоційно-орієнтованих стратегій дає людині можливість не лишатися у хронічному стресі, а відновлювати баланс між зовнішніми вимогами та внутрішніми ресурсами. Саме завдяки цьому запобігається перехід стресової реакції у хронічну форму, що є ключовим фактором розвитку психосоматичних розладів [9; 31].

Подальший розвиток уявлення про психологічне та психосоматичне здоров'я пов'язаний із формуванням салютогенетичного підходу, запропонованого А. Антонівського у 1970-1980-х роках в межах пошуку відповідей на питання про фактори, що зумовлюють збереження здоров'я людини навіть за умови впливу хронічного стресового фактору [16]. На відміну від патогенетичного підходу, який орієнтований на вивчення механізмів виникнення та перебігу хвороби, салютогенетична модель фокусується на ресурсах і процесах що підтримують і відновлюють здоров'я.

Основним положенням салютогенезу є уявлення про континуум «здоров'я-хвороба», на якому кожна людина займає певне положення, що змінюється під впливом внутрішніх і зовнішніх умов. Завдання дослідника або практичного спеціаліста полягає не лише у визначенні причини захворювання, а і у з'ясуванні, які ресурси сприяють руху індивіда у бік полюса здоров'я [16].

Відчуття когерентності у салютогенезі, А. Антонівський визначив як глобальну життєву орієнтацію особистості, що відображає ступінь упевненості життєвих подій [16]. SOC складається з трьох компонентів:

- Зрозумілість (comprehensibility) сприйняття зовнішніх та внутрішніх стимулів як упорядкованих, структурованих і передбачуваних.

Це базове відчуття того, що світ є впорядкованим і передбачуваним, а події, які з ним відбуваються, мають певну логіку і внутрішній сенс. Людина з високим рівнем зрозумілості сприймає зовнішні та внутрішні стимули не як хаотичні або випадкові, а як структуровані та піддатливі до осмислення. Це означає, що навіть у складних або кризових ситуаціях вона здатна знаходити пояснення того, що відбувається, бачити закономірності та інтегрувати нові події у власну картину світу [16].

Важливо, що зрозумілість не передбачає повної контрольованості життя, але вона формує впевненість у тому, що більшість подій можна інтерпретувати і надати їм певний порядок. Наприклад, фахівець сфери «людина-людина», який стикається з високим емоційним навантаженням, за умови сформованої зрозумілості буде сприймати ці труднощі не як хаос чи катастрофу, а як закономірну частину професійного процесу, що має свої причини і пояснення. Така когнітивна установка знижує відчуття невизначеності і тривоги, які є ключовими тригерами хронічного стресу і психосоматичних розладів [16].

- Керованість (manageability) переконаність у наявності власних ресурсів (власних або зовнішніх) для подолання життєвих труднощів.

Це ресурси як внутрішні (сила волі, знання, навички), так і зовнішні (підтримка близьких, професійна спільнота, матеріальні засоби). Високий рівень керованості означає, що людина не відчуває себе безпорадною перед обставинами, навіть якщо вони є складними. Вона знає, що завжди можна мобілізувати власні сили чи звернутися за допомогою. У професійній діяльності фахівців «людина-людина» це проявляється, наприклад, у вмінні використовувати супервізію, колегіальну підтримку або організаційні ресурси, щоб не залишатися сам на сам із професійним перевантаженням. Відчуття

керованості допомагає уникати стану хронічної безпорадності, що є одним із центральних факторів розвитку психосоматичних розладів[16].

- Осмислення (meaningfulness) сприйняття життя як такого, що має сенс, а труднощів – як викликів, вартісних для подолання.

Воно відображає здатність людини надавати сенс власному життю, вбачати цінність у труднощах і проблемах, сприймати їх не лише як загрози, а як виклики, що мають значення для особистісного розвитку. Людина з високим рівнем осмислення сприймає свою діяльність як вартісну і внутрішньо виправдану, а отже, здатна витримувати значні навантаження без руйнівних наслідків для психіки і тіла. У професіях «людина-людина» осмислення проявляється у відчутті покликання, місії допомагати іншим, що надає додаткового ресурсу для подолання стресу. Навпаки, втрата сенсу або відсутність особистісного значення у роботі часто стає чинником емоційного вигорання та соматизації [1; 31].

У межах салютогенетичного підходу розрізняються загальні ресурси опору, що діють у широкому діапазоні життєвих ситуацій (фінансова стабільність, соціальна підтримка, освіта), та специфічні ресурси опору, які активуються у відповідь на конкретний тип стресора [1].

З позиції психосоматичної медицини, салютогенетична модель поясняє, чому одні і ті самі стресові фактори в одній особі призводять до розвитку соматичних порушень (виразкова хвороба шлунку, гіпертонія, астма тощо) , тоді як інші зберігають відносне фізичне благополуччя. Високий рівень SOC зменшує інтенсивність фізіологічного стресової відповіді, підтримує хронічній активації гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, що є одним з ключових механізмів формування психосоматичного розладів [1; 7].

У контексті дослідження вигорання психологів ця концепція має особливе значення. Професійна діяльність психологів пов'язана з інтенсивними емоційними навантаженнями, постійним контактом із травматичним досвідом клієнта та високим рівнем відповідальності [1; 11].

Низький рівень SOC у поєднанні з дефіцитом ресурсів опору підвищує ризик не лише емоційного виснаження, але і розвитку психосоматичних порушень.

Виходячи з цього, салютогенетичний підхід є теоретичною та практичною основою для розробки програм підтримки психологічного і фізичного здоров'я психологів. Його інтеграція в систему профілактики професійного вигорання дозволяє не лише знижувати рівень стресу, але і посилювати внутрішні ресурси, необхідні для підтримки психосоматичного благополуччя [1].

В продовження вивчення теми психосоматичного здоров'я доцільно звернутися до праць Р. Ісакова, у яких психосоматичні розлади розглядаються на перетині біологічних, психологічних і соціальних чинників [7]. Наукові підходи Р. Ісакова базуються на інтегративному підході де психосоматичне здоров'я описується як динамічний баланс між психікою та соматичною сферою, що забезпечує механізми адаптації. Дослідження спрямовані на вивчення етіології, патогенезу, діагностики та лікування психосоматичних розладів, а також на розробку комплексних підходів до збереження психічного і соматичного здоров'я людини [7].

Наукові дослідження Р. Ісакова базуються на інтегративному підході до розуміння психосоматичних розладів, у якому поєднуються медичні, психологічні, нейробіологічні та соціальні чинники. Центральною ідеєю його концепція є розгляд психосоматичного здоров'я як динамічного стану балансу між психічною та соматичною сферами, що забезпечується ефективними механізмами адаптації.

У своїх працях Р. Ісаков виходить з положень біопсихосоціальної моделі, згідно з якою: біологічний рівень охоплює генетичні особливості, стан нервової та ендокринної системи, імунологічний статус.

Цей рівень є фундаментальною складовою психосоматичного здоров'я, адже саме він визначає базову фізіологічну платформу для психічних процесів та адаптивних можливостей людини. До цього рівня входять генетичні особливості, які формують вроджену вразливість чи, навпаки, стійкість

організму до різних захворювань. Наприклад, наявність спадкової схильності до гіпертонії, астми чи алергічних реакцій може створювати «ґрунт» для психосоматичних порушень у випадку тривалого стресового навантаження. Важливе місце займає стан нервової системи - баланс між симпатичною та парасимпатичною її частинами визначає здатність організму адекватно реагувати на зовнішні подразники, швидко мобілізуватися в умовах загрози і так само швидко повертатися у стан відновлення. Порушення цієї рівноваги призводить до хронічної активації стресових механізмів, що відображається у соматичних симптомах.

Ендокринна система, особливо робота гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, відіграє ключову роль у регуляції стресових реакцій, контролі рівня кортизолу та адреналіну. За нормальних умов ці гормони допомагають адаптуватися, але при їхній хронічній гіперсекреції розвиваються виснаження, зниження імунного захисту, порушення обміну речовин [17]. Не менш важливим є стан імунної системи, яка безпосередньо реагує на психологічний стан людини. Р. Ісаков підкреслює, що тривале емоційне напруження, виснаження чи відсутність ефективних копінг-стратегій призводить до зниження імунологічного статусу, зменшується кількість Т-лімфоцитів, підвищується схильність до інфекційних та автоімунних процесів [7].

Біологічний рівень виступає не ізольованою складовою, а динамічною системою, яка перебуває у постійному взаємозв'язку з психологічними й соціальними чинниками. І саме цей рівень визначає «органи-мішені» - найбільш вразливі системи організму, через які психічне перенавантаження найчастіше проявляється у вигляді психосоматичних симптомів [7; 28].

Психологічний рівень включає особистісні риси, механізми емоційної регуляції, рівень стресостійкості, копінг-стратегії.

У межах моделі Р. Ісакова цей рівень охоплює ті характеристики особистості, які безпосередньо впливають на психосоматичне здоров'я через емоційні, когнітивні та поведінкові механізми [7]. Передусім це індивідуально-психологічні риси, які визначають, як людина сприймає себе, інших і світ.

Підвищений рівень тривожності, схильність до перфекціонізму чи ригідності мислення підвищують вразливість до соматизації, тоді як гнучкість, оптимізм і здатність до емоційної регуляції виконують захисну функцію [3; 18].

Важливим компонентом є емоційна регуляція. Люди, які схильні пригнічувати або витісняти емоції, частіше стикаються з психосоматичними симптомами, оскільки непрожиті переживання знаходять вихід через тіло [7].

Подавлення агресії, гніву чи тривалий внутрішній конфлікт можуть проявлятися у вигляді гіпертонії, виразкової хвороби або порушень травлення. Натомість сформовані навички усвідомлення і конструктивного вираження емоцій становляться своєрідним «запобіжником» для організму [49].

До психологічного рівня належить і рівень стресостійкості, тобто здатність адекватно реагувати на напружені обставини без розвитку дезадаптивних станів. У дослідженнях показано, що особи з високим рівнем резильєнтності менше схильні до психосоматичних порушень, навіть за умов хронічного професійного перевантаження [41]. Особливе місце займають копінг-стратегії - способи подолання стресу, які можуть бути адаптивними (пошук рішень, рефлексія, соціальна підтримка) чи неадаптивними (уникання, витіснення, залежності). Вибір тих чи інших стратегій визначає, чи буде стрес трансформовано у конструктивний досвід, чи він стане тригером соматичних симптомів [14;39] .

Р. Ісаков наголошує на ролі когнітивних схем і переконань. Вбудована ще з дитинства установка на кшталт «я повинен бути сильним», «мої потреби неважливі» чи «успіх визначає мою цінність» створюють внутрішнє напруження і схильність до самознецінення. Це підвищує ризик вигорання та тілесних розладів у зрілому віці [7]. Отже, психологічний рівень визначає, як саме особистість переживає стресові ситуації і чи здатна вона інтегрувати їх без шкоди для тіла.

Соціальний рівень визначається якістю міжособистісних стосунків, професійним середовищем, соціальною підтримкою та культурними нормами [52].

На цьому рівні у концепції Р. Ісакова відображає зовнішнє середовище, в якому перебуває особистість, та ті соціальні фактори, що впливають на її психосоматичне здоров'я [7]. Він охоплює якість міжособистісних стосунків, рівень соціальної підтримки, умови професійної діяльності, соціально-економічний статус, культурні і ціннісні норми, які визначають стиль життя людини.

Центральним чинником є система міжособистісних зв'язків. Позитивні і підтримуючі стосунки з близькими людьми, колегами чи професійною спільнотою підсилюють стресостійкості і знижують ризик соматизації. Навпаки, хронічні конфлікти, ізоляція або відсутність довірливого кола спілкування підвищують вразливість до психосоматичних симптомів [11]. Соціальна підтримка зменшує інтенсивність стресових реакцій та активує адаптивні копінг-стратегії [52].

Важливим є і професійне середовище. Для представників професій типу «людина-людина» характерні високі емоційні навантаження, контакт із кризовими ситуаціями клієнтів і потреба у постійній емпатійній присутності [11]. Якщо в організації відсутні умови для супервізії, колегіальної підтримки чи відпочинку, це сприяє формуванню хронічного стресу та соматизації. Натомість створення безпечного професійного простору, де визнається право спеціаліста на втому, відновлення і помилку, знижує ризик вигорання та психосоматичних порушень [11; 52].

Не менш суттєвими є соціально-економічні умови життя. Постійна фінансова нестабільність, невизначеність майбутнього, дефіцит ресурсів для відпочинку чи лікування збільшують напруження організму та знижують можливості для відновлення [52]. Культурні норми і цінності також мають вплив: у суспільствах, де панують установки що потрібно терпіти, бути сильним, не плакати, не показувати слабкість, формується тенденція до придушення емоцій і ігнорування тілесних сигналів, що прямо веде до психосоматизації [3; 18].

Отже, соціальний рівень у моделі Р. Ісакова виступає тим контекстом, який або посилює вразливість, або підсилює ресурси особистості. Він визначає, наскільки психологічні і біологічні механізми адаптації отримують зовнішнє підкріплення чи, навпаки, додатковий тиск [7]. Баланс між підтримуючим середовищем та деструктивними соціальними впливами є одним із ключових факторів психосоматичного благополуччя.

Р. Ісаков акцентує на тому, що розвиток психосоматичних порушень є результатом хронічної дисрегуляції між цими рівнями, яка формується під впливом стресових чинників, інформаційного перевантаження та невирішених внутрішньоособистісних конфліктів.

Основними положенням концепції є уявлення про психосоматичне здоров'я не лише як відсутність симптомів, а як здатність організму та психіки гнучкого адаптування до змінних умов без втрати цілісності [7; 31].

Р. Ісакова зауважує що це багатовимірний процес, який виходить далеко за межі медичного підходу, зосередженого лише на симптоматиці. Воно не зводиться до простої відсутності ознак хвороби, а визначається як здатність організму та психіки до гнучкої адаптації в умовах постійно мінливого середовища [7; 45]. Що означає, за наявності значних стресових факторів людина може зберігати відносну рівновагу і внутрішню цілісність, використовуючи власні ресурси для подолання труднощів. Р. Ісаков підкреслює, що йдеться не про статичний стан, а про динамічний баланс, у якому психічні, соматичні та соціальні складові постійно взаємодіють між собою. Тож, психосоматичне здоров'я розуміється як процес безперервного регулювання, що включає як здатність до відновлення після стресу, так і вміння мобілізувати адаптивні механізми у кризових ситуаціях [17; 31]. У цьому сенсі симптоми виступають не лише як прояви хвороби, а як сигнали порушення рівноваги, що вказують на необхідність корекції стилю життя, способів емоційної регуляції чи соціальних стратегій.

Симптоми можуть виступати не лише ізольовані прояви хвороби, а як сигнали порушення балансу між психічними та соматичними процесами [7].

Вони виконують функцію своєрідних «сигналів тривоги», через які організм і психіка повідомляють про дисбаланс [7; 28]. Наприклад, головний біль напруження може бути не лише наслідком фізичного перевтомлення, а й проявом тривалого емоційного пригнічення чи невисловленої агресії; гастроентерологічні симптоми - сигналом внутрішнього конфлікту або постійної тривожності [7]. З огляду на це, симптом не можна інтерпретувати виключно у медичному вимірі, ігноруючи його психологічний та соціальний контекст. У цьому підході тіло постає як індикатор, через який виявляються несвідомі переживання, не проявлені емоції або неадаптивні стратегії поведінки. Важливим завданням клініциста і психолога є не лише усунення прояву, а виявлення прихованих механізмів, що його породили. Отже, симптоми виконують роль не кінцевої точки діагностики, а відправного сигналу до глибшого аналізу особистісних, психофізіологічних і соціальних умов, які призвели до порушення балансу.

Рання діагностика можлива завдяки виявленню преморбідних психологічних станів (тривожність, емоційного виснаження, порушення сну, хронічної втоми [11]).

Такі психологічних станів сигналізують про ризик розвитку психосоматичних порушень ще до появи виражених соматичних симптомів [7]. Йдеться про такі прояви, як підвищена тривожність, хронічна втома, розлади сну, зниження емоційної регуляції, зростання дратівливості чи відчуття виснаження. Вони виступають «ранніми маркерами» дисбалансу між психічними і фізіологічними системами. Р. Ісаков підкреслює, що на цьому етапі втручання може бути найбільш ефективним, адже ще не сформовані стійкі патологічні зміни в організмі. Для цього пропонується використовувати комплексні методи - поєднання клінічних інтерв'ю, стандартизованих психодіагностичних опитувальників (наприклад, шкали стресу, індекси когерентності, опитувальники соматичних симптомів) і біомаркерів стресу (рівень кортизолу, показники серцево-судинної реактивності) [40; 45]. Рання діагностика дозволяє розпізнати вразливі ланки психосоматичної системи

людини та запобігти переходу функціональних порушень у хронічні захворювання.

Комплексна корекція має поєднувати медичні, психологічні та психоосвітні заходи, спрямовані на відновлення регуляторних систем організму, з урахуванням мультидисциплінарного підходу [7; 45].

Цей підхід багаторівневий, спрямований не лише на усунення симптомів, а на відновлення цілісного функціонування психіки та тіла. Психосоматичне порушення формується як результат дисрегуляції між біологічними, психологічними і соціальними рівнями, тому і лікування повинно бути інтегративним [7]. Медичні заходи (фармакотерапія, фізіотерапія, соматичне лікування) поєднуються з психотерапевтичними методами - когнітивно-поведінковою терапією, тілесно-орієнтованими техніками, методами стрес-менеджменту та психоедукацією [6; 14]. Важливим компонентом є також профілактичні програми, що включають оптимізацію режиму праці та відпочинку, розвиток тілесної усвідомленості, навчання ефективним копінг-стратегіям [13; 31]. Р. Ісаков наголошує, що успішна корекція можлива лише за умов мультидисциплінарної співпраці: психологів, лікарів загальної практики, психотерапевтів, фізіотерапевтів і соціальних працівників [7]. Такий підхід не тільки зменшує інтенсивність психосоматичних симптомів, але і відновлює адаптивні механізми організму, створюючи підґрунтя для довготривалого збереження психічного та фізичного здоров'я [45].

На сучасному етапі розвитку психології та медицини психосоматичне здоров'я розглядається в межах міждисциплінарного підходу, який поєднує медичні, психологічні, соціальні та культурні аспекти [45; 74].

В арсенал сучасної практики входять науково обґрунтовані методи, ефективність яких підтверджена у клінічних дослідженнях:

- Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)- модифікація дезадаптивних переконань і поведінкових патернів, що сприяють соматизації [6; 34].

- Тілесно-орієнтована терапія та травмафокусовані підходи (робота з тілесною регуляцією та наслідками травматичного досвіду) [14].
- Майндфулнес та програми MBSR- зниження стресової реакції через тренування усвідомленої присутності [8; 53].
- Методи психотерапії травми, зокрема EMDR, як один із доказових підходів у роботі з посттравматичною симптоматикою [23].

Застосовується індивідуально-орієнтована діагностика з урахуванням особистісних чинників, стилів подолання стресу та життєвої історії пацієнта [7]. Це дає змогу визначити «органи-мішені»- системи організму, найбільш уразливі до психоемоційного перенапруження, та розробити профілактичні стратегії [28].

Окремим напрямом є навчання клієнтів механізмам стрес-менеджменту: дихальні техніки, релаксаційні вправи, самоспостереження за тілесними сигналами [17]. Психоедукація формує усвідомлення зв'язку між емоційними станами та тілесними реакціями, що знижує частоту рецидивів [7].

Найвищу ефективність демонструють програми, де психологи, психотерапевти, лікарі загальної практики, фізіотерапевти та соціальні працівники діють у координації. Такий підхід дозволяє синхронізувати психологічну корекцію, медичне лікування та соціальну підтримку [45].

Сучасна практика орієнтується не лише на лікування, а і на раннє виявлення ризиків психосоматичних розладів. Це включає скринінгові опитувальники (PHQ-15, PSS-10, SOC-13, MBI), моніторинг психоемоційного стану та інтервенції на етапі доклінічних проявів [40; 55].

У практику активно інтегруються телемедицина, мобільні додатки для моніторингу стресу та психосоматичних симптомів та дистанційні групи підтримки [80].

Психосоматичне здоров'я доцільно розуміти як процес, уразливий до стресу, але потенційно здатний до саморегуляції за наявності ресурсів та ефективних стратегій відновлення [7; 31]. Такий процес формується в результаті життєвого досвіду, професійної ролі, культурних норм і звичок

емоційного реагування. Особливо це актуально для професій, у яких тіло і психіка фахівця фактично стають інструментом взаємодії це педагоги, психологи, медики, соціальні працівники, менеджери [11].

Отже, сучасне уявлення про психосоматичне здоров'я як про процес взаємодії тілесного і психічного вимагає перегляду існуючих моделей професійної підтримки фахівців. У дослідженнях мають враховуватися не лише клінічні аспекти, а і особистісні смисли, професійні ролі, культурні установки і навички стратегічного відновлення. Це відкриває нові можливості для психологічної практики зокрема в розробці системи підтримки психосоматичного здоров'я у професіоналів допоміжних професій [7; 31].

1.2. Психологічна характеристика фахівців, які здійснюють професійну діяльність у сфері «людина- людина»

Професійна діяльність фахівця у сфері «людина- людина» характеризується не лише виконанням формалізованих посадових функцій, а значно ширшим змістом. Це контакт між особистостями, безперервний психологічний обмін, у якому професіонал постійно перебуває в полі впливу емоцій, очікувань, проблем, запитів інших людей [9; 18]. Така взаємодія вимагає глибокої включеності, водночас залишаючи мало простору для емоційної дистанції, зумовлює формування особливого і часто вразливий тип психоемоційного функціонування [11].

Особливість цих професій полягає в тому, що їхній результат має нематеріальний характер, проте справляє глибокий вплив - це зміна емоційного стану іншого, формування довіри, створення безпечного простору для розвитку або зцілення [18]. У цьому процесі фахівець неминуче залучає власну особистість, свої реакції, своє тіло. Його професіоналізм - це не лише знання і методи, а і здатність бути людиною з людиною, бути в полі контакту, де постійно присутній ризик емоційного перенавантаження, вторинної травматизації та порушення психологічних меж [11; 22].

Формування професійної ідентичності у цих спеціалістів зазвичай починається з глибокої мотивації, бажання допомагати, змінювати, бути корисним [20; 27]. Така мотивація має позитивний потенціал, однак в умовах тривалої емоційної залученості, нерегульованих навантажень та дефіциту підтримки вона поступово перетворюється на джерело виснаження, бо не передбачає усвідомлення власних обмежень. Часто фахівці настільки зосереджені на потребах інших, що втрачають чутливість до сигналів власного тіла - втома, дратівливості, соматичних проявів стресу і продовжують діяти на автопілоті [3;17].

У класифікації Є. Клімова професії типу «людина- людина» виділяються як ті, в яких головним об'єктом є інша особа - її емоційний стан, поведінка, потреби, здатність до зміни або прийняття допомоги [9]. До таких професій належать педагоги, психологи, медичні працівники, соціальні працівники, юристи, волонтери, тренери, консультанти, менеджери з продажу тощо. Спільним для них є тривале перебування в просторі чужих переживань, життєвих ситуацій, конфліктів, криз, страхів, очікувань [18].

Психологічний портрет таких фахівців формується навколо декількох ключових характеристик:

- Емоційна включеність. У професіях «людина- людина» емоційна включеність не є додатковою рисою, вона виступає необхідною умовою ефективної міжособистісної взаємодії [18; 27]. Це здатність не залишатися байдужим, емоційно бути “тут і зараз” із людиною, яка звертається по допомогу, підтримку чи навчання. Водночас зворотним боком цієї якості є обмеження можливості для збереження емоційної дистанції, що ускладнює можливості зберігати психологічну стабільність у довготривалій перспективі [11].

Емоційна включеність передбачає постійну настроєність на емоційний стан іншого, що веде до підвищення ймовірності емпатійного перевантаження. Наприклад, педагог, який щодня спостерігає емоційні зриви дітей з деструктивного середовища, або соціальний працівник, який постійно

взаємодіє з клієнтами у кризі, починає відчувати перенесення чужого болю на себе. Це призводить до так званого «синдрому співчутливого виснаження», що значно підвищує ризик соматизації [3; 24].

- Рольова ідентифікація. Фахівці цієї категорії часто демонструє надмірно ототожнення з професійною роллю – «я не просто виконую роботу, я є цією роботою» [18]. Ця ідентифікація формує міцну внутрішню установку що допомагати, витримувати, бути корисним це і є цінність. Але разом із нею виникає ризик злиття особистісної і професійної ідентичності, за якою людина втрачає здатність чітко розмежовувати власні потреби і вимоги професійної ролі [11; 24].

Подібне злиття унеможлиблює повноцінний відпочинок, зміну фокусу, психологічне «вимикання». Людина, яка постійно виконує соціально важливу функцію, починає відчувати провину за спроби відновлення, за прояв слабкості, втоми або бажання дистанціюватися [20]. У перспективі це призводить до хронічного емоційного напруження, пригнічення емоцій і формування психосоматичних симптомів, зокрема серцево-судинного характеру або соматоформного болю [17].

- Висока потреба в соціальній ефективності. Фахівці сфери «людина-людина» орієнтуються на соціально помітний результат, зміну поведінки клієнта, його розвиток, адаптацію, позитивні відгуки, динаміку. Їхня професійна самооцінка тісно пов'язана з успіхами інших, що створює залежність від зовнішніх показників ефективності. У ситуаціях, коли очікуваний результат не досягається з'являється фрустрація, розчарування в собі, сумніви у професійній компетентності [11;24].

Це відчуття часто посилюється ще і тим, що професійні результати у таких фахівців не завжди піддаються суб'єктивному вимірювані. Наприклад, психолог може працювати місяцями, не отримуючи швидкого зворотного зв'язку, вчитель не бачити ефекту своєї роботи через загальний соціальний контекст. У таких умовах активується малопомітне, але накопичувальне виснаження від «безрезультатних зусиль», яке негативно позначається на

внутрішній мотивації та соматичному стані (часто спостерігається втрата сну, апетиту, тремор, головний біль напруження).

- Тривале емоційне напруження. У сфері «людина- людина» постійна регуляція емоцій стає нормою, а не винятком. Фахівець не має права зірватися, дати волю гніву чи втомі. Така тривала емоційна напруга функціонує як стан постійної внутрішньої мобілізації, що з часом приводить до виснаження. Формується стійкий патерн хронічного пригнічення емоцій, що позбавляє людину можливості вчасно розряджатися [3; 17].

Цей стан підтримується і культурними настановами- «будь сильним», «тримай себе в руках», «не показуй слабкість», які вбудовуються в професійну роль. Тривале емоційне напруження викликає не лише психологічне виснаження, а і вегетативні реакції: тремор, тахікардію, гастроспазми, гіпертонію або панічні напади. Паралельно виникає відчуття втрати контролю над тілом, що ще більше посилює тривожність [7; 17].

- Схильність до ігнорування тілесного сигналу. У таких фахівців часто спостерігається дефіцит тілесної обізнаності, вони можуть чудово розуміти емоції інших, але не розпізнавати власне фізичне виснаження [2]. Ігнорування сигналів тіла це частина професійного сценарію де «не час хворіти», «терпи», «ще трохи і відпочинеш». Тіло починає висловлюватися симптомами, які не пов'язані з органічними причинами чи то хронічний біль, тиск, порушення травлення, м'язова скутість, безсоння [7;74].

Соматизація емоційного виснаження відбувається поступово, у формі психосоматичних розладів, які не завжди усвідомлюються як наслідки психологічних процесів. Особливо небезпечними є ті випадки, коли фахівець намагається лікувати симптоми медикаментозно, але не змінює способу життя і не вчиться повертати зв'язок із тілом. Це формує замкнене коло: виснаження, пригнічення симптомів, подальше виснаження [7; 28].

- Професійна самотність. Попри постійну присутність інших людей у полі діяльності, фахівці «людина- людина» нерідко переживають стані внутрішньої самотності. Причиною може бути неможливість відверто

говорити про свої труднощі, втому, емоційні зриви, не втрачаючи авторитету або професійної репутації. У команді це може підсилюватися конкуренцією, браком довіри, «синдромом хорошого спеціаліста», який не має права втомитися [11; 24].

Самотність стає психосоціальним чинником психосоматизації, коли внутрішній біль нікуди винести, а тіло починає сигналізувати замість слів. Відсутність підтримки, не проявлений досвід емоційного перевантаження, брак безпечного професійного середовища - усе це створює основу для депресивних станів, тривожних розладів і соматоформних проявів. У результаті фахівець залишається усередині системи допомоги, але фактично перебуває поза простором підтримки [18; 22].

У цьому контексті фахівець стає одночасно і ресурсом, і об'єктом навантаження. Його тіло та психіка – це робочі інструменти, які зношуються за відсутності системної само-підтримки. Зовні він може демонструвати компетентність, витримку, професійну етику тоді як внутрішньо накопичується специфічне виснаження від допомоги, яке виникає не від опору, а через безперервну віддачу [11; 24].

Усе це свідчить про те, що психологічна характеристика фахівця сфери «людина-людина» це не сукупність окремих рис, а система динамічних взаємозв'язків між мотивацією, професійною роллю, емоційною регуляцією та тілесною чутливістю. Саме в цій системі виникає напруга, яка за відсутності підтримувальних механізмів неминуче призводить до дисбалансу [7; 45].

Вивчення цієї категорії фахівців потребує зміщення аналітичного фокусу від формальних критеріїв до розуміння внутрішніх адаптаційних процесів, що розгортаються в умовах надмірного емоційного контакту. Саме це створює підґрунтя для формування гнучких, глибинних стратегій відновлення психосоматичного здоров'я, що враховують не лише зовнішній контекст праці, а і внутрішню екологію особистості фахівця [31; 52].

Проте ці особливості не виникають у дорослому житті випадково – їхні джерела значною мірою закладаються ще в дитинстві. Саме ранній досвід

взаємодії з батьками та іншими значущими дорослими формує ті емоційні сценарії і адаптаційні стратегії, які згодом впливають на вибір професії допомагаючого типу і визначають стиль реагування у професійному полі [25; 35].

У цьому контексті стає зрозумілим, чому представники допомагаючих професій – педагоги, психологи, медики, соціальні працівники та інші так часто мають підвищену емоційну чутливість і схильність до вигорання. Їхня ефективність значною мірою залежить від розвитку емпатії, комунікативних умінь, стресостійкості та здатності до саморегуляції (Boyatzis et al., 2012; Maslach & Leiter, 2016). Водночас вибір цієї сфери нерідко зумовлений несвідомими чинниками, сформованими ще в дитячому віці (McAdams & Pals, 2006) [35].

Дитячі адаптаційні стратегії, що виникають в умовах тиску або високих очікувань значущих дорослих, можуть закріплювати риси, які підвищують імовірність вибору допомагаючих професій. До таких рис належать підвищене почуття відповідальності за інших, схильність ставити чужі потреби вище за власні, прагнення відновлювати гармонію у стосунках чи компенсувати власні дефіцити [25; 35].

Несвідомі емоційні тригери дитинства можуть несвідомо задавати характер професійної поведінки у майбутньому, зокрема:

- досвід постійної критики формує підвищену чутливість до зворотного зв'язку та схильність до перфекціонізму;
- роль «рятівника» або «посередника» сприяє надмірному включення у проблеми клієнтів;
- травматична чи нестабільна прив'язаність може зумовити як гіперзалученість, так і надмірне емоційне дистанціювання [35; 78].

Постійна активізація дитячих тригерів у професійному середовищі підтримує хронічний емоційну напругу, що з часом може призвести до формування психосоматичних симптомів. При цьому вразливими стають ті

системи організму, які в дитинстві вже були пов'язані зі стресовими реакціями - так звані «органи-мішені» (Alexander, 1950; Engel, 1977) [28; 45].

Наприклад:

- у людей із дитячим досвідом сорому та соціального відторгнення частіше реагує шкіра (дерматити, вітіліго);
- у тих, хто з дитинства відчував нестабільність та страх, підвищена реактивність серцево-судинної системи (гіпертонія, тахікардія);
- у тих, хто тривалий час стримував емоції, підвищується ризик захворювань ШКТ (виразкова хвороба, синдром подразненого кишківника) [7; 28].

Отже розуміння зв'язку між дитячими патернами, професійним вибором і психосоматичними реакціями є важливим фактором для створення ефективних програм профілактики вигорання та психосоматичних розладів у сфері «людина – людина». Це положення лягає в основу запропонованої у даному дослідженні авторської методики, спрямованої на виявлення та опрацювання глибинних тригерів, що визначають особистісну психосоматичну вразливість фахівця.

1.3. Взаємозв'язок психосоматичного здоров'я та стратегій психологічного відновлення у професійній діяльності фахівців сфери «людина-людина»

Психосоматичне здоров'я в сучасній психології розглядається як інтегративна системна характеристика, що об'єднує тілесні, психоемоційні та соціальні рівні функціонування особистості та відображає спосіб її адаптації до життєвих навантажень. У професійній діяльності типу «людина – людина», де предметом праці виступають переживання, потреби та поведінка інших людей психосоматичне здоров'я фахівця стає основним ресурсом професійної дієздатності, моральної витримки та здатності до довготривалого функціонування без руйнівних наслідків для особистості [31; 64]. У той же час саме ці фахівці перебувають у зоні підвищеного ризику психосоматичних порушень, зокрема через специфіку ролі, що вимагає постійного емоційного включення, гнучкої регуляції поведінки, багаторазових контактів із травматичними історіями, емоційною нестабільністю клієнтів або системною фрустрацією.

У широкому розумінні психосоматичне здоров'я не є простою відсутністю хвороб, а становить собою динамічну рівновагу між тілесним самопочуттям, емоційним благополуччям, когнітивною ясністю та здатністю особистості адаптуватися до стресових впливів. Саме тому воно нерозривно пов'язане зі стратегіями психологічного відновлення - тобто з інструментами, що дозволяють не лише впоратися з перевантаженням, а й повернути собі суб'єктну активність, внутрішню зібраність і тілесну включеність у власне життя [16; 78].

Особливості праці фахівців у сфері «людина-людина» формують певний специфічний психосоматичний профіль уразливості. Він пов'язаний із хронічною напругою, дефіцитом часу на відновлення, неможливістю дотримання чіткої межі між особистим і професійним простором, а також високою частотою вторинної травматизації внаслідок роботи з болем, кризами, втратами, агресією клієнтів. За таких умов фахівці можуть формувати

компенсаційні механізми, які на перших етапах підвищують витривалість, але з часом виснажують психіку і тіло. До таких механізмів належать емоційна відстороненість, перенесення, інтерналізація проблем клієнтів, або знецінення власного виснаження або схильність до трудового вигорання [39].

У наукових працях Р. Ісакова, В. Бойко, К. Могендорффа, М. Сельє, А. Антонівського та інших зазначається, що психосоматичні симптоми часто є способом вираження пригнічених емоцій, яких фахівець не може прожити або безпечно виразити у межах професійної ролі. Тривале утримування себе у межах професійної ролі може призводити до соматоформних порушень - головного болю напруги, гастроентерологічних симптомів, тахікардії, розладів сну, психогенної втоми, серцево-судинної дистонії [6; 37].

У цьому контексті стратегії психологічного відновлення відіграють роль буферного механізму, що пом'якшує дію стресу, емоційного перевантаження та втрати контролю. Під стратегіями варто розуміти не лише набір технік таких як релаксація, дихальні вправи, візуалізація, а як цілісну систему внутрішньої організації особистості, що підтримує професійну стійкість і знижує ризик соматизації в умовах тривалого навантаження [1]. Розпізнавати момент внутрішнього перевантаження є первинною та принциповою умовою ефективного психологічного відновлення.

Йдеться про здатність вчасно вловити перші сигнали дисбалансу, які свідчать, що ресурси організму і психіки вичерпуються [1;17]. Ці сигнали можуть проявлятися на різних рівнях. На фізіологічному рівні це підвищена м'язова напруга, головний біль, серцебиття, проблеми зі сном або порушення апетиту. На емоційному рівні - відчуття дратівливості, тривоги, зниження мотивації чи апатії. На когнітивному рівні - труднощі з концентрацією уваги, уповільнене мислення, відчуття «застрягання» на одній думці. На поведінковому рівні - схильність уникати контактів, зростання помилок у роботі, використання компенсаторних звичок (переїдання, зайве вживання кави, трудовий вигорання).

Р. Ісаков наголошує, що важливим є не сам факт наявності симптомів, а чутливість до їхнього вчасного розпізнавання. Часто фахівці сфери «людина-людина» ігнорують ці сигнали, пояснюючи їх втомою чи тимчасовим напруженням, і продовжують працювати «через силу». Функціонування у режимі постійного подолання без пауз у результаті функціональні ознаки поступово приводять до закріплення стану напруження, виснаження закріплюються і переходять у стійкі психосоматичні симптоми [7]. Натомість уважність до ранніх сигналів дозволяє зробити паузу, активувати стратегії самопідтримки і запобігти переходу перевантаження у хронічний стан.

Розпізнавання моменту внутрішнього перевантаження можна розглядати як внутрішній регуляторний механізм, що своєчасно запускає процес відновлення. Це перший крок до того, щоб не допустити руйнівного впливу стресу на тіло і психіку та зберегти цілісність функціонування особистості.

Надавати собі дозвіл на відновлення є наступним ключовим кроком після розпізнавання перевантаження [5; 12].

У професіях типу «людина-людина» ця навичка часто виявляється найскладнішою, адже внутрішні переконання спеціаліста зазвичай пов'язані з високим рівнем відповідальності, самопожертви та орієнтації на потреби інших. Багато фахівців схильні ігнорувати власні потреби, відкладаючи турботу про себе на «потім» і відчуваючи провину за відпочинок. У результаті організм і психіка продовжують функціонувати у стані хронічної мобілізації, що неминуче виснажує ресурси [11; 17].

Психологічно дозвіл на відновлення означає зміну внутрішньої позиції щодо власних меж і можливостей - перехід від того що людина повинена витримати будь-що до того що вона має право зупинитися, аби зберегти ефективність і здоров'я. Це усвідомлене прийняття того факту, що відновлення є не слабкістю, а невід'ємною частиною професійної компетентності. Дозвіл може проявлятися у простих діях - зробити паузу під час робочого дня, перенести зустріч, відмовитися від зайвого навантаження, вчасно завершити робочий процес, піти у відпустку без відчуття провини [32; 80]. На

фізіологічному рівні такий дозвіл дає організму можливість переключитися з режиму «боротьби чи втечі» на режим відновлення і регенерації, що забезпечується роботою парасимпатичної нервової системи. На психологічному рівні це створює простір для переосмислення власних переживань і повернення до внутрішньої рівноваги. Соціально це формує культуру, у якій турбота про себе стає нормою, а не винятком [39; 68].

Отже, надання собі дозволу на відновлення є не лише індивідуальною практикою, а і як показник зрілості професійної ідентичності, яка включає відповідальність не тільки за інших, а за власне психосоматичне здоров'я. Саме така позиція створює підґрунтя для довготривалого професійного функціонування без переходу напруження у хронічні психосоматичні порушення [31; 64].

Реалізовувати поведінку самопідтримки є практичним продовженням внутрішнього дозволу на відновлення. Вона означає, що усвідомлена потреба у відпочинку, турботі про себе чи зменшенні навантаження перетворюється на конкретні дії, які сприяють збереженню і відновленню психосоматичного здоров'я. Така поведінка самопідтримки проявляється у щоденних звичках, таких як дотриманні режиму сну, регулярній фізичній активності, збалансованому харчуванні, плануванні часу для відпочинку та відновлювальних практик (релаксація, дихальні вправи, творчість). Саме системність, а не епізодичність таких дій, визначає їхній профілактичний вплив на розвиток психосоматичних порушень [31; 64].

Вона також включає встановлення та підтримання особистих і професійних меж - здатність вчасно відмовитися від надмірних вимог, не брати на себе відповідальність за всі проблеми клієнта і регулювати навантаження зменшує ризик хронічного стресу та соматизації [15].

У професіях «людина–людина» поведінка самопідтримки має особливе значення, оскільки сама професійна роль часто вимагає високого рівня емпатії, включеності і віддачі. Без свідомого формування практик турботи про себе фахівець ризикує потрапити в пастку хронічного виснаження. Самопідтримка

не зводиться лише до короткочасного відпочинку, а передбачає створення системи життєвих ритуалів, що забезпечують рівновагу між роботою і особистим життям, між віддачою іншим та турботою про власні потреби [31; 52].

Отже, реалізація поведінки самопідтримки є основою структурним елементом системного підходу для профілактики вигорання і психосоматичних розладів. Саме ця рівновага дозволяє фахівцеві не тільки відновлювати ресурси після навантаження, але і формувати довготривалу стійкість до стресу, що є основою збереження професійної ефективності і особистісної цілісності [11; 32].

Регенерувати тілесний і психічний ресурс є процесом цілеспрямованого відновлення внутрішніх сил організму та психіки після виснаження, спричиненого стресом, інтенсивною працею або емоційними перевантаженнями [69].

На тілесному рівні йдеться про фізіологічне відновлення, нормалізацію роботи серцево-судинної, травної та імунної систем, зниження рівня кортизолу, відновлення енергетичного балансу. Це досягається завдяки сну, відпочинку, фізичним вправам, здоровому харчуванню та тілесно-орієнтованим практикам (йога, дихальні техніки, прогресивна м'язова релаксація). На психічному рівні регенерація передбачає відновлення емоційної стабільності, зменшення тривоги, повернення здатності концентрувати увагу, відчувати сенс і задоволення від життя. Тут ключову роль відіграють творчі й духовні практики, спілкування з людьми, які дають підтримку, та досвід «ресурсних» активностей, що викликають позитивні емоції [53; 64].

Для фахівців сфери «людина–людина» цей процес є критично важливим, адже щоденна професійна діяльність вимагає високого рівня емпатії, терпіння і психологічної присутності, що швидко виснажує внутрішні ресурси. Якщо регенерація не відбувається, організм поступово переходить у стан хронічної втоми, який стає підґрунтям для психосоматичних порушень [7; 24]. Вчасне та

регулярне відновлення дає змогу не лише компенсувати витрачені сили, але і формувати внутрішніх резервів міцності, що сприяє здатності витримувати більші навантаження без шкоди для здоров'я. Регенерація тілесного і психічного ресурсу є не епізодичним актом, а системною практикою, яка має бути інтегрована у повсякденне життя. Вона забезпечує сталість професійного функціонування, підтримує психосоматичне благополуччя і створює передумови для довготривалої стійкості до стресових факторів [32; 52].

Усвідомлювати потребу в зовнішній допомозі є завершальним і водночас принципово важливим елементом системи психологічного відновлення (супервізія, психотерапія) [11; 24].

Воно передбачає здатність спеціаліста вчасно розпізнати межі власних можливостей та визнати, що самотійних ресурсів недостатньо для подолання перевантаження. У професіях типу «людина–людина» ця навичка має особливе значення, адже висока професійна відповідальність і культура постійної віддачі часто заважають спеціалістам звертатися по допомогу, створюючи ілюзію, що «я повинен упоратися сам», що підвищує ризик хронічного виснаження [24; 61].

Звернення до супервізії дозволяє фахівцеві отримати не лише практичний зворотний зв'язок і професійні рекомендації, а і емоційне розвантаження через можливість відкрити власні переживання у безпечному просторі. Це знижує рівень внутрішнього напруження, попереджає вигорання і створює умови для професійного зростання [11; 80].

Звернення до психотерапії виконує глибшу функцію - допомагає інтегрувати несвідомі конфлікти, пропрацьовувати дитячі патерни реагування, зменшувати силу тригерів і відновлювати контакт із власним тілом. Індивідуальна чи групова терапія дає можливість опрацювати ті проблеми, які неможливо вирішити лише за допомогою саморегуляції чи підтримки колег. Усвідомлення потреби у зовнішній допомозі - це не ознака слабкості, а прояв професійної зрілості та відповідальності за власне психосоматичне здоров'я. Воно дає змогу своєчасно перервати руйнівний цикл перевантаження,

отримати необхідний ресурс і зберегти цілісність функціонування у довгостроковій перспективі [22; 64].

Серед ефективних стратегій, які мають доказову базу у психологічній та психотерапевтичній практиці, вирізняють:

Когнітивно-поведінкові стратегії (усвідомлення і переосмислення стресових ситуацій, формування адекватної самооцінки, зниження катастрофізації) є одним з найбільш доказово підтверджених підходів, спрямованих на зміну первинної когнітивної оцінки стресової події та змісту автоматичних думок, що безпосередньо знижує емоційну реактивність і фізіологічне збудження [6; 34]. Теоретично вони спираються на транзакційну модель стресу, відповідно до якої переживання напруження формується в наслідок первинної та вторинної оцінки події. Якщо ситуація сприймається як неконтрольована або такою, що перевищує наявні ресурси, активується інтенсивні емоції та фізіологічні реакції, що з часом можуть набувати психосоматичного характеру. Зміна способу оцінювання події дозволяє знизити суб'єктивну загрозу і інтенсивність тілесних реакцій. [57].

На психофізіологічному рівні такі стратегії пов'язані з «top-down» регуляцією, підвищенням префронтального контролю над лімбічними реакціями, зменшенням активності «загрозових» ланцюгів, нормалізацією симпато-адреналової відповіді та кортизолової динаміки [34; 57].

Ключові компоненти і техніки:

Усвідомлення автоматичних думок - фіксація тригера, емоції (інтенсивність у %), пов'язаних тілесних відчуттів та спонтанної інтерпретації («Я не впораюсь», «Це катастрофа») [34].

Ідентифікація когнітивних викривлень - катастрофізація, «чорно-біле» мислення, розумове фільтрування, читання думок, емоційне обґрунтування, персоналізація тощо. Сам факт розпізнавання знижує переконливість автоматичної думки [6; 34].

Сократичне опитування та перевірка доказів - що саме доводить мою думку? які є контрдокази? чи є альтернативні пояснення? який доказ я ігнорую? [34]

Декатастрофізація - послідовне зниження «катастрофи» до реалістичного сценарію («найгірше/найкраще/найвірогідніше»), оцінка реальних наслідків та ресурсів їх подолання [6].

Переатрибуція - перерозподіл причинності від глобальної «винен я чи організм слабкий» до багатофакторної («навантаження + недостатність сну + брак підтримки») [57].

Формування збалансованих альтернативних переконань - короткі перевірені твердження, що зберігають факти, але знімають надмір загрози (Ситуація складна, але в мене є план і ресурси) [34].

Копінг-самофрази (coping statements) - заздалегідь підготовлені формули для «гарячих» моментів («Зупинись → подихай → перевір факти», «Я можу просити підтримки») [6; 59].

«Стріла донизу» (downward arrow) - вияв глибинної схеми за автоматичною думкою («якщо... то що це означає про мене про світ?») з подальшим переосмислення [34].

Поведінковий експеримент - малий, безпечний тест реальності для перевірки альтернативної інтерпретації (наприклад, делегування завдання замість «усе зламається без мене») [34; 57].

Алгоритм застосування («щоденник думок», 7 колонок):

1) ситуація/тригер; 2) емоції (0–100%); 3) тілесні відчуття; 4) автоматичні думки; 5) викривлення; 6) альтернативна інтерпретація; 7) повторна оцінка емоцій [34].

Регулярне ведення такого щоденника формує навичку швидкого «перемикавання» з реактивної інтерпретації на реалістично-підкріплювальну [34; 57].

Приклад для фахівця «людина–людина»:

Ситуація - накладання дедлайнів, серцебиття, напруга у плечах.

Автоматична думка - «Я все зіпсую - мене звільнять» (катастрофізація, читання думок).

Докази «за» - стислий час. Докази «проти» - позитивні відгуки, попередні успішні дедлайни, підтримка команди.

Альтернатива - «Часу мало, але я можу пріоритезувати та попросити допомоги; головне - завершити критичні блоки».

Поведінковий експеримент - 15-хвилинний план, одна конкретна делегація. Повторна оцінка тривоги - з 80% до 45%; тілесні симптоми зменшуються [34].

Практичні умови ефективності:

- 1) регулярність коротких сесій (5–10 хв/день);
- 2) поєднання з майндфулнес та дихальними вправами для швидкого зниження фізіологічної активації [53];
- 3) персоналізація формулювань під індивідуальні схеми (перфекціонізм, потреба у схваленні, гіперконтроль) [34];
- 4) супервізійна підтримка на етапі формування навички [11].

У підсумку когнітивно-поведінкові стратегії не «прибирають» стресори, але змінюють кут їх сприйняття, що помітно зменшує емоційне навантаження, частоту соматовегетативних реакцій і ймовірність хронізації стресу [17; 57].

Тілесно-орієнтовані стратегії (тілесне заземлення, соматичне усвідомлення, усвідомлене дихання, контакт з тілом через рух) мають вагому доказову базу в сучасній психотерапевтичній практиці і спрямовані на зниження фізіологічної активації та відновлення зв'язку між психікою і тілом. Вони гуртуються на розумінні того, що стрес і травматичний досвід закарбовуються у тілесних патернах – м'язові напруги, дихальних реакціях та соматичних відчуттях, а тому ефективна регуляція потребує безпосередньої роботи з тілом у процесі відновлення [2; 58]. Ці стратегії не лише знімають симптоми напруги, а і повертають відчуття «я в тілі», що є критично важливим для профілактики психосоматичних розладів [2; 64].

Ключові компоненти тілесно-орієнтованих практик:

Одним з основних компонентів тілесних стратегій є тілесне заземлення (grounding) - фокус на контакті з поверхнею під ногами, відчутті ваги тіла, положення в просторі. Заземлення допомагає стабілізувати емоційний стан, зменшити дисоціацію та повернути відчуття безпеки. Практики заземлення особливо ефективні у момент гострої тривоги чи панічних атак [2; 58]].

Не менш важливим елементом є соматичне усвідомлення, що полягає у розвитку чутливості до внутрішніх тілесних сигналів – мікронапруги, тепла, холоду, зміни ритму серцебиття чи дихання. Це дозволяє вчасно помічати ознаки стресового перевантаження та включати відновлювальні практики до того, як напруга закріпиться у вигляді соматичних симптомів [64; 72].

Важливе місце серед тілесних практик займає усвідомлені дихальні техніки (повільний видих, діафрагмальне дихання, квадратне дихання), які активують парасимпатичну нервову систему, знижують частоту серцевих скорочень і нормалізують рівень вегетативних реакцій. Навіть короткочасні виконання таких технік сприяє зменшенню тривожності та сомато-вегетативних проявів у станах острого або хронічного стресу [53; 68].

Контакт з тілом через рух – ще один ключовий компонент тілесно – орієнтованих стратегій. Використання рухових практик (йога, тай-чи, танцювально-рухова терапія, біоенергетичні вправи) дозволяє вивільнити м'язову напругу, завершувати незавершені стресові реакції та відновлювати відчуття цілісності тіла. Рух виступає способом не лише фізичного, а і емоційного розвантаження, що знижує ризик соматизації професійного стресу [2; 58].

Ефективність тілесно- орієнтованих стратегій значною мірою залежать від дотримання низки умов: регулярності виконання навіть коротких практик, індивідуальний підбір технік з урахуванням рівня тілесної чутливості та поєднання тілесної регуляції з когнітивними методами, що створюють основу для більш глибокої інтеграції переживань. На початкових етапах доцільним є впровадження цих практик за у межах психотерапевтичного супроводу що забезпечує їх безпечність і ефективність [22; 64].

Отже, тілесно-орієнтовані стратегії виконують не лише симптоматичну а і інтегративну функцію, сприяючи відновленню контакту з власним тілом, зниженню хронічного фізіологічного збудження та профілактиці психосоматичних розладів [58; 75].

Афективно-релаксаційні стратегії (відновлення через сон, творчість, сенсорне занурення, ритуали тиші) спрямовані на зниження рівня емоційного збудження та відновлення енергетичного балансу через практики, які безпосередньо впливають на емоційний стан і соматичне розслаблення. Їхня особливість полягає в тому, що вони забезпечують не лише зняття фізіологічної напруги, а і гармонізацію афективної сфери - відновлення здатності відчувати позитивні емоції, радість, спокій та задоволення. Це важливо, адже тривалий стрес і професійне перевантаження ведуть до емоційного виснаження, втрати здатності радіти і переживати приємні стани, що безпосередньо впливає на психосоматичне здоров'я [11; 24].

Основними компоненти афективно - релаксаційних практик:

- Сон як основна форма відновлення нервової системи. Якісний і достатній за тривалістю сон відновлює нервову систему, нормалізує гормональний баланс і знижує рівень кортизолу. Порушення сну часто стає одним із перших сигналів психосоматичного перевантаження, а його відновлення - ключовою умовою повернення до рівноваги [53; 69].

- Творчість як спосіб символічного опрацювання переживань. Малювання, музика, танці, літературна творчість або інші форми самовираження допомагають трансформувати внутрішні переживання у символічну форму, що зменшує напруження і створює простір для позитивних емоцій. Творчість виступає природним механізмом емоційної саморегуляції, що особливо цінно для фахівців, які в професійній діяльності змушені тривалий час утримувати контроль над власними емоціями [20; 27].

- До афективно – релаксаційних стратегій також належать сенсорне занурення, яке передбачає використання приємних сенсорних стимулів – тепла, запаху, звуків, природного середовища. Такі практики активують

парасимпатичну нервову систему, сприяють зниженню мязової напруги та відновлюють відчуття тілесного комфорту, що має прямий вплив на психосоматичний стан [53; 58].

- Окреме місце посідає ритуали тиші та усамітнення, спрямована на зменшення інформаційного та емоційного перенавантаження. Практики тимчасового відключення від зовнішніх стимулів, інформаційного шуму (цифровий детокс, медитація у тиші, перебування у природі без зовнішніх подразників) створюють умови для інтеграції пережитого досвіду та відновлення когнітивних і емоційних ресурсів [53; 18].

Практичні умови ефективності:

1. Регулярність - короткі щоденні практики дають більший ефект, ніж рідкісні і тривалі [32].
2. Індивідуалізація - важливо, щоб обраний спосіб розслаблення був справді приємним і природним для конкретної людини [16].
3. Баланс між активними і пасивними практиками - поєднання сну, тиші та активної творчості забезпечує різнобічне відновлення [31; 64].

Афективно-релаксаційні стратегії створюють умови для «перезавантаження» емоційної системи, повертають людині здатність до переживання позитивних афектів і формують фундамент для довготривалої стійкості до стресових факторів [11; 52].

Екзистенційно-сміслові стратегії психологічного відновлення спрямовані на формування та підтримання внутрішнього відчуття сенсу, цінності і осмисленості професійної діяльності, що виступає потужним захисним чинником у професії типу «людина–людина». Вони допомагають фахівцеві не лише знижувати негативний вплив стресу, а й трансформувати складні переживання у джерело внутрішнього зростання. Ці стратегії виходять із положень екзистенційної психології та логотерапії В. Франкла, згідно з якими людина здатна витримати майже будь-які труднощі, якщо бачить у них сенс [20; 27].

Основні компоненти:

- Усвідомлення сенсу власної праці. Йдеться про усвідомлене нагадування собі, для чого виконується професійна діяльність, яку цінність вона має для інших людей і для самого спеціаліста. Це підсилює відчуття внутрішньої значущості та зменшує ризик емоційного вигорання [11; 20].

- Прийняття внутрішніх обмежень. Усвідомлення того, що людина не може контролювати все, допомагає знизити надмірне відчуття відповідальності, яке часто лежить в основі професійного виснаження. Прийняття власної обмеженості і неможливості «врятувати всіх» дозволяє фахівцю зберігати емоційну стабільність і ставити реалістичні цілі [16; 27].

- Перегляд меж відповідальності за інших. Це означає розмежування між тим, що належить до професійної компетенції спеціаліста, і тим, що виходить за її межі. Така стратегія допомагає уникати «синдрому рятівника», який призводить до втрати енергії і соматизації [15; 24].

Практичні умови ефективності:

1. Рефлексія та самопостереження - регулярне осмислення власних дій і мотивацій (наприклад, через щоденник або супервізію) [18; 27].

2. Підтримка духовних і ціннісних практик - медитація, молитва, волонтерська діяльність, що підсилюють відчуття причетності до чогось більшого [20].

3. Баланс між допомогою іншим і турботою про себе - відмова від самопожертви як основної стратегії і поступове формування позиції партнерства у стосунках із клієнтами чи пацієнтами [11; 16].

Тому екзистенційно-сміслові стратегії створюють внутрішній «стрижень» стійкості, вони дозволяють людині витримувати напруження, не втрачаючи відчуття власної цінності та професійного сенсу, що є ключовим фактором збереження психосоматичного здоров'я у довгостроковій перспективі [20; 32].

- Ресурсно-соціальні стратегії (підтримуюче середовище, професійна спільнота, менторство, практика «тихих груп» тощо).

Вона спрямовані на активне використання зовнішніх і внутрішніх ресурсів для відновлення психоемоційної рівноваги та збереження цілісності особистості.

Їхня ефективність підтверджена численними дослідженнями в галузі позитивної психології та психотерапії, саме ресурси створюють «подушку безпеки», яка знижує силу стресового впливу і підвищує стійкість до психосоматичних порушень [52; 79].

Основні напрями реалізації ресурсно-орієнтованих стратегій:

- Підтримка соціальних контактів. Соціальна взаємодія є одним із найпотужніших захисних факторів. Довіра, відчуття прийняття, можливість поділитися переживаннями і отримати підтримку зменшують рівень кортизолу та нормалізують роботу серцево-судинної системи. Це може бути спілкування з родиною, друзями, колегами чи участь у групах підтримки та професійних супервізіях [39; 52].
- Використання хобі та творчих занять. Занурення у діяльність, яка приносить задоволення та не пов'язана з професійним стресом, створює умови для «психологічного перезавантаження». Малювання, музика, садівництво, спорт, кулінарія або інші улюблені заняття допомагають переключати увагу, відновлювати емоційний баланс і посилювати відчуття власної ефективності [49; 53].
- Духовні та екзистенційні практики. Медитація, молитва, участь у духовних спільнотах або практики, що пов'язані з пошуком сенсу і глибинних цінностей, посилюють відчуття внутрішньої опори [16; 78]. Дослідження показують, що люди з високим рівнем духовності чи релігійної залученості демонструють більшу резилієнтність і меншу схильність до психосоматичних захворювань [20; 79].
- Ресурсні ритуали у повсякденні. Це невеликі, але регулярні дії, які підтримують відчуття стабільності: прогулянка перед сном, ранкові вправи, ведення щоденника вдячності. Такі практики створюють відчуття передбачуваності і контролю, що знижує рівень тривоги [18; 52].

Практичні умови ефективності:

1. Регулярність і сталість - ресурси працюють найкраще тоді, коли вони інтегровані у щоденне життя, а не використовуються епізодично [32].
2. Індивідуалізація - важливо обирати ті ресурси, які є справді значущими для конкретної особи, а не нав'язані зовнішніми нормами [16].
3. Поєднання внутрішніх і зовнішніх джерел - максимальний ефект досягається тоді, коли людина спирається і на внутрішні ресурси (цінності, здібності, переконання), і на зовнішні (соціальна підтримка, культурні та духовні практики) [31;52].

Ресурсно-орієнтовані стратегії створюють базу для довготривалої стресостійкості. Вони допомагають людині не лише знижувати інтенсивність стресових реакцій, але і відновлювати глибинне відчуття сенсу, безпеки та життєвої цілісності, що є ключовим чинником у профілактиці психосоматичних розладів [31; 52].

Важливо, що стратегії психологічного відновлення не є універсальними, а залежать від типу особистості, характерологічних рис, рівня стресостійкості, тілесного досвіду та культури професійної групи. Наприклад, для одних фахівців ключовою буде стратегія символічного дистанціювання (завершувати день символічним ритуалом «виходу з ролі»), для інших це може бути тілесна активність (плавання, танець), або усвідомлена пауза через дихання [15; 53].

Якщо ж такі стратегії не сформовані то фахівець опиняється в системі несвідомих захистів, які з часом перестають працювати. Наприклад, уникання, заперечення, витіснення, перфекціонізм. Це веде до емоційного вигорання, зростання тривожних симптомів, порушення апетиту, сну, соматизації емоційного дискомфорту. І саме на цьому етапі формується стійке психосоматичне навантаження, яке може стати хронічним без втручання [11; 21].

З цього боку, психосоматичне здоров'я і стратегії психологічного відновлення у професійній діяльності фахівців сфери «людина-людина» пов'язані між собою не опосередковано, а структурно. Стратегія це не те, що

застосовується після кризи, а те, що формує простір безпеки для уникнення руйнівних наслідків ще до її настання. Це внутрішній захист, який інтегрується в щоденний режим фахівця і підтримує не лише його ефективність, а й гідність [31; 52].

Формування цих стратегій потребує цілеспрямованої роботи як у навчальному процесі, так і в рефлексивному просторі професійної практики. Вони повинні стати не тим, чим фахівець користується зрідка, а частиною професійного етикету, гігієни та особистої відповідальності перед собою. Лише тоді допомога іншим перестає бути руйнівною для самого помічника, і професійне життя зберігає не лише результативність, а і людяність [11].

І наступна стратегія це авторське дослідження усвідомлення раннього досвіду отриманого в дитинстві і його вплив на сьогоденні поведінкові реакції. Те що з точки зору К. Юнга було витіснена в тіневу частину і що істотно впливає на вибір і реакцію особистості. Ключове положення авторської концепції, полягає в тому, що психосоматичне здоров'я фахівців не можна розглядати окремо від їхнього раннього досвіду [26].

Одним із центральних положень сучасної психосоматичної психології є уявлення про те, що вразливість до соматизації формується не лише під впливом актуальних стресових чинників, а і унаслідок раннього досвіду розвитку. У дитинстві, коли механізми саморегуляції ще не сформовані, а можливість відкрито виражати емоції залежить від дозволу і реакції значимих фігур, психіка змушена виробляти стратегії виживання. Ці стратегії мають характер адаптаційних патернів, які в подальшому закріплюються та визначають стиль реагування на стрес у дорослому віці [25; 78].

Якщо батьківська або виховна фігура є надмірно критичною, дитина засвоює установки, пов'язані з постійною необхідністю самоконтролю, відповідності очікуванням, страхом покарання чи відторгнення. Такі внутрішні сценарії перетворюються на тригери, які автоматично активуються у ситуаціях, що нагадують дитячі переживання. Несвідомий рівень цих механізмів пояснює, чому у дорослих людей реакції на стрес часто

виявляються надмірними або неадекватними, вони резонують не лише з теперішньою подією, а і із глибинними спогадами, які не були інтегровані [21; 46].

У психоаналітичній традиції (Ф. Александер, А. Фрейд) психосоматичні симптоми розглядаються як символічне вираження витіснених емоцій. Коли дитина не має змоги відкрито демонструвати гнів, страх чи протест, ці емоції «знаходять вихід» через тіло. Наприклад, придушений страх може втілитися у спазмах дихальної системи, а витіснена агресія у порушеннях роботи травного тракту. Отже, тіло виступає своєрідним каналом вираження того, що не може бути висловлено словами [21; 28].

Когнітивно-поведінковий напрям (А. Бек, Р. Лазарус) пояснює цю ж закономірність через поняття дисфункційних схем. У дитинстві формуються стійкі переконання на кшталт «мої потреби неважливі», «я повинен бути зручним», «від мене залежить спокій інших». У дорослому житті ці установки автоматично запускають поведінку самопожертви, підвищену тривожність та схильність до психосоматичних проявів. Важливо, що саме вони визначають вибір людиною ситуацій і середовища, які підкріплюють старі схеми [34; 57].

Екзистенційно-гуманістичної парадигми (В. Франкл, А. Антоновський), патерни дитячого досвіду пов'язані з відчуттям сенсу та цілісності. Якщо дитина не мала можливості переживати своє існування як значуще, у дорослому віці вона виявляється більш уразливою до втрати внутрішньої опори та соматичних зривів. А. Антоновський підкреслював, що здатність підтримувати когерентність (відчуття зрозумілості, керованості і осмисленості життя) багато в чому залежить від того, наскільки ранній досвід був структурованим і підтримуючим [20; 31].

І з огляду на це, дитячі патерни становлять своєрідний «психологічний фундамент», на якому вибудовується система реагування дорослої людини. Вони пояснюють, чому одні й ті самі стресові умови призводять у різних людей до відмінних результатів, у когось виникає психосоматичний розлад, у когось емоційне вигорання, а у когось мобілізація та пошук ресурсів. Розуміння ролі

дитячих патернів у формуванні психосоматичної вразливості відкриває шлях до розробки глибинних стратегій психологічного відновлення, які спрямовані не лише на зняття симптомів, але і на інтеграцію травматичного досвіду та трансформацію дисфункційних сценаріїв [25; 35].

І розглядаючи більш глибоко вплив дитячих патернів на формування характеру людини можна дійти висновку, що вибір професії у сфері «людина - людина» рідко буває випадковим. На відміну від технічних або бізнесових спеціальностей, у яких визначальними є інтерес до предметної галузі чи фінансові мотиви, діяльність, спрямована на допомогу та взаємодію з іншими людьми, часто має глибинне коріння. Авторська концепція пояснює цей феномен через вплив дитячих патернів, які формують приховані сценарії професійного самовизначення [9; 35].

Ще в дитинстві дитина потрапляє у певні ролі, що забезпечують їй можливість виживати у родинному середовищі. Діти, які прагнули згладжувати конфлікти між батьками, поступово стають «миротворцями», ті, хто намагався заслужити любов через досягнення, набувають ролі «героїв», а ті, хто відчував відповідальність за емоційний стан інших, виконували функцію «рятівників». Згодом ці ролі перетворюються на несвідомі сценарії, які визначають вибір професії у дорослому житті. Отже, психолог, учитель, лікар чи соціальний працівник нерідко несвідомо продовжує виконувати ті самі функції, які були йому притаманні у дитинстві [35; 46].

Цей процес можна пояснити з різних наукових перспектив. Психоаналітичний підхід розглядає його як повторення і відтворення дитячих травматичних ситуацій, у яких доросла людина намагається отримати інший результат. Когнітивно-поведінкова традиція трактує його як дію стійких схем, якщо в дитинстві було засвоєно, що власна цінність залежить від допомоги іншим, то в дорослому житті людина шукатиме професію, яка підтверджує цю установку [34; 57]. Екзистенційно-гуманістична парадигма робить акцент на пошуку сенсу, прагнення реалізувати себе через допомогу іншим часто стає

способом подолати власний дефіцит значущості, пережитий у дитинстві [20; 27].

Несвідомий характер цих сценаріїв пояснює, чому професійна діяльність у сфері «людина - людина» іноді стає джерелом не лише задоволення і розвитку, а і повторної травматизації. Фахівець, який у дитинстві виконував роль «рятівника», у професії психолога або лікаря може відтворювати той самий патерн - надмірно брати на себе відповідальність, ігнорувати власні межі, відчувати провину за чужі невдачі. Це підвищує ризик емоційного вигорання та психосоматичних розладів. Водночас той, хто був «дитиною-героєм», схильний до перфекціонізму та самопожертви, що веде до хронічного виснаження [3; 11].

Отже, професійний вибір у сфері «людина - людина» варто розглядати як багатовимірний процес, у якому поєднуються свідомі мотиви (інтерес до психології, педагогіки, медицини) та несвідомі сценарії, що беруть початок у дитячому досвіді. Розуміння цього взаємозв'язку має важливе значення не лише для теорії професійного самовизначення, а і для профілактики психосоматичних ризиків. Усвідомлення власних дитячих ролей і сценаріїв дозволяє фахівцеві уникати їхнього неконтрольованого відтворення, формувати більш здорові межі у професійній діяльності та будувати стратегії відновлення, які враховують не лише актуальні стресори, а і глибинні джерела психосоматичної вразливості [18; 31].

У психосоматичних дослідженнях одним із ключових понять є феномен «органів-мішеней». Він означає, що при тривалому або повторюваному впливі стресових чинників у людини активізуються не випадкові, а певні, найуразливіші системи організму. У класичних роботах Ф. Александера ще у середині XX ст. було показано, що зв'язок між психікою та тілом має вибіркового характеру, конкретні емоційні конфлікти чи дитячі переживання корелюють із розвитком захворювань конкретних органів [28; 44].

З позиції цієї концепції ця вибіркoвість пояснюється тим, що в дитинстві тіло фіксує певні способи реагування на стрес, які стають «мовою»

несвідомого. Якщо дитина переживала досвід постійного сорому або відторгнення, її тіло реагувало через шкіру - підвищене потовиділення, почервоніння, свербіж. Згодом саме шкіра стає уразливою до психосоматичних захворювань, таких як вітіліго, нейродерміт чи псоріаз, алергічні реакції [28; 44]. Якщо ж дитина жила у ситуації постійної небезпеки та страху, то найбільш навантаженою виявлялася серцево-судинна система, серцебиття, тремтіння, відчуття загрози. У дорослому віці ці реакції можуть закріпитися у формі гіпертонії, тахікардії чи функціональних кардіоневрозів [17; 69].

Особливе місце посідає травна система. У випадках, коли дитина змушена була стримувати агресію, гнів або протест, не маючи можливості їх виразити, психіка «перекладала» ці почуття на шлунок і кишечник. Тривале блокування емоцій призводило до спазмів, порушення апетиту, закрепів або болю в животі. В дорослому житті це може виявлятися як виразкова хвороба, гастрит чи синдром подразненого кишечника [28; 44]. Схожим чином функціонує і дихальна система, заборона вільного вираження емоцій або суворий контроль з боку батьків формують схильність до поверхневого, утрудненого дихання, що в майбутньому може проявитися у бронхіальній астмі чи хронічних бронхітах [28; 51].

І тоді органи-мішені можна розглядати як тілесні архіви дитячого досвіду. Вони є «слабкими місцями», де психіка відреагує накопичене напруження. Вибір саме цього органу не є випадковим, а відображає історію ранніх адаптаційних стратегій дитини [28]. Цей підхід дозволяє зрозуміти, чому у схожих умовах одні фахівці реагують гіпертонічними кризами, інші - висипаннями на шкірі, а ще інші - порушеннями травлення [5; 12]. Водночас він відкриває перспективи для глибинної терапії, спрямованої на роботу не лише із симптомами, але і із тими несвідомими програмами, які «прив'язали» емоцію до конкретного органу [14; 64].

У межах цієї моделі стратегія психологічного відновлення розглядається як багаторівневий процес, що поєднує роботу із зовнішніми проявами стресу, трансформацію поведінкових звичок та глибинну інтеграцію дитячого досвіду

[31]. На поверхневому рівні відновлення забезпечується зняттям гострої фізіологічної напруги. Практики релаксації, усвідомленого дихання, прогресивного розслаблення м'язів чи короточасних відпочинкових інтервенцій створюють своєрідне «вікно спокою», у межах якого нервова система отримує перепочинок [53]. Це дозволяє уникнути переходу ситуативного стресу у хронічну форму та підтримує базову працездатність [17].

Другим важливим виміром є поведінковий рівень, який стосується щоденних моделей професійної та особистої взаємодії. Зміна стилю організації діяльності, відновлення меж між роботою та приватним простором, формування асертивності та здатності відстоювати власні потреби поступово знижують рівень хронічного перевантаження [11; 24]. Поведінкові трансформації не тільки полегшують емоційний стан, а і сприяють профілактиці вигорання, створюючи відчуття контролю над власним життям і ресурсами [52; 61].

Водночас обидва ці рівні залишаються недостатніми, якщо не зачіпати глибинної особистісної основи психосоматичної вразливості. Саме тому центральним у даній концепції є вимір, пов'язаний із роботою з дитячими тригерами та несвідомими сценаріями [21; 46]. Ранній досвід, що закарбувався у вигляді тілесної пам'яті, часто визначає ті органи і системи, які стають найбільш вразливими до повторюваного стресу [58]. Робота з цим виміром передбачає усвідомлення власної історії, переосмислення травматичних переживань, інтеграцію витіснених емоцій і формування нових адаптивних способів реагування [22]. Тілесно-орієнтовані практики, методи наративної реконструкції та психотерапевтичні техніки інтеграції травматичного досвіду дозволяють зменшити силу хронічної напруги та знизити частоту соматизацій [14; 58].

Така стратегія відновлення набуває системного характеру, вона поєднує короточасне полегшення стану, зміну повсякденних моделей поведінки та глибинну трансформацію базових установок особистості. У результаті формується стійка здатність до саморегуляції, яка не лише підтримує

ефективність професійної діяльності, але і забезпечує довготривале збереження психосоматичного здоров'я [31; 57].

Розроблена концепція має не лише теоретичну, а і значну практичну вагу, оскільки дає можливість по-новому осмислити підходи до підтримки психосоматичного здоров'я фахівців сфери «людина - людина». Якщо традиційні програми профілактики та відновлення зосереджені на поверхневих аспектах - зменшенні стресу, поліпшенні умов праці, розвитку навичок релаксації, то запропонована модель пропонує багаторівневу роботу, яка охоплює як усунення симптомів, так і трансформацію глибинних чинників, що зумовлюють психосоматичну вразливість [31; 52].

Одним із найважливіших практичних наслідків є можливість інтегрувати цю концепцію у систему професійної підготовки та супроводу спеціалістів. На етапі навчання майбутні психологи, медики, педагоги та соціальні працівники можуть отримати знання про роль дитячих патернів у формуванні схильності до психосоматичних розладів. Це дозволить їм від початку професійного шляху бути більш уважними до власних несвідомих сценаріїв і розробляти індивідуальні стратегії підтримки здоров'я [9; 25].

Крім того, концепція відкриває нові перспективи у сфері профілактики емоційного вигорання. Якщо стандартні методики профілактики передбачають розвиток стресостійкості, використання технік релаксації чи організаційні зміни, то глибинний рівень такої моделі пропонує роботу з дитячими тригерами, які часто й запускають механізми вигорання [39]. Усвідомлення того, що прагнення рятувати інших чи надмірний перфекціонізм мають витоки у ранніх ролях дитини, дозволяє спеціалістам вчасно зупиняти саморуйнівні тенденції й формувати більш здорові професійні межі [24; 46].

Важливим є і значення цієї концепції для практики супервізії та психотерапевтичної підтримки фахівців. Вона пропонує новий кут зору на труднощі, які виникають у професійній діяльності, вони можуть розглядатися не лише як реакція на актуальні перевантаження, а й як повторне проживання дитячих сценаріїв. Такий підхід робить супервізію більш ефективною,

оскільки допомагає спеціалістові не лише знайти тимчасове рішення проблеми, а і змінити глибинну структуру власного реагування [21; 27].

Практична цінність концепції проявляється також у можливості створення авторських методик діагностики та корекції психосоматичної вразливості. Поєднання традиційних психодіагностичних інструментів (шкали стресу, опитувальники соматичних симптомів, показники когерентності) з аналізом дитячих патернів дозволяє розробити комплексний підхід, що враховує як об'єктивні показники, так і суб'єктивний досвід [31]. У терапевтичному контексті ця модель може бути застосована через наративні техніки, тілесно-орієнтовані методи, символ драму, а також практики інтеграції травматичного досвіду [14; 22].

Отже, практичне значення концепції полягає у тому, що вона дозволяє:

- забезпечити більш глибоку профілактику психосоматичних захворювань у фахівців сфери «людина - людина» [5];
- підвищити ефективність програм професійної підготовки та супервізійної підтримки [9];
- створити нові інструменти діагностики і корекції психосоматичної вразливості [4; 13];
- розширити арсенал методів роботи з емоційним вигоранням [11].

В межах цієї концепції формується підґрунтя для переходу від вузько спрямованих і короткочасних заходів відновлення до системної роботи з особистістю фахівця. Вона створює умови для того, щоб професійна діяльність у сфері «людина – людина» не лише не руйнувала здоров'я спеціалістів, а і ставала ресурсом для їхнього розвитку та самореалізації [20; 31].

Така стратегія дає змогу по-новому подивитися на профілактику професійного вигорання та психосоматичних розладів. Якщо раніше основний акцент робився на управлінні симптомами, то тепер він переноситься на трансформацію особистісних структур. Це означає, що програми підготовки та супроводу фахівців мають включати - роботу з історією дитинства і

несвідомими патернами, навчання тілесній усвідомленості, формування стратегії «нових сценаріїв» реагування [21; 58].

Отже, у професіях типу «людина - людина» психосоматичне здоров'я можна зберегти за умови поєднання класичних відновлювальних стратегій із глибинною терапевтичною роботою. Така концепція пропонує цілісне бачення, у якому психосоматична вразливість трактується як сценарно - зумовлений процес, а відновлення - як інтеграція нових, більш адаптивних патернів реагування [31; 57].

ВИСНОВКИ ПО РОЗДІЛУ 1

У першому розділі кваліфікаційної роботи здійснено цілісний теоретико-методологічний розгляд проблеми психосоматичного здоров'я та проаналізовано психологічні особливості фахівців, які здійснюють професійну діяльність у сфері «людина – людина». Отримані результати дають змогу сформуванню системне бачення сутності психосоматичних механізмів, чинників вразливості та специфіки професійного функціонування представників допомагаючих професій.

Проведений аналіз літератури засвідчив, що психосоматичне здоров'я є доцільно розглянути як багатовимірну інтегративну категорію, яка формується у взаємодії біологічних, психологічних, емоційних і соціальних процесів. У розділі узагальнено класичні і сучасні підходи до розуміння психосоматичних взаємозв'язків представлених у працях Ф. Александер, Ф. Дунбар, В. фон Вайцзеккер, Т. Уекскуль, теорії стресу Г. Сельє, когнітивно-поведінкової концепції Р. Лазаруса і С. Фолькман, салютогенетичної моделі А. Антонівського та сучасних біопсихосоціальних підходів Р. Ісакова.

Особливу увагу приділено поняттю дитячих патернів реагування, які формують основу психосоматичної вразливості в дорослому житті. Показано, що тілесні реакції та схильність до соматизації мають глибинне походження, пов'язане з раним досвідом розвитку, а відтак стратегії психологічного відновлення мають працювати не лише на рівні симптомів, а і на рівні глибинних сценаріїв особистості.

У розділі визначено психологічні особливості фахівців, для яких взаємодія з іншою людиною є основним змістом професійної діяльності (педагогів, психологів, медиків, соціальних працівників, консультантів тощо). Проаналізовано комплекс характеристик, що визначають як їхню професійну ефективність, так і потенційну вразливість до психосоматичних розладів:

- висока рівень емоційної включеності що підвищує рівень емпатійного перевантаження;
- рольова ідентифікація із професією, що ускладнює встановлення

психологічних меж;

- підвищену орієнтацію на соціальну ефективності, поєднану із схильністю до само-знецінення;
- тривале емоційне напруження в умовах культури стримування емоцій;
- тенденцію до ігнорування тілесних сигналів виснаження;
- професійна самотність, що посилює внутрішню психоемоційну вразливість;
- вплив дитячих сценаріїв на стиль професійного реагування та вибір діяльності.

Теоретичний аналіз здійснений у межах розділі 1, дозволяє:

- розглянути психосоматичне здоров'я як інтегративний показник стану фахівця, що відображає узгодженість психічних і тілесних процесів;
- показати специфічних механізмів вразливості фахівці сфери «людина – людина», які потребують цілеспрямованої мають специфічні механізми вразливості, які потребують цілеспрямованої психологічної підтримки;
- обґрунтувати доцільність розробки стратегій психологічного відновлення, спрямованих на роботу з тілесними проявами, поведінковими звичками та глибинними дитячими сценаріями.

Отримані теоретичні положення формують концептуальне підґрунтя для організації констатувального та формувального експериментів, а також для розробки авторської психокорекційної програми спрямованої на відновлення психосоматичного здоров'я фахівців.

РОЗДІЛ 2. ІМПЕРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРАТЕГІЙ ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я У ФАХІВЦІВ СФЕРИ «ЛЮДИНА-ЛЮДИНА»

2.1. Стратегії відновлення психосоматичного здоров'я у фахівців сфери «людина-людина»

Професійна діяльність фахівців сфери «людина – людина» (психологи, педагоги, лікарі, соціальні працівники, консультанти, менеджери) характеризується високим рівнем емоційного навантаження, інтенсивними міжособистісними контактами, необхідністю підтримувати емпатійний зв'язок із клієнтом та одночасно зберігати власні внутрішні ресурси [9; 11]. Така професійна специфіка зумовлює підвищені ризики розвитку психосоматичних розладів, професійного вигорання та емоційного виснаження [24]. У зв'язку з цим особливого значення набувають стратегії відновлення психосоматичного здоров'я, що дозволяють фахівцеві підтримувати баланс між тілесною, емоційною та когнітивною сферами [7; 31].

Дослідження сучасних підходів до профілактики та відновлення здоров'я показують, що ефективними виявляються багаторівневі стратегії, які включають когнітивний, емоційно-регулятивний, тілесно-орієнтований та соціально-комунікативний компоненти (А. Антоновський, 1996; Р. Лазарус, С. Фолкман, 1984; Б. ван дер Колк, 2014) [31; 75]. Нижче розглянуто ключові групи стратегій, що застосовуються у практиці для фахівців «допомагаючих» професій.

Когнітивно-поведінкові стратегії спрямовані на зміну інтерпретації стресових подій, зниження рівня катастрофізації та формування адекватної самооцінки [34]. Важливим завданням є розвиток у спеціаліста здатності усвідомлювати природу власних переживань, відокремлювати об'єктивні труднощі від суб'єктивних оцінок. Когнітивне переосмислення допомагає не лише зменшити емоційний тиск, а і виробити більш реалістичні і

конструктивні стратегії поведінки у складних ситуаціях[13]. Прикладом є використання технік когнітивно-поведінкової терапії, рефреймінгу чи методів позитивної психотерапії (Н. Пезешкіан, 2001) [16].

Когнітивні стратегії ґрунтуються на положеннях когнітивної психології та когнітивно-поведінкової терапії (А. Бек, А. Елліс, Р. Лазарус, С. Фолкман) [34; 57]. Їхня сутність полягає в зміні способу інтерпретації стресових подій та у виробленні більш гнучких переконань. Для фахівців сфери «людина – людина» ці підходи є особливо важливо, адже щоденні професійні контакти пов'язані з високим рівнем емоційної насиченості та негативні установки можуть спричинювати хронічне напруження, соматизацію та вигорання [11; 24].

Ключовим завданням цих стратегій є:

- зменшення схильності до катастрофізації та до перебільшення загроз;
- формування адекватної самооцінки і толерантності до невизначеності;
- розвиток здатності знаходити нові смисли й можливості в проблемних ситуаціях.

Приклади технік і вправ.

1. Техніка когнітивного рефреймінгу.

Фахівець навчається свідомо змінювати контекст сприйняття події.

Наприклад, замість установки «Я зробив помилку, отже я непрофесійний» формується альтернативна – «Помилка є частиною професійного зростання, вона показує, що саме потребує вдосконалення».

Вправа: скласти 3–5 альтернативних пояснень однієї і тієї ж складної ситуації, від негативних до нейтральних і позитивних.

2. Щоденник автоматичних думок.

Ця вправа передбачає систематичне записування ситуацій, які викликають стрес, і наступний аналіз власних автоматичних думок.

Схема запису виглядає наступним чином: подія, автоматична думка , емоція, альтернативна думка , результат [34].

3. Позитивна переоцінка (за Н. Пезешкіаном).

Метод базується на пошуку прихованих ресурсів навіть у проблемних ситуаціях [16]. Вправа «Плюс у мінусі» сприяє активізації внутрішніх ресурсів і знижує рівень фрустрації.

4. Когнітивна реструктуризація через техніку «Стоп – думка». Метод полягає у свідомому припиненні деструктивних думок і заміна їх на більш адаптивні. Регулярне застосування цієї техніки знижує рівень тривожності та психофізіологічного напруження [6].

5. Метод «Сократівського діалогу».

Техніка спрямована на перевірку деструктивних переконань через систему запитань, що сприяє зменшенню когнітивних викривлень, розвиток критичного і розвитку гнучкого мислення [34].

Вправа «Три кола контролю» (за С. Кові).

Фахівець розподіляє всі проблеми на три групи:

- Те, що я контролюю (власні дії, поведінка).
- Те, на що я можу впливати (стосунки, переговори).
- Те, що поза моїм контролем (економічні умови, політика).

Це дозволяє зосереджувати енергію на тому, що реально піддається змінам, і знижує рівень тривожності [13].

Очікуваний ефект від застосування це зниження рівня тривоги та катастрофізації, формування навички більш реалістичної оцінки ситуацій, підвищення почуття особистісної ефективності, зменшення психосоматичних проявів таких як головного болю напруги, спазмів, проблем зі сном [7; 17].

Тілесно-орієнтовані стратегії.

Оскільки психосоматичне здоров'я пов'язане з функціонуванням тілесної сфери, надзвичайно важливими є практики тілесного заземлення, усвідомленого дихання, релаксації та руху [10; 75]. Регулярне застосування дихальних вправ, тілесних сканувань або елементарних соматичних технік

дозволяє знизити рівень психофізіологічної напруги, відновити ресурсний контакт із тілом і запобігти хронічним психосоматичним розладам [7; 53]. До цієї групи також відносять методи соматичного переживання (П. Левін), йогу, тілесні медитації, терапію танцем і рухом [10].

Афективно-релаксаційні стратегії охоплюють методи зниження емоційної напруги та відновлення внутрішньої рівноваги. До них належать забезпечення достатньої кількості сну, створення відновлювальних ритуалів (ритуали тиші, медитація, читання, музика), залучення до творчої діяльності (малювання, письмо, спів) [8]. Афективна релаксація дає змогу «перезапустити» емоційний фон, зменшити вплив стресових переживань та відновити психічний гомеостаз [7; 17].

Соціально-комунікативні стратегії.

Фахівці сфери «людина – людина» потребують якісної соціальної підтримки, яка включає професійне супервізійні середовище, колегіальне спілкування, обмін досвідом і можливість емоційної розрядки у безпечному колі [11; 24]. Практика інтервізій, груп взаємопідтримки, регулярних супервізійних зустрічей допомагає не лише знизити рівень стресу, а і сприяє професійному розвитку та особистісному зростанню [61].

Екзистенційно-ціннісні стратегії пов'язана з усвідомленням особистісного сенсу професійної діяльності, визначенням власних цінностей і життєвих орієнтирів. Доведено, що високий рівень «почуття когерентності» (sense of coherence) за А. Антоновським виступає потужним чинником резильєнтності і запобігає розвитку психосоматичних порушень [1]. Усвідомлення сенсу своєї праці, розуміння цінності допомоги іншому та інтеграція цих переживань у власне життя формує внутрішню мотивацію та психологічну стійкість [20; 27].

Усі перелічені стратегії мають комплексний характер, жодна з них не діє ізольовано, а лише у поєднанні з іншими [7]. Важливим завданням фахівця є створення індивідуальної системи самопідтримки, яка включає як щоденні міні практики (дихання, тілесна усвідомленість, короткі паузи), так і довгострокові підходи (психотерапія, професійні супервізії, творча

самореалізація). Саме така багатокомпонентність забезпечує ефективне відновлення психосоматичного здоров'я, запобігає професійному виснаженню та підтримує стабільний рівень професійної ефективності.

В цьому дослідженні здійснюється спроба вийти за межі симптоматичного зниження напруги та реакції на стрес. Запропонована інтегративний підхід для фахівців сфери «людина – людина», спрямований на корекцію глибинних патернів реагування, що формуються у дитинстві і підвищують психосоматичну вразливість у дорослому житті [7; 75]. В доповнення до класичних ресурсних підходів (релаксація, дихальні практики, короткі когнітивні техніки), які зменшують напруження симптоматично, запропонована стратегія працює з структурою реакції - від слідів раннього досвіду (імпліцитна пам'ять, тілесні схеми) - до актуальних когнітивних інтерпретацій та вегетативної регуляції [14]. Сенс полягає у поєднанні трьох послідовних контурів змін – усвідомлення, перепроживання, тілесна інтеграція (далі: У–П–ТІ), що дозволяє не лише знижувати напругу, а й переписувати сценарії стрес – реагування на рівні процедурної та тілесної пам'яті [75].

Теоретичні засади цієї стратегії полягають у наступному:

1. Ранній досвід і формування патернів. Повторювані дитячі ситуації (дефіцит емоційної відповіді, непередбачуваність, сором чи провина як регулятори поведінки) закріплюють сценарії безпеки чи загрози. Вони проявляються у дорослому віці як автоматичні когнітивні установки («зі мною щось не так»), афективні реакції (гіперзбудження чи оніміння) та соматичні маркери (спазми, «клубок у горлі», тиснення у грудях) [75].

2. Трискладова модель реагування. Будь-яка стрес-відповідь розглядається як взаємодія когнітивного (інтерпретації), афективного (емоційний тон) та соматичного та вегетативного (ANS) рівнів. Порушення рівноваги в дитинстві формує звужене «вікно толерантності» та схильність до психосоматизації [68].

3. Механізм змін.

Зміни досягаються через:

- усвідомлення (explicit awareness) - виявлення тригерів, мікроузагальнень і тілесних маркерів;
- безпечне перепроживання (regulated re-experiencing) з дозованим доступом до пам'ятевих слідів і новою емоційно-сенсорною розв'язкою;
- тілесну інтеграцію (somatic integration), закріплення нових патернів через дихання, орієнтацію, рух і завершення оборонних реакцій [10; 75].

Це відповідає сучасним уявленням про оновлення прогнозів мозку завдяки досвіду, який суперечить старому сценарію, але переживається у безпечному контексті [72].

Основні поняття.

- Дитячий патерн – відносно стійкий спосіб сприйняття себе чи інших або світ, що формується як адаптація до тодішніх умов (наприклад «я відповідальна за настрій інших»), і проявляється в дорослому віці як автоматична реакція.
- Глибинний сценарій - інтегрована система переконань, афективних станів і тілесних реакцій, запускається під впливом тригера та підтримує відтворення симптомів або дезадаптивних способів реагування.
- Структура реагування – послідовність процесів, що розгортається від тригерної події через мікро-інтерпретацію та вегетативні зсуви до поведінкової реакції або психосоматичного симптому.

2.2 Дослідження стратегій відновлення психосоматичного здоров'я у фахівців сфери «людина-людина»

Психодіагностика посідає ключове місце в системі сучасних психологічних досліджень, адже дозволяє здійснювати кількісне і якісне вимірювання психічних феноменів, які не піддаються безпосередньому спостереженню [4; 5]. У сфері психосоматичних досліджень вона набуває особливої ваги, оскільки забезпечує можливість об'єктивно виявити зв'язки

між емоційними, когнітивними та тілесними проявами людини [5; 7]. Завдяки методам психодіагностики стає можливим не лише фіксувати симптоматику, а і розуміти її природу, глибину та походження, визначати рівень внутрішньої напруги, ступінь виснаження ресурсів, характер адаптаційних механізмів і потенціал до відновлення.

Психодіагностичні інструменти виконують подвійну функцію, з одного боку, вони є основним засобом наукового вимірювання і верифікації результатів дослідження, з іншого вони дають людині можливість через відповіді на запитання усвідомити власний стан, емоційні реакції, поведінкові тенденції та тілесні сигнали [4; 13]. У цьому сенсі сама процедура вимірювання має не лише діагностичне, а й психопрофілактичне значення, адже сприяє розвитку рефлексії та підвищенню рівня саморегуляції.

Вивчення психосоматичного здоров'я потребує інтеграції декількох вимірів - емоційного, когнітивного, поведінкового та тілесного. Саме тому сучасна психодіагностика спирається на мультимодальний підхід, який поєднує традиційні клініко-психологічні інструменти з методиками, спрямованими на вивчення ресурсів, життєстійкості, тілесної усвідомленості, способів подолання стресу та відновлення рівноваги [7; 31]. Такий підхід дозволяє побачити людину не лише через симптом, а як цілісну систему, що прагне рівноваги між психічним і фізичним.

Розвиток психосоматичної діагностики базується на ідеях Г. Сельє, А. Антоновського, С. Кобаси, Р. Лазаруса та інших дослідників, які довели, що стрес не є патологічним фактором сам по собі, а виступає частиною процесу адаптації [17; 31; 54; 57]. Саме від особистісних ресурсів, відчуття смислу та внутрішньої узгодженості залежить, чи стане стрес чинником розвитку або руйнування. Психодіагностичні методики, орієнтовані на оцінку цих чинників, дозволяють дослідити, як емоційне напруження переходить у тілесні реакції, та визначити, які внутрішні механізми підтримують здатність до відновлення.

У межах даного дослідження психодіагностичні методики умовно поділені на п'ять груп інструментів, відповідно до провідних вимірів психосоматичного здоров'я.

Перша група включає методики, спрямовані на вимірювання соматичних і тілесних симптомів. Вони дозволяють оцінити інтенсивність тілесних скарг, ступінь соматизації емоційних переживань, рівень тілесної тривоги та чутливості до сигналів організму [5; 7].

До цієї групи належать:

PHQ-15 (Patient Health Questionnaire-15, Kroenke et al., 2002) - оцінка вираженості соматичних скарг і тілесної напруги [55];

SCL-90-R (Derogatis, 1977) - багатовимірна шкала психосоматичних симптомів із підшкалою соматизації [43];

WI-7 (Whiteley Index, Pilowsky, 1967) - оцінка рівень іпохондричних тенденцій і тілесної тривоги [67];

MMPI-Hs (Hathaway & McKinley, 1940) - шкала соматизації класичного Мінесотського опитувальника;

BAQ (Body Awareness Questionnaire, Shields, 1989) - вимірює тілесну усвідомленість і здатність розпізнавати сигнали тіла [71].

Другу групу складають методики, спрямовані на вимірювання рівня стресу та суб'єктивної напруги. Вони відображають індивідуальне сприйняття життєвих ситуацій як загрозливих або неконтрольованих, визначають інтенсивність емоційної реакції на навантаження [17; 57].

До цієї групи належать:

PSS-10 (Perceived Stress Scale, Cohen, 1983) - вимірює суб'єктивне сприйняття стресу [40];

DASS-21 (Lovibond & Lovibond, 1995) - оцінює три компоненти емоційного напруження: депресію, тривогу та стрес [60];

SAM (Stress Appraisal Measure, Peacock & Wong, 1990) - досліджує когнітивну оцінку стресу (загроза, виклик, контроль)[65].

Використання цих методик дозволяє простежити взаємозв'язок між суб'єктивною напругою та соматичними провалами.

Третя група об'єднує методики, спрямовані на оцінку життєстійкості, когерентності та внутрішньої ресурсності особистості.

До цієї групи входять:

SOC-29 (Sense of Coherence Scale, Antonovsky, 1987) - оцінює відчуття життєвої узгодженості (зрозумілість, керованість, осмисленість) [31];

CD-RISC (Connor–Davidson Resilience Scale, 2003) - вимірює резилієнтність, здатність швидко відновлюватися після стресу [41];

Hardiness Test (Kobasa, 1979; адаптація D. Leontiev, 2003) - визначає життєстійкість як поєднання залученості, контролю й прийняття ризику [54];
MALA (Meaning and Life Attitudes Scale, Meeking, 2012) - оцінка сенсу життя, цінностей і внутрішньої мотивації [63].

Ці інструменти дозволяють виявити глибину внутрішніх смислових структур, що визначають рівень стресостійкості та здатність зберігати здоров'я в умовах тривалого напруження.

До четвертої групи належать методики для дослідження копінг-стратегій і поведінкових реакцій. Вони дають змогу визначити, які способи подолання стресу використовує людина - активні, емоційні, соціальні чи унікальні, а також наскільки ці стратегії є ефективними [13; 57].

До цієї групи належать:

COPE Inventory (Carver et al., 1989) - надає базову шкалу когнітивних і поведінкових стратегій подолання [39];

CSI (Coping Strategies Indicator, Amirkhan, 1990) - визначає три базові способи подолання: розв'язання проблем, соціальна підтримка, уникання [29];

WCQ (Ways of Coping Questionnaire, Lazarus & Folkman, 1980) - визначає емоційно- та проблемно-орієнтовані стратегії [57];

П'ята група методик спрямована на оцінку психологічних чинників і рівня саморегуляції. Вона охоплює інструменти, що досліджують

усвідомленість, тілесну уважність, смислову цілісність та гармонію між розумом і тілом [31; 63].

До цієї групи належать:

BAQ (Body Awareness Questionnaire, Shields, 1989) - визначає рівень тілесної чутливості й уважності до сигналів тіла [70];

MALA (Meeking, 2012) - вивчає ставлення до сенсу життя як основу екзистенційної стабільності [63];

Усі зазначені інструменти доповнюють одне одного, створюючи цілісне уявлення про функціонування системи «психіка - тіло – поведінка» [7; 31]. Проте для глибокого вивчення взаємозв'язку між стресом, соматичними проявами та внутрішніми ресурсами у межах цього дослідження були обрані чотири методики, які вважаються найбільш валідними та репрезентативними: опитувальник соматичних симптомів PHQ-15, шкала сприйняття стресу PSS-10, шкала відчуття когерентності SOC-29 та авторський опитувальник дитячих сценаріїв реагування [31; 40]. Вони дозволяють дослідити процес відновлення психосоматичного здоров'я через поєднання тілесного, емоційного та когнітивно-смислового вимірів.

У дослідженні особливої уваги потребує вимірювання соматичних проявів, оскільки саме тілесна сфера найчастіше стає носієм пригнічених емоцій і невисловлених переживань [7]. Для цього було обрано опитувальник соматичних симптомів PHQ-15, створений групою американських психіатрів під керівництвом Р. Шпіцера та К. Кронке [55]. Методика виникла в межах підходу до короткого скринінгу соматичних скарг у загально-медичній практиці і широко застосовується для оцінки рівня соматизації [55]. Вона дозволяє швидко і об'єктивно визначити рівень соматизації – схильність особистості переносити психологічну напругу у тілесні симптоми [5; 7]

PHQ-15 опитувальник містить п'ятнадцять тверджень, які охоплюють найтипівіші соматичні скарги, що часто супроводжують психоемоційне напруження: біль у шлунку, спині, головний біль, порушення сну, серцебиття, запаморочення, втому тощо. У процесі заповнення респондент оцінює,

наскільки часто йому доводилось відчувати ці симптоми протягом останніх тижнів, від “ніколи” до “постійно”[55]. Чим вищі показники, тим виразніше відображена тілесна напруга. Цей опитувальник дозволяє не лише кількісно визначити частоту скарг, а і побачити психологічний профіль тілесної реактивності. У когось вона проявляється в дихальних або серцевих симптомах, у когось - у шлунково-кишкових порушеннях чи хронічній втомі. Таке диференційоване сприйняття результатів відкриває можливість пов’язати соматичні симптоми з конкретними емоційними станами - тривогою, провинною, гнівом, безсиллям - і зрозуміти, які потреби особистість блокує або пригнічує [7]. Саме через такий підхід RHQ-15 опитувальник у цьому дослідженні використовується не лише як діагностичний, а й як аналітичний інструмент, що дає уявлення про рівень емоційно-тілесного контакту та готовність до саморегуляції (див. додаток А).

Другим важливим компонентом вимірювання став рівень суб’єктивного сприйняття стресу. Для цього застосовано шкалу сприйняття стресу PSS-10, створену Ш. Коеном та його колегами [40]. Вона стала класичною у світовій психологічній практиці, адже дозволяє дослідити не сам факт наявності стресових подій, а те, як людина їх оцінює - чи сприймає як загрозу, перевантаження або контрольовану ситуацію. Стрес у цій концепції розглядається не як зовнішній вплив, а як внутрішній процес взаємодії між вимогами середовища і ресурсами особистості. Опитувальник PSS-10 складається з десяти тверджень, що відображають рівень контролю над подіями, частоту почуття напруження, втрати впевненості або, навпаки, відчуття внутрішньої сили [40]. Опитувальник виявляє, які аспекти сприйняття стресу є провідними: когнітивні, емоційні чи поведінкові [30].

У практичній роботі з фахівцями допомагаючих професій саме цей інструмент показує, як надмірне відчуття відповідальності або постійна тривога за результат можуть ставати чинниками хронічного виснаження [11; 61]. Високі результати опитувальника PSS-10 свідчать про домінування реакцій напруги, низьке відчуття контролю та схильність до переживання

безсилля [40]. У поєднанні з показниками опитувальника PHQ-15 ця шкала дає змогу побачити, яким чином психічне навантаження переходить у тілесні прояви [40; 55]. Учасники з високим рівнем суб'єктивного стресу, як правило, демонструють підвищену соматичну чутливість - вони швидше реагують тілом на емоційні подразники, мають проблеми зі сном, серцево-судинні реакції або напруження у м'язах [17]. Отже, опитувальник PSS-10 у даному дослідженні виконує функцію моста між психологічним і соматичним рівнями досвіду (див. Додаток Б).

Третій інструмент - шкала відчуття когерентності SOC-29, розроблена А. Антоновським - базується на салютогенетичній концепції, що розглядає здоров'я не як відсутність хвороби, а як динамічну рівновагу між стресом і ресурсами. Основна ідея цієї шкали полягає у вимірюванні здатності людини усвідомлювати сенс свого життя, сприймати події як зрозумілі, передбачувані й керовані, а також підтримувати відчуття участі та внутрішньої цілісності. Опитувальник SOC-29 охоплює двадцять дев'ять тверджень, згрупованих навколо трьох компонентів - зрозумілості, керованості та осмисленості. Високий рівень когерентності свідчить про зрілу систему саморегуляції, стійкість до тривалих навантажень і вміння відновлювати енергетичний баланс [31].

А. Антоновський вважав, що саме когерентність є основним механізмом, який визначає, чому одні люди, стикаючись із труднощами, зберігають здоров'я, а інші – хворіють [31]. Для фахівців сфери “людина - людина” цей показник особливо важливий, адже їхня діяльність пов'язана з високою емоційною залученістю, необхідністю приймати рішення у стані невизначеності та підтримувати інших, не втрачаючи внутрішньої рівноваги [11; 61]. Результати опитувальника SOC-29 відображають рівень життєстійкості, узгодженості смислів і спроможність знаходити ресурс у власному досвіді [31]. У контексті даного дослідження ця методика дозволяє оцінити, наскільки сильним є внутрішній ресурс, який забезпечує відновлення після стресу і запобігає соматизації (див. Додаток В).

Завершальним інструментом комплексу став авторський опитувальник дитячих сценаріїв реагування, розроблений спеціально для цього дослідження. Його структура побудована на поєднанні психодинамічного, гештальт підходу та тілесно-орієнтованого підходів [15; 21]. Опитувальник дає змогу виявити, які ранні емоційно-поведінкові моделі та батьківські послання продовжують впливати на доросле життя, визначаючи способи реагування на стрес і тілесну вразливість [35]. Методика складається з тридцяти тверджень, об'єднаних у чотири блоки- емоційно-поведінкові реакції дитинства, батьківські сценарії, повторення дитячих моделей у дорослому віці та ресурсні зміни.

Відповіді за п'ятибальною шкалою відображають ступінь відповідності кожного твердження досвіду респондента. У перших трьох блоках фіксуються прояви дитячих компенсаторних стратегій - страх помилки, надконтроль, потреба бути «зручним», почуття провини за емоції [21; 35]. Четвертий блок показує здатність до самопідтримки, уважності до власного тіла та емоцій [14]. Аналізуючи отримані дані, можна простежити зв'язок між пригніченими потребами, емоційним напруженням і соматичними проявами [7]. Цей інструмент є важливим елементом авторської системи, адже дозволяє перейти від констатації симптомів до розуміння їх походження і створення індивідуальних стратегій відновлення. (див. Додаток Г).

Поєднання чотирьох методик створює цілісну систему оцінювання, що відображає основні виміри психосоматичного здоров'я: тілесний (PHQ-15), емоційно-стресовий (PSS-10), когнітивно-смісловий (SOC-29) та особистісно-досвідний (авторський опитувальник) [31; 40]. Такий підхід дозволяє виявити не лише рівень напруження чи соматичних скарг, а й ті глибинні патерни, які визначають стиль реагування людини на стрес і ступінь її здатності до саморегуляції [11; 61]. Отримані результати забезпечать основу для подальшого аналізу стратегій відновлення психосоматичного здоров'я у фахівців допомагаючих професій, що й становить головну мету наступного етапу дослідження.

2.3 Психологічний та статистичний аналіз дослідження стратегії відновлення психосоматичного здоров'я фахівців у сфері «людина-людина»

Для психологічного та статистичного експерименту були використано 4 методики на вибірки 30 респондентів з яких чоловіки складають 27% (8 з 30) та жінки 73% (22 з 30) що прийняли участь у констатувальному експерименті. Результати були розподілені за ознаками статі та умовами діяльності які впливають безпосередньо на психосоматичне здоров'я (надання послуг, педагогічна робота, робота по залученню контрагентів, волонтерська робота).

Результати дослідження за шкалою РНQ-15 вираженості соматичних симптомів (див. додаток А) виражені у зведеній таблиці загальних результатів (див. табл. 2.1) у кількісному та відсотковому вигляді.

Нижче надано статистичний розподіл отриманих результатів проведеного аналізу даних опитування вираженості соматичних симптомів РНQ-15 (див. табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Аналіз вираженості соматичних симптомів РНQ-15.

Рівень соматизації	Стать					
	Жінки (n)	Жінки %	Чоловіки (n)	Чоловіки %	Підсумок (n)	Підсумок%
Низький (від 0 до 4)	0	0	1	4%	1	4%
Помірний (від 5 до 9)	5	16.5%	5	16.5%	10	33%
Виражений (від 10 до 14)	7	23%	2	7%	9	30%
Високий (15 і більше)	10	33%	0	0	10	33%
Всього	22	73%	8	27%	30	

Серед учасників констатувального експеримента переважають помірні та високі рівні соматизації. Зокрема, 63 % учасників мають виражені (30 %) або високі (33 %) соматичні симптоми, що свідчить про наявність психоемоційного напруження, яке вже проявляється на тілесному рівні [55].

Помірний рівень (33 %) характерний для осіб, які відчувають втому, періодичні болі чи порушення сну, але ще зберігають адаптаційний потенціал.

Лише 4 % респондентів показали низький рівень соматизації, що може вказувати на ефективні механізми саморегуляції або низьку тілесну чутливість [7].

У гендерному розрізі спостерігається чітка тенденція: жінки значно частіше повідомляли про тілесні симптоми (73 % вибірки), тоді як серед чоловіків (27 %) показники соматизації були помірними або низькими.

Це може бути пов'язано з тим, що жінки частіше демонструють емоційно-емпатійний стиль реагування, який супроводжується підвищеною тілесною чутливістю, тоді як чоловіки - більш когнітивно-раціональний стиль, що сприяє пригніченню тілесних сигналів [17; 57].

Отже, згідно даних цієї таблиці можна зрозуміти, що більшість учасників дослідження перебувають у стані хронічної емоційної напруги, яка вже має соматоформне відображення. Це створює підґрунтя для подальшої корекційної роботи, спрямованої на зниження тілесних проявів стресу та розвиток тілесної усвідомленості (див. табл. 2.1).

Нижче надано статистичний розподіл отриманих результатів проведеного аналізу даних опитування поширеності основних соматичних симптомів за PHQ-15 (див. табл. 2.2).

Таблиця 2.2

**Аналіз опитувальника поширеності основних соматичних симптомів за
PHQ-15 (n = 30)**

№	Симптом	Загальна кількість (n)	Загальна кількість (%)	Дуже турбувало (n)	Дуже турбувало (%)	Жінки (n)	Чоловіки (n)
1	Відчуття втоми, нестача енергії	27	90%	17	56,7%	20	7
2	Біль у спині	25	83,3%	7	23,3%	19	6
3	Біль у руках, ногах, суглобах	25	83,3%	7	23,3%	19	6
4	Головний біль	24	80%	6	20%	19	4
5	Проблеми зі сном	23	76,7%	12	40%	18	5
6	Серцебиття	21	70%	4	13,3%	15	6

Для наочного відображення результатів дослідження за методикою опитувальник соматичних симптомів PHQ-15 було складено діаграму (див. рис. 3.5.).

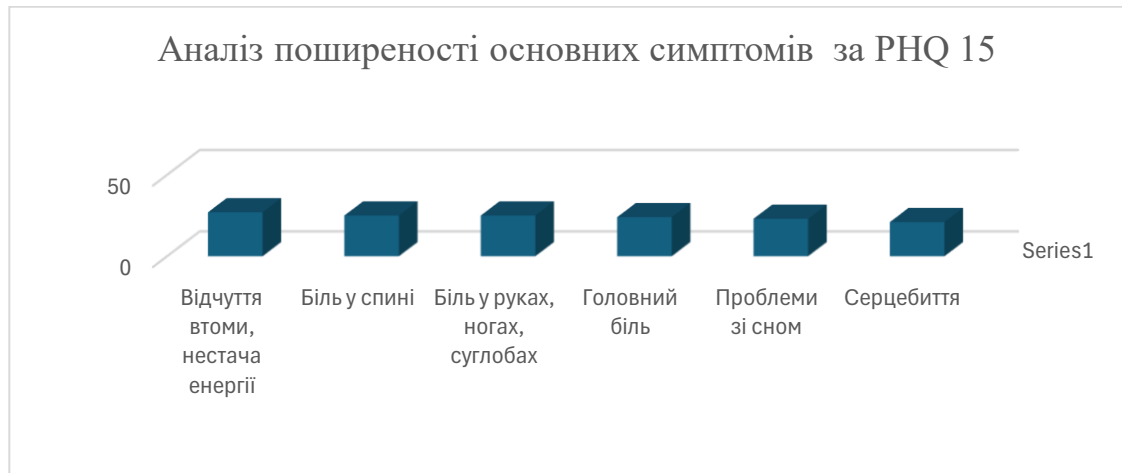


Рис. 2.1 Аналіз поширеності основних соматичних симптомів у групі.

Аналіз найпоширеніших симптомів показав найвищий показник серед учасників (90%) опитування це відчуття втоми, нестача енергії, де показник “дуже турбувало” становить 56,7% учасників, що свідчить про емоційне виснаження, гіперконтроль, втрачений контакт із потребами [7;17].

Наступний симптом який має переважну більшість - це біль у спині, який склав 83,3% учасників, з них показник “дуже турбувало” склав 23,3 % учасників, що свідчить про перевантаження обов’язками та внутрішню потребу “нести щось надмірне”, відчуття “тягаря”, надмірна відповідальність, неможливість покластися на когось або відпустити контроль [2; 7].

Показник біль у руках, ногах, суглобах зафіксовано у 83,3% учасників, що показує фізичну фіксацію напруги, яка має характер хронічного соматизованого стресу. Через цей симптом психіка виражає накопичене емоційне навантаження.

Головний біль є теж найпоширенішим симптомом, який виявлений у 80% учасників, з яких показник “дуже турбувало” склав 20% учасників і найбільше проявився у жінок, що свідчить про високий рівень когнітивно –

емоційного перенапруження та психом'язову фіксацію у верхній частині тіла [2].

Скарги на порушення сну виявилися у 76,7% учасників, де показник “дуже турбувало” зазначили 40% учасників, що свідчить про високу поширеність хронічної психоемоційної напруги та порушення механізмів саморегуляції нервової системи. Сон у цьому контексті виступає як індикатор здатності організму переходити зі стану напруги в стан відновлення, він контролює баланс між симпатичною та парасимпатичною системами [7; 17].

Наступний показник, який виявився у процесі опитування, це серцебиття, він склав 70% учасників що свідчить про наявність емоційної тривоги та глибинного м'язово – вегетативного напруження, що накопичується в наслідок пригнічених емоцій і хронічного контролю [7].

Домінуюча комбінація, втомі, порушень сну, головного болю та болю у спині, утворює типовий синдром хронічного напруження, який відображає тілесну ціну за емоційне перевантаження.

Гендерний аналіз показав, що жінки частіше демонструють виражені соматичні скарги, що може бути пов'язано з їх більшою емпатійною включеністю та многозадачним навантаженням у професійній і сімейній сферах [11].

З огляду на вищенаведене, отримані дані свідчать про переважаючі соматичні симптоми у вибірці, що мають психоемоційне походження, яке зумовлене стресом і пригніченими емоціям і це дає можливість вже на цьому етапі аналізу визначити основні напрямки формувального експерименту для покращення стану учасників.

Нижче надано статистичний розподіл отриманих результатів проведеного аналізу даних опитування суб'єктивне сприйняття стресу у розрізі сфер діяльності (PSS-10) (див. табл. 2.3).

Таблиця 2.3

**Аналіз опитувальника PSS-10 (Perceived Stress Scale, Cohen, 1983) -
суб'єктивне сприйняття стресу у розрізі сфер діяльності**

Рівень стресостійкості	Фахівці з прямою взаємодією «людина—людина» n (%)	Фахівці з опосередкованим соціальним контактом n (%)
Низький (0–13)	7 (31,8%)	0
Помірний (14–26)	14 (63,6%)	8 (26,7%)
Високий (27+)	1 (4,5%)	0
Разом	22	8

Для наочного відображення результатів дослідження за методикою опитувальника PSS-10 (Perceived Stress Scale, Cohen, 1983) - суб'єктивне сприйняття стресу у розрізі сфер діяльності було складено гістограму (див. рис. 2.3.).

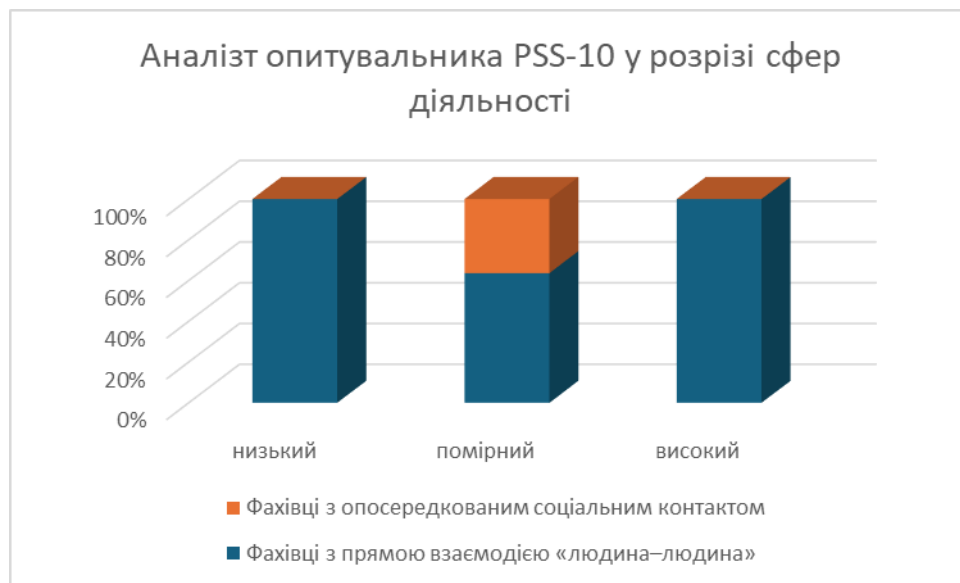


Рис. 2.3. Аналіз результатів опитувальника PSS -10 у розрізі сфер діяльності.

До фахівці з прямою взаємодією «людина-людина» відносяться менеджери, педагоги, соціальні працівники, волонтери, підприємці у сфері послуг.

До фахівці з опосередкованим соціальним контактом відносяться бухгалтера, творча сфера, управлінці.

Аналіз розподілу рівнів суб'єктивного стресу серед фахівців різних професійних категорій показав виражені відмінності в особливостях психоемоційного реагування залежно від характеру контакту в системі «людина – людина». Отримані результати свідчать, що професійне середовище та специфіка міжособистісної взаємодії суттєво впливають на рівень стресового навантаження [13; 57].

У групі фахівці з прямою взаємодією «людина – людина» домінує помірний рівень стресу 63,6% (14 осіб з 22). Це свідчить про стабільний, але напружений характер професійної діяльності, що потребує високої емоційної включеності, швидкого реагування на запити інших людей та постійного використання ресурсів самоконтролю [11; 61].

Водночас низький рівень стресу спостерігається у 31,8% учасників (7 осіб з 22), що може відображати наявність сформованих стратегій саморегуляції, більшої стресостійкості або досвіду роботи у сфері підвищеної соціальної взаємодії [31; 54].

Наявність високого рівня стресу у 4,5% групи (1 учасника з 22) свідчить про виражене психоемоційне перевантаження, недостатність ресурсів для ефективного подолання труднощів та потенційний ризик формування симптомів емоційного виснаження або професійного вигорання [11; 24].

Отже, для фахівців цієї групи характерна підвищена вразливість до стресу, що пов'язано з високими вимогами професійної ролі, потребою одночасно утримувати контакт, забезпечувати підтримку, адаптуватися до емоцій клієнтів та контролювати власні реакції [64].

Серед представників групи з опосередкованим соціальним контактом відсутні показники низького та високого рівнів стресу. Усі 100% учасників (8 осіб) продемонстрували помірний рівень суб'єктивного напруження.

Такий профіль є типовим для професій, де контакт з людьми присутній, але менш емоційно навантажений, часто структурований та регламентований [13; 57]. Помірний рівень стресу у всіх учасників цієї групи свідчить про:

- стабільну, але не перенасичену стресорами робочу діяльність;

- нижчий рівень емоційного включення порівняно з фахівцями прямої взаємодії;
- більш рівномірний розподіл професійного навантаження;
- ймовірно, кращий баланс між вимогами та ресурсами.

Відсутність високих показників напруження може вказувати на кращу структурованість професійних обов'язків та меншу емоційну варіативність ситуацій, з якими стикаються представники цієї категорії.

Отримані результати демонструють чітку залежність рівня стресостійкості від характеру професійної діяльності.

Фахівці зі значною кількістю живих міжособистісних контактів частіше стикаються зі стресом, мають ширшу амплітуду коливань показників (від низького до високого рівня) та вищий ризик емоційного виснаження.

Фахівці з опосередкованим контактом, навпаки, демонструють рівномірність у реакціях і відсутність крайніх значень, що може бути показником більш збалансованої системи професійного навантаження [11; 24].

Загалом, профіль стресостійкості вказує на потребу в цілеспрямованій психопрофілактиці саме для фахівців групи «людина–людина», які зазнають значно більшої емоційної напруги та мають підвищений ризик розвитку психосоматичних (див. Таблицю 2.3)[7;61].

Нижче надано статистичний розподіл отриманих результатів проведеного аналізу даних опитування відчуття життєвої узгодженості (зрозумілість, керованість, осмисленість) (SOC-29) (див. табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Аналіз опитувальника SOC-29 (Sense of Coherence Scale, Antonovsky, 1987) - відчуття життєвої узгодженості (зрозумілість, керованість, осмисленість)

Рівень життєстійкості	Фахівці з прямою взаємодією n (%)	Фахівці з опосередкованою взаємодією n (%)
Низький	3 (12,5%)	1 (10%)
Середній	14 (58,3%)	4 (40%)

Високий	5 (20,8%)	3 (30%)
Разом	22	8

Аналіз отриманих даних за шкалою SOC-29 дозволив визначити особливості прояву життєстійкості серед фахівців, діяльність яких передбачає різний тип взаємодії з клієнтами - пряму та опосередковану [31].

Дані розподілено за трьома рівнями життєстійкості (низький, середній, високий).

Серед працівників, чия діяльність передбачає безпосередній контакт з людьми (психологи, соціальні працівники, консультанти), переважає середній рівень життєстійкості 58,3% учасників (14 з 22 осіб).

Низький рівень зафіксовано у 12,5% учасників цієї групи (3 з 22 осіб). Це може свідчити про виражену вразливість до стресових факторів, знижену керованість та відчуття передбачуваності життєвих подій [11].

Високий рівень показали 20,8% учасників цієї групи (5 з 22 осіб), що показує сформовану здатність фахівців до регуляції емоцій, мобілізації ресурсів та пошуку сенсу навіть у складних ситуаціях [20; 31].

Отримані дані свідчать, що фахівці з прямою взаємодією зазвичай мають достатній рівень когерентності, але зберігають ризики емоційного виснаження, що може бути пов'язано з високою інтенсивністю міжособистісної комунікації [11].

У групі спеціалістів, чия діяльність пов'язана з адміністративною, аналітичною або координаційною роботою та не передбачає постійного емоційного контакту з клієнтами, розподіл має іншу структуру:

- Низький рівень життєстійкості мають 10% учасників (1 з 8 осіб). Це свідчить про наявність окремих особистісних або професійних бар'єрів (труднощі у прийнятті зовнішніх впливів, знижена мотивація або емоційна включеність) [31].

- Середній рівень життєстійкості мають 40% учасників (4 з 8 осіб). Це свідчить про достатню здатність управляти власними ресурсами, однак інколи відчувається нестача сенсу або контрольованості подій [31; 57].

- Високий рівень життєстійкості мають 30% учасників цієї групи (3 з 8 осіб). Цей показник є найбільш вираженим у порівнянні з групою фахівців прямої взаємодії і свідчить про кращу адаптивність до стресу, що може пояснюватися меншою емоційною насиченістю професійної діяльності [31].

Порівняння двох професійних груп демонструє важливі відмінності:

- Високий рівень життєстійкості частіше зустрічається у фахівців з опосередкованим контактом (30% проти 20,8%). Імовірно, через нижчий рівень емоційного навантаження та менший ризик професійного вигорання.

- Середній рівень переважає у фахівців прямої взаємодії (58,3% проти 40%). Це є типовою ситуацією для спеціальностей «людина–людина», де зберігається високий рівень відповідальності та міжособистісного навантаження [31].

- Низький рівень також переважає серед фахівців, які працюють у режимі прямого контакту (12,5% проти 10%), що також узгоджується з класичними уявленнями про психоемоційні ризики професій комунікативного типу [11; 24].

Отримані дані вказують, що рівень життєстійкості працівників залежить від характеру професійної діяльності.

Фахівці з прямою взаємодією з клієнтами демонструють середній рівень когерентності, що потребує підтримки через профілактику емоційного виснаження і розвиток навичок ресурсної саморегуляції [11; 31].

Фахівці з опосередкованим контактом мають дещо вищі показники життєстійкості, зокрема рівень керованості та осмислення, що може свідчити про менш інтенсивний вплив емоційних факторів у професійній діяльності [31].

Нижче надано статистичний розподіл отриманих результатів проведеного аналізу даних опитування по підшкалах когерентності (SOC-29) (див. табл. 2.5).

Таблиця 2.5

1. Підшкала «ЗРОЗУМІЛІСТЬ»

Рівень	Учасників n (%)	Фахівці з прямою взаємодією n (%)	Фахівці з опосередкованою взаємодією n (%)
Високий	20 (66,7)	16 (72,7)	4 (50%)
Середній	10 (33,3)	6 (27,3)	4 (50%)
Низький	0	0	0
	30	22	8

У фахівців з прямою взаємодією домінує високий рівень зрозумілості (72,7 %). Вони частіше сприймають світ як структурований, логічний та передбачуваний, краще «зчитують» контекст і реакції людей.

В опосередкованій групі лише половина (50%) має високий рівень зрозумілості, інша половина – середній рівень. Тобто тут більше невизначеності у сприйнятті подій, менше відчуття «все має сенс і структуру».

Нижче надано статистичний розподіл отриманих результатів проведеного аналізу даних опитування по підшкалах керованість (SOC-29) (див. табл. 2.6).

Таблиця 2.6

2. Аналіз даних підшкала «КЕРОВАНІСТЬ»

Рівень	Учасників n (%)	Фахівці з прямою взаємодією n (%)	Фахівці з опосередкованою взаємодією n (%)
Високий	12 (40%)	10 (45,5%)	1 (12,5%)
Середній	18 (60%)	12 (54,5%)	7 (87,5%)
Низький	0	0	0
	30	22	8

У групі з прямою взаємодією майже половина 10 учасників (45,5 %) має високий рівень керованості, тобто відчуття «я можу вплинути, впоратися, знайти ресурси».

В опосередкованій групі лише 1 учасник з 8 (12,5 %) має високий рівень керованості, решта – у середньому діапазоні.

Тобто у працівників із непрямим контактом більше досвіду безсилля, відсутності прямого впливу, відчуття, що «від мене мало що залежить».

Для подальшого дослідження це дає основу для підбору вправ для стратегій відновлення ресурсного стану.

Це може бути вправи на відновлення відчуття впливу і вибору (маятник, мікро-кроки, «три кола контролю» у когнітивному блоці),

Тілесні практики, де формується відчуття: «я можу змінити свій стан» (дихання, релаксація, білатеральна стимуляція) [31].

Нижче надано статистичний розподіл отриманих результатів аналізу даних опитування по підшкалах осмисленість (SOC-29) (див. табл. 2.7).

Таблиця 2.7

3. Аналіз даних підшкала «ОСМИСЛЕНІСТЬ»

Рівень	Учасників n (%)	Фахівці з прямою взаємодією n (%)	Фахівці з опосередкованою взаємодією n (%)
Високий	15 (50%)	11 (50%)	4 (50%)
Середній	15 (50%)	11 (50%)	4 (50%)
Низький	0	0	0
	30	22	8

За осмисленістю обидві групи однаково сильні, у всіх розподіл по рівнях склав - 50 % високий рівень, 50 % середній рівень, низького немає.

Це означає, що професійна діяльність переживається як значуща, наповнена сенсом, незалежно від типу взаємодії [31; 48].

Це дає можливість створити опори:

- висока осмисленість веде до високої мотивація до змін,
- готовність вкладатися у внутрішню роботу (дитячі сценарії, зустріч з внутрішньою дитиною, глибинні вправи) [10; 48].

Аналіз підшкал SOC-29 показав, що у більшості фахівців сфери «людина – людина» домінують середні та високі показники когерентності. При цьому виявлено важливі відмінності між працівниками з прямою та опосередкованою взаємодією. У групі фахівців, які безпосередньо контактують з клієнтами, переважають високі показники зрозумілості (72,7%) і керованості (45,5%), що свідчить про більш виражене відчуття структурованості світу та власної здатності впливати на ситуацію (див. табл. 2.5) [31]. Натомість у групі з опосередкованою взаємодією спостерігається менш виражене відчуття контролю (лише 12,5%) мають високий рівень керованості), що потенційно підвищує їхню вразливість до стресу та психосоматичних проявів (див. табл. 2.6) [57].

Водночас осмисленість діяльності залишається відносно високою в обох групах (50 % учасників із високими показниками), що відображає внутрішню мотивацію, суб'єктивне відчуття значущості своєї праці та створює сприятливе підґрунтя для формування стратегій відновлення психосоматичного здоров'я (див. табл. 2.7). Отримані дані підтверджують доцільність включення в формувального експерименту вправ, які підвищення керованості та навичок саморегуляції: для фахівців з опосередкованою взаємодією акцент робиться на відновленні відчуття керованості та базової безпеки (тілесні техніки регуляції, стабілізації), тоді як для фахівців з прямою взаємодією – на поглибленні навичок саморегуляції та профілактиці хронічного перенавантаження [31; 48].

Авторський опитувальник, створений у межах дослідження, дає змогу проаналізувати чотири ключові компоненти емоційно-поведінкових стратегій, що формуються у дитячому віці та зберігають вплив на доросле життя, зокрема на рівень стресу, психосоматичні реакції та ресурси життєстійкості. Для кожного блоку було визначено рівні прояву – високий, середній та низький. Нижче надано статистичний розподіл отриманих результатів даних аналізу результатів авторського опитувальника (див. табл. 2.8).

Таблиця 2.8

Аналіз результатів авторського опитувальна

Рівні показників	Блок 1 «Емоційно-поведінкові реакції дитинства» n (%)	Блок 2 «Батьківські послання та сімейні сценарії» n (%)	3. Блок «Повторення дитячих сценаріїв у дорослому житті» n (%)	4. Блок «Позитивні зміни та ресурси» n (%)
Високий	9 (30%)	16 (53,3%)	17 (56,7%)	11 (36,6%)
Середній	19 (63,3%)	10 (33,3%)	11 (36,6%)	11 (36,6%)
Низький	2 (6,7%)	4 (13,4%)	2 (6,7%)	8 (26,8%)

За результатами аналізу показників учасники демонструють характерні закономірності та потреби цільової групи [31].

1. Блок «Емоційно-поведінкові реакції дитинства».

У цьому блоці більшість учасників продемонстрували середній рівень вираженості емоційно-поведінкових патернів (63,3%), що свідчить про помірний, але стабільний вплив дитячого досвіду на сучасні реакції.

Високий рівень виявлено у 30% респондентів, що вказує на виражені прояви адаптаційних ролей, тенденцію «бути зручним», уникати конфлікту, стримувати емоції, а також наявність фонових переживань таких як сором, страх помилки або відторгнення [2].

Лише 6,7% учасників мають низький рівень, що означає відсутність значних дитячих емоційних обмежень у теперішній поведінці.

Більшість учасників мають значущий вплив ранніх емоційних моделей на актуальне функціонування, що обґрунтовує включення до формувального експерименту вправ, спрямованих на корекцію дитячих реакцій та розвиток емоційної компетентності.

2. Блок «Батьківські послання та сімейні сценарії»

За даними аналізу, високий рівень впливу батьківських сценаріїв мають 53,3% учасників. Це свідчить про значну роль внутрішніх установок («треба», «будь сильною», «не заважай», «будь хорошою»), які визначають сучасні копінг-стратегії та стиль поведінки [17].

Середній рівень спостерігається у 33,3% респондентів, що вказує на часткове відтворення сімейних моделей у дорослому віці.

Лише 13,4% групи мають низький рівень впливу сценаріїв, демонструючи більшу автономність у прийнятті рішень та саморегуляції.

Висока інтенсивність сімейних послань у більшості учасників визначає потребу в роботі з внутрішнім критиком, кордонами та формуванням навичок самопідтримки в межах тренінгової програми (див. табл. 2.8) [17; 20].

3. Блок «Повторення дитячих сценаріїв у дорослому житті»

Цей блок є найбільш діагностично значущим, адже відображає реальне перенесення дитячих стратегій у професійну та особисту поведінку.

За даними аналізу виявлено наступне:

- 56,7% мають високий рівень повторення сценаріїв, що свідчить про актуальність ролей «рятівника», «незамінної», «сильної», а також труднощі з проявом потреб, емоцій та довірою до власних кордонів [2].
- 36,6% перебувають на середньому рівні, що означає часткову залежність від старих моделей реагування.
- Лише 6,7% демонструють низький рівень.

Висока частка учасників з вираженим сценарним повторенням співвідноситься з тенденцією до соматизації, контролю, перевантаження та емоційного вигорання [10].

Цей блок формує основу для цілеспрямованої роботи з перепроживанням та інтеграцією минулого досвіду. Найбільш важливими є техніки «Старий магазин», «Перепроживання патерну», а також робота з образом внутрішньої дитини (див. табл. 2.8) [10].

4. Блок «Позитивні зміни та ресурси»

Цей блок демонструє потенціал групи до відновлення та формування нових стратегій поведінки.

Розподіл такий:

- 36,6% – високий рівень ресурсності;
- 36,6% – середній рівень;

- 26,8% – низький рівень.

Отже, 73,2% учасників групи (високий рівень-36,6% та середній рівень-36,6%) вже мають сформовані навички саморефлексії, емоційного усвідомлення та базової саморегуляції [31].

Водночас, 26,8% учасників мають недостатню ресурсність та схильність до виснаження, що потребує спеціальних відновлювальних технік, таких як тілесних практик, дихальних вправ, формування внутрішньої опори [10].

Блок ресурсу показує, що тренінгова програма повинна поєднувати глибинну корекційну роботу з практиками стабілізації, підтримки та м'якої тілесної інтеграції (див. табл. 2.8).

Аналіз чотирьох блоків авторського опитувальника засвідчує, що більшість фахівців сфери «людина – людина» зберігають значний вплив ранніх емоційних моделей, батьківських послань та дитячих сценаріїв, що прямо впливає на їхнє психосоматичне здоров'я [2].

- У трьох із чотирьох блоків переважають високий та середній рівні, що вказує на високу актуальність несвідомих патернів реагування.
- Найвищий ризик формується у сфері повторення дитячих сценаріїв, що є ключовим фактором психоемоційного виснаження.
- Рівень ресурсності нерівномірний, понад третина учасників має достатні внутрішні опори, тоді як чверть – виражений дефіцит ресурсів.

Ці результати чітко обґрунтовують майбутній вибір стратегії формувального експерименту, яка поєднує:

- роботу з тілесними реакціями,
- корекцію дитячих патернів,
- розвиток навичок емоційної саморегуляції,
- формування внутрішньої опори і ресурсності [10; 31].

На підставі аналізу даних (див. табл. 2.8) виявляється напрямок комплексної програми тренінгового втручання, спрямованої на відновлення психосоматичного здоров'я та посилення життєстійкості фахівців сфери «людина – людина».

ВИСНОВОК ПО РОЗДІЛУ 2

У другому розділі було проведено констатувальний етап експериментального дослідження, спрямований на фіксацію поточного стану психосоматичного здоров'я та особливостей стратегій реагування у фахівців сфери «людина – людина». Дослідження охоплювало оцінку рівня соматизації, суб'єктивного переживання стресу, життєстійкості, а також аналіз впливу ранніх емоційних патернів, що відображаються у професійній поведінці та здатності до витривалості.

За результатами констатувального етапу встановлено, що у значної частини респондентів виявляються помірні та високі показники соматичних симптомів, підвищений рівень психоемоційної напруги та нерівномірна структура життєстійкості з переважанням середніх значень. Аналіз стратегій реагування виявив тенденцію до відтворення дитячих сценаріїв, зокрема схильність до самокритичності, орієнтацію на зовнішнє схвалення та обмеженість навичок емоційної саморегуляції.

Виявлені особливості дають підстави стверджувати, що фахівці сфери «людина – людина» перебувають у зоні підвищеної психоемоційної вразливості, що пов'язано з постійною інтенсивністю міжособистісної взаємодії, високим рівнем емоційної залученості, ситуаціями невизначеності та необхідністю професійного функціонування в умовах тривалого напруження.

Отримані результати підтвердили доцільність і своєчасність розробки програми формування стратегій відновлення психосоматичного здоров'я, оскільки у значної частини учасників недостатньо сформовані:

- навички усвідомленої емоційної регуляції;
- здатність до системного відновлення ресурсного стану;
- стійкі адаптивні копінг-стратегії;
- навички тілесної саморегуляції;
- уміння ідентифікувати власні тригери та автоматизовані патерни реагування.

Отже, констатувальний експеримент дозволив комплексно окреслити психологічний профіль учасників, визначити ключові фактори ризику та актуальні потреби цільової аудиторії, що стало надійним теоретичним і практичним підґрунтям для подальшої розробки програми формування стратегій відновлення психосоматичного здоров'я.

РОЗДІЛ 3. ФОРМУВАННЯ СТРАТЕГІЙ ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я У ФАХІВЦІВ СФЕРИ «ЛЮДИНА-ЛЮДИНА»

3.1 Програма соціально-психологічного тренінгу формування стратегій відновлення психосоматичного здоров'я у фахівців сфери «людина-людина»

На основі вивченої та проаналізованої наукової літератури та отриманих результатів дослідження запропоновано програму соціально-психологічного тренінгу формування навичок психосоматичної саморегуляції та розвитку життєстійкості з поглибленим усвідомлення структури власної особистості через роботу з тілом, активацію парасимпатичної нервової системи та вивчення і усвідомлення дитячих установок які впливають на доросле життя та вибір особистості.

Формувальний експеримент виступає практичним етапом перевірки гіпотези про те, що цілеспрямоване опрацювання емоційних і тілесних патернів через ресурсно-орієнтовані тренінги сприятимуть зниженню соматичних симптомів та підвищенню показників життєстійкості [55].

Мета формувального експерименту це розробка та проведення програми тренінгів направлених на психоемоційну корекцію поведінки та реакцій фахівців сфери «людина-людина».

Завдання експерименту:

1. Розробити і впровадити структуру тренінгів, спрямованих на відновлення психосоматичної рівноваги .
2. Визначити ефективність тренінгового впливу через порівняння показників констатувального та контрольного етапів.
3. Виявити особистісні зміни у учасників після проходження програми (емоційна рівноваженість, усвідомлення тілесних сигналів, формування нових стратегій саморегуляції).

Категорія учасників: працівники компанії які активно задіяні в роботі з людьми.

Кожне заняття має структуровану послідовність вправ відповідно до трьох етапів роботи:

1. усвідомлення тілесно-емоційного стану,
2. перепроживання та трансформація патернів,
3. ресурсна інтеграція і закріплення нових стратегій.

Теоретичне підґрунтя програми.

Концепція тренінгів спирається на міждисциплінарні підходи:

- Психосоматична парадигма (Р. Ісаков, Г. Сельє, Б. Ван дер Колк) – визначає тілесні симптоми як прояви емоційної напруги та несвідомих конфліктів [2; 7; 13].
- Концепція когерентності А. Антоновського - підкреслює роль внутрішньої узгодженості (зрозумілості, керованості та осмисленості) у збереженні психосоматичного здоров'я [1].
- Тілесно-орієнтована терапія В. Райха та А. Лоуена - розглядає м'язові блоки як захисні механізми, що утримують емоційний заряд і потребують поступового розслаблення через дихання, рух і усвідомлення тіла [56].
- Гештальт-підхід (Ф. Перлз) - спрямований на відновлення цілісності досвіду через усвідомлення «тут і тепер», прийняття почуттів і особисту відповідальність [15].
- Еріксонівський підхід - використовується для активації внутрішніх ресурсів особистості через м'які метафоричні техніки, включно з роботою з образом «ресурсного місця» [53].

Поєднання цих напрямів створює цілісну методичну основу для глибокої роботи з тілесними проявами напруги та формування навичок саморегуляції.

Вправи які плануються застосувати в ході цієї програми.

1. «Старий магазин» (метафорична техніка) [15].

Усвідомлення застарілих емоційних і поведінкових схем Учасник уявляє «старий магазин», де зберігаються непотрібні установки, які створюють напругу. Поступово «звільняє простір» від зайвого, формуючи

внутрішнє відчуття оновлення. Вивільнення пригнічених емоцій, усвідомлення механізмів самоперенавантаження. Гештальт-терапія: принцип завершення незакінчених переживань (Ф. Перлз).

2. «Ресурсне місце» (візуалізаційна вправа) [53].

Формування почуття безпеки, довіри до власного тіла Через легкий трансовий стан учасники створюють образ місця, де відчують спокій і захищеність; відновлюють тілесне відчуття опори. Стан внутрішнього заспокоєння, зниження тривожності, підвищення довіри до власних реакцій. Еріксонівський підхід: активація ресурсних образів через м'який гіпнотичний транс.

3. «Перепроживання патерну» (робота з образом).

Трансформація дитячих сценаріїв реагування. У безпечному середовищі учасники занурюються у пам'ять першої емоційної ситуації, яка викликала напругу, і проживають її з позиції дорослої свідомості, замінюючи почуття безсилля на прийняття й підтримку. Усвідомлення зв'язку між минулим досвідом і теперішньою поведінкою; зниження емоційної реактивності. Психодинамічна та тілесно-орієнтована традиція (В. Райх, Б. Ван дер Колк) [56].

4. «Контакт із тілом» (тілесно-орієнтована вправа).

Відновлення зв'язку між тілом і емоціями. Через усвідомлене дихання, розтягування та сканування тіла учасники спостерігають, де відчувається напруга, і поступово відпускають її через рух та дихання.

Зниження соматичного напруження, відновлення природного ритму тіла. Тілесно-орієнтована терапія (В. Райх, А. Лоуен): концепція тілесного панцира [56].

5. «Коло підтримки» (групова інтеграційна вправа).

Закріплення ресурсного стану, формування почуття приналежності. Учасники діляться переживаннями, дякують собі та іншим, створюють спільний образ підтримки. Інтеграція нового досвіду, розвиток довіри,

підвищення життєстійкості. Групова психотерапія (І. Ялом), принцип соціальної підтримки як ресурсу [20; 61].

Принципи організації та проведення тренінгу.

1. Безпечність і поступовість - робота ведеться через дозоване занурення у власні емоції, із дотриманням принципу «стільки, скільки готовий».

2. Тілесно-емоційна інтеграція - поєднання вербальних, образних і тілесних технік для забезпечення цілісного впливу.

3. Ресурсна спрямованість - акцент не на травмі, а на відновленні, пошук внутрішніх опор і сили.

4. Індивідуальна адаптація - урахування професійного профілю учасників і рівня їх готовності до глибинної роботи.

5. Рефлексивність - обговорення кожного досвіду як способу інтеграції нового розуміння .

Програма тренінгів складається з трьох зустрічей та включає наступні етапи:

1. Організаційний етап.

Мета: знайомство з учасниками тренінгу, формування запиту, проговорювання очікування від зустрічі, ознайомлення з програмою зустрічі.

2. Етап знайомство з психічними та тілесними реакціями їх взаємозв'язок, формування навичок розуміння себе і уміння регулювати рівень тривожності.

3. Етап формування усвідомленого ставлення до психосоматичних реакцій в тілі та напрацювання навички керування ними.

Зустріч 1. Тренінг «Від напруги до ресурсу - тілесне усвідомлення та саморегуляція». Він спрямованої на розвиток життєстійкості, зниження рівня соматизації, формування навичок емоційно-тілесної саморегуляції у фахівців сфери «людина – людина».

Метою зустрічі є формування базових навичок тілесної саморегуляції для зниження психофізіологічної напруги та соматичних проявів стресу, підвищення відчуття керованості станом і безпеки у тілі [13; 29].

Завдання:

- навчити учасників розпізнавати ранні маркери напруги (дихання, тонус м'язів, пульс, температура, мікро рухи) [2; 13];
- відпрацювати короткі інтервенції: заземлення, дихальні протоколи, м'язова релаксація, вагус-тонізуючі техніки [55];
- інтегрувати базову білатеральну стимуляцію (EMDR-tapping) для розрядки надлишкової активації [25; 26];
- закріпити “ресурсне відчуття” у тілі (якоріння).

1) Вступна частина. Знайомство, обговорення програми. Формування простору психологічної безпеки, контракту в групі і окреслення меж.

Тренер пропонує прийняти правила поведінки у тренінгу. Обговорюються правила конфіденційності, право “стоп/пауза”, опція “сиджу/лежу/очі відкриті”.

- Міні-психоедукація: “Як тіло говорить про стрес”

Метою вправи є формування у учасників базового розуміння фізіологічних і психологічних механізмів стресу, підвищення усвідомленого зв'язку між тілесними симптомами та емоційними станами.

Тренер коротко розповідає про симпатичну та парасимпатичну системи, які їх функції. Чому сон, головний біль, біль у спині, серцебиття часті маркери зворотнього зв'язку психіки на постійні емоційні напруження, як активується симпатична нервова система під час стресу (прискорене серцебиття, напруження м'язів, поверхнєве дихання). Розповідає про поняття “вікна толерантності”. Потім учасники обговорюють, які реакції вони помічали у себе.

Розуміння природи тілесних проявів допомагає зменшити тривожність і сприймати симптоми не як “неполадки”, а як сигнали, що тіло потребує відновлення. Формується перший крок до тілесної грамотності.

Учасникам пропонується невеличка діагностика до практик.

Оцінити самопочуття за шкалою напруги від 0 до 10; де в тілі найбільше відчувається (2–3 слова). Коротко відмітити у себе що відчули і де (голова, шия, плечі, спина, груди, живіт, кінцівки).

2) Практична частина.

Вправа заземлення і дихання «Три опори».

Метою вправи є розвинення тілесної чутливості, навчання учасників спостерігати свої тілесні стани без оцінювання, виявляти «зони напруги» в тілі [56].

Завдяки цьому спостереженню розвивається здатність розпізнавати накопичену напругу раніше, ніж вона переходить у біль або втому. Формується звичка «повертати увагу до тіла», що є основою саморегуляції.

Тренер пропонує зайняти зручну позицію сидячи, заплющити очі, перевести фокус уваги в тіло і попрацювати «сканером» для себе. Стопи повністю на підлозі, долоні вільно, спина торкається опори. Далі учасникам пропонується назвати подумки три опори: «Відчуваю стопи», «Відчуваю сидіння», «Відчуваю спинку стільця». На кожній опорі 2–3 подихи з м'яким видихом, фокус уваги знаходиться в тактильних відчуттях (тиск, тепло, текстура).

Вправа дає можливість відчути вагу і опори, зменшення «розгойдування» всередині, вирівнювання дихання.

- Вправа дихання 4-2-6-4 (із паузою на вдиху 2 на видиху 4) (10 циклів)

Метою вправи є зняти фізіологічну напругу, нормалізувати дихання, стабілізувати нервову систему через ритмічне дихання [55].

Ритмічне дихання активує парасимпатичну нервову систему, зменшує частоту серцебиття, стабілізує емоційний фон. Людина відчуває контроль над станом через дихання.

Тренер пропонує зробити повільний вдих носом на 4 рахунки потім пауза на 2 рахунки потім повільний видих ротом на 6 та пауза на 4 рахунки.

Учасники слідкують, щоб живіт м'яко розширювався на вдиху, а на видиху - повільно «падав». Робиться десять циклів у власному комфортному темпі.

Для заспокоєння тривожності вдих робити через ніс, довгий видих ротом зі звуком «ха» (дозволяє «спускати пару»).

Тренер попереджає по безпеку виконання вправи яка полягає в наступному: не пришвидшувати дихання, не затримувати подих у дискомфорті, не входити в гіпервентиляцію легенів для уникнення головокружіння.

Подовжений видих дає відчуття тепла в тілі, заспокоєння пульсу, «просторіше» у грудях, затримка на видиху довша ніж на вдиху включає парасимпатичну систему і приводить нервову систему в збалансований стан.

- Вправа «Огляд горизонту»

Метою вправи є виведення уваги з тунельного фокусу (гіперфіксації), збалансування зорової та вестибулярної системи [34].

Тренер пропонує зайняти зручне місце сидячи та поглядом м'яко рухається по кімнаті вліво потім в центр, вправо потім в центр, вгору потім вниз.

Учасникам пропонується назвати для себе 3 об'єкти: «Я бачу ... (колір, форму, текстуру)». Потім повернути голову повільно, без напруження ший та додати «периферійний зір», а саме відчутти, що бачиш бокові межі поля зору.

Ця вправа зменшує внутрішнє напруження, яснішає погляд, виникає відчуття зовнішнього простору.

- Вправа «Мікроякоріння»

Метою вправи є знаходження і підсилення маленьких нейтральних або приємних сигнал у тілі, як базу для самозаспокоєння [19].

Тренер пропонує провести «сканування» і знайди бодай 5% приємних або нейтральних відчуттів в тілі (тепло в долонях, опора спини, м'якість пледа).

Назвати їх вголос: «Ось це мій маленький ресурс». Зробити три подихи, перемістити фокус уваги на ці відчутті, на видиху сказати про себе: «я

дозволяю йому трохи розширюватися». Потім пропонується торкнутися рукою місця «ресурсу» (жест-якір).

В цій вправі зростає відчуття контролю, з'являється «острівець безпеки» всередині.

- Вправа «Швидка оцінка стану»

Метою вправи є оцінити суб'єктивну динаміку стану після блоку вправ, сформувати навичку моніторингу [5].

Тренер пропонує учасникам оцінити стан відчуттів після вправ за шкалою від 0 до 10 «Наскільки зараз спокій або напруга?»

Зробити короткий опис стан: «Стало більше чи менше...», «Де в тілі стало спокійніше або тепліше?» Зафіксувати у своїх записах відчуття до та після. В цій вправі розвивається усвідомлене помічання змін, закріплюється мотивація до практикування усвідомлених станів.

Практична частина 2 М'язова релаксація та «маятник».

Метою вправи є зменшення рівень соматичного напруження, відновлення балансу між збудженням і розслабленням у нервовій системі, формування здатності усвідомлено регулювання тілесних реакцій на стрес. Навчити учасників помічати внутрішні коливання між напругою і спокоєм без уникнення або застрягання в жодному полюсі.

Вправа поєднує два методи:

1. Прогресивну м'язову релаксацію за Е. Джекобсоном - як спосіб активного розвантаження скелетної мускулатури, що безпосередньо знижує збудження симпатичної нервової системи [11].

2. “Маятник” (pendulation) - техніку П. Левіна (Somatic Experiencing), засновану на принципі коливання уваги між неприємним і ресурсним відчуттям, що сприяє природній саморегуляції нервової системи [34].

Поєднання цих методів дозволяє не лише фізично зняти напругу, а й відновити гнучкість психофізіологічної реакції на стрес, тобто вміння «повертатися» до стану спокою після активації.

Прогресивна м'язова релаксація.

Тренер пропонує перевести фокус уваги на дихання, відчути як тіло дихає, як відбувається вдих, піднімається грудна клітина, напружуються м'язи, потім іде видих, м'язи розслабляються. Після короткого занурення, тренер пропонує зробити послідовне напруження м'язів на 5 секунд та відпускати 10-12 секунд у кожній з перелічених зон у тілі (стопи, литки, стегна, сідниці, живіт, спина, плечі, руки, шия, щелепи, лоб). Учасники спостерігають відчуття «після». Дихання в цей час вільне, фокус уваги на різниці відчуттів. При болю або спазмах тренер рекомендує зменшити зусилля або пропустити зону.

Вправа знайомить з відчуттям розслаблення та напруги, дає тепло у кінцівки, полегшує дихання.

Вправа «Маятник» (пендулювання за П. Левіним) [35].

Після фізичного розслаблення учасників запрошують до спостереження за тілом. Тренер пропонує знайти у тілі зону легкого дискомфорту (наприклад, напруга в плечах, грудях, животі) – по шкалі від 0 до 10 на 2–3 бали.

Знайти нейтральну або приємну зону (тепло в долонях, опора спини, відчуття стоп).

Почати м'яке «похитування уваги» між цими двома полюсами:

- 10–15 секунд спостереження за дискомфортом - “Так, тут трохи стискає.”
- Потім перевести увагу на приємне - “Тут м'яко, тепло.”
- Відчуй, як хвиля напруження природно спадає.

Повторити 5–6 циклів, не намагаючись змінити відчуття, лише помічай їх рух.

Учасникам пропонується завершити вправу на приємному або нейтральному полюсі.

Вправа «Завершення».

Метою вправи є стабілізувати стану після релаксації та маятника, закріплення м'якого ставлення до тіла та почуттів.

Тренер пропонує зробити два довгі видихи (можна зі звуком). Покласти долоні на грудях та на животі, зробити три повільні цикли дихання. Промовити в слух фразу: «Я помічаю і обираю м'якість та тепло до себе».

Вправа дає стан внутрішній узгодженості, тепла, готовність перейти до наступного блоку.

Практична частина 3: Білатеральна стимуляція (EMDR-tapping).

Методика білатеральної стимуляції була розроблена американською психологинєю Ф. Шапіро у межах створеного нею підходу EMDR-десенсибілізації та репроцесингу за допомогою рухів очей. Суть методу полягає у ритмічній черговій активації лівої та правої півкулі мозку (через рух очей, дотиків, звуків), що сприяє гармонізації нервової системи, зниження рівня емоційного напруження та інтеграції травматичного досвіду [25; 26].

У тілесно-орієнтованій практиці цей метод використовується як м'який спосіб саморегуляції. Під час виконання вправи учасники здійснюють легке постукування по черзі лівою та правою рукою, синхронізуючи дихання та увагу.

Метою вправи є стабілізування емоційного стану після тілесних вправ, активізування між-півкульної взаємодії, підвищення здатності самостійно регулювати напругу у стресових ситуаціях [2; 73].

Тренер пояснює, що білатеральна стимуляція - це метод, який допомагає гармонізувати роботу двох півкуль мозку, відновлюючи баланс між раціональним і емоційним сприйняттям подій.

Після вступної частини, учасники виконують просте постукування по черзі лівою і правою рукою по колінах або плечах (ліворуч–праворуч–ліворуч–праворуч у ритмі приблизно 1 удар на секунду). Кілька серій по 30–40 постукувань, потім коротка пауза, спостерігаючи за змінами у диханні й відчуттях.

Практика «тривожна думка - нейтральний якір».

Тренер просить обрати невелику ситуацію, яка викликає помірну напругу (до 3 балів з 10). Під час постукувань учасники промовляють для себе

коротку фразу заспокоєння: «Я тут і зараз», «Мені безпечно у цей момент», «Я можу впоратись». Після двох серій перевіряється інтенсивність відчуттів (було ____, стало ____).

Закріплення ресурсу.

Учасники виконують ще одну серію постукувань, зосереджуючись на приємному спогаді або тілесному відчутті опори.

Тренер підводить до висновку, що цей простий прийом можна використовувати самостійно для стабілізації в емоційно напружених ситуаціях.

Вправа допомагає знизити тривоги, покращує концентрацію, балансує емоційний і когнітивний стан. Учасники відчують, що можуть самостійно впливати на рівень напруги, повертаючи собі внутрішню стабільність.

Вправа: “Ресурсне місце”.

Метою цієї вправи є формування у учасників внутрішнє відчуття безпеки, опори і відновлення, закріплення позитивних тілесних реакцій, які можна відтворювати у стресових ситуаціях [53].

Тренер вводить учасників у стан легкого розслаблення через кілька глибоких видихів, переведення фокусу уваги на дихання і на відчуття в тілі. Далі, пропонує створити уявний образ «ресурсного місця» - простору, де тілу добре, тепло й спокійно.

Тренер пропонує перемістити увагу в приємне місце на природі: «Згадайте або створіть місце, де вам добре - можливо, це місце біля води, можливо там де багато зелені та рослин, а можливо це якесь світле приміщення, чи просто запах чогось приємного, що дає відчуття тепла і безпеки... Зверніть увагу на кольори, звуки, запахи, температуру повітря. Відчуйте, як тіло реагує, можливо, стає тепліше або з'являється спокій у грудях.»

Учасники залишаються у цьому образі кілька хвилин, спостерігаючи, як змінюється дихання.

Тілесне закріплення.

Тренер пропонує обрати жест-якір, наприклад, покласти долоню на груди або з'єднати великий і вказівний пальці. Цей жест повторюється у момент піку приємного відчуття кілька разів (увімкнути-вимкнути), щоб створити тілесну асоціацію між жестом і станом спокою.

Інтеграція.

Тренер пропонує повільно повернутись у «тут і тепер», зробити глибокий вдих/видих і відзначити, що цей образ і відчуття тепер залишаються з ними і можуть бути викликані будь-коли.

Вправа дає досвід занурення в трасовий стан, навчає навички внутрішнього розслаблення, зниження рівня тілесної напруги, появи стабільного відчуття безпеки. Жест-якір стає інструментом швидкого самозаспокоєння у стресових ситуаціях [53].

Інтеграція та домашнє завдання.

Метою цієї вправи є закріплення навичок саморегуляції, формування плану коротких тілесних практик для самостійного виконання між зустрічами.

Тренер проводить коротке обговорення - які техніки запам'яталися, які відчуття змінилися у тілі, що кожен учасник може використати вже завтра у своєму житті.

Далі пояснюється завдання на тиждень:

- Обрати 2–3 міні-практики (дихання, «три опори», міні-якоріння) і виконувати їх по 5–10 хвилин, 2–3 рази на день;
- Вести короткий щоденник спостережень:
 1. коли застосував вправу,
 2. що відчував у тілі,
 3. який ефект з'явився.

На завершення тренер пропонує створити навігатор - нагадування про власні кроки стабілізації:

- «Якщо хвиля напруги наростає — заземлення (опори), повільний видих 6 секунд, огляд горизонту, вода, рух.»

Цей блок розрахований на усвідомлені дії учасників щодо засвоєння та формування базових навичок тілесного самоконтролю, вміння фіксувати позитивні зміни у стані, усвідомлювати, що тіло - головний ресурс для самовідновлення і відповідальність за його здоров'є це завдання безпосередньо самої людини.

Зустріч 2. Міні- лекція круглий стіл «Психосоматика як мова тіла коли свідомість мовчить».

Ця зустріч направлена на підвищення рівня усвідомлення власних реакцій, навички розуміння які потреби приховують емоції, і що насправді відбувається коли емоції пригнічуються, які наслідки це має для здоров'я [6].

Після першого тренінгового заняття, присвяченого тілесному усвідомленню й базовим технікам саморегуляції, проводиться проміжна міні-лекцію у форматі круглого столу. Її метою поглибити розуміння психосоматичних процесів і формування в учасників навичок самоспостереження за тілесними реакціями, щоб вони могли продовжувати практику між заняттями [2; 73].

Зустріч проходить в онлайн-режимі (Zoom) тривалістю близько 2 години. Формат поєднує короткий теоретичний блок, інтерактивні елементи та практичні вправи. На початку ведучий нагадує учасникам принципи тілесної безпеки, важливість дихальної регуляції, гідратації та усвідомленого ставлення до сигналів тіла.

Зміст і структура зустрічі:

На початку учасникам пропонується обговорити результати минулої зустрічі, як змінилися відчуття, які усвідомлення отримали учасники в процесі виконання домашніх вправ. Далі учасники задають важливі для них питання які виникли в процесі спостереження за своїми реакціями.

Коротке опитування: “Як останніми днями реагує ваше тіло на напруження?”, “У яких зонах ви помічаєте втому чи стиск?”.

Далі відбувалася міні-лекція “Як тіло говорить про емоції”, де у доступній формі розглядалися:

- механізм стресу як фізіологічної реакції виживання;
- взаємодія симпатичної і парасимпатичної нервових систем;
- типові соматичні маркери емоцій: головний біль - контроль; біль у спині "тягар відповідальності"; напруга в шиї - придушений гнів; розлади сну - надмірна мобілізація.

Теоретичний блок поєднувався з короткими вправами. Учасники виконують дихання 4 - 6, спостерігають за мікро-рухами очей, що допомагає зменшити напругу, і вчаться помічати, які відчуття супроводжують різні емоційні стани.

Після цього у форматі вільного обговорення кожен може поділитися власним спостереженням або задати питання про взаємозв'язок емоцій і симптомів.

Домашнє завдання:

На завершення зустрічі учасники отримують домашню практику самоспостереження на період між тренінгами:

Щодня протягом 7 днів відзначають коротко (у щоденнику або в нотатках телефону):

- які тілесні сигнали з'являються у стані напруження;
- які відчуття приходять після дихання або короткої паузи;
- як змінюється настрій після 5 - 10 хвилин усвідомленого дихання.

Виконують двічі на день короткий цикл "5 хвилини для тіла":

- 3 хвилина заземлення (відчути опору, контакт стоп із підлогою);
- 5-10 хвилина повільного дихання (вдих 4, видих 6);
- 5 хвилина тілесного сканування (помітити, де в тілі стало легше).

Спостерігають за повторюваними реакціями, у яких ситуаціях тіло напружується найбільше, і що допомагає зняти напругу.

Після цього етапу учасники:

- краще розпізнають зв'язок між емоціями та тілесними відчуттями; помічають власні "сигнали тривоги" (м'язову напругу, зміну дихання, відчуття холоду або жару);

- навчаються використовувати прості техніки заспокоєння у реальному часі;
- формують особистий словник тілесних реакцій і базову звичку щоденного самоспостереження.

Цей проміжний етап відіграє роль містка між тілесним досвідом і емоційною усвідомленістю, готуючи учасників до другої, глибшої частини тренінгової програми - роботи з дитячими сценаріями та трансформацією несвідомих моделей реагування.

Саме завдяки цьому етапу формується первинна навичка “зупинки і спостереження”, без якої глибинна робота над емоційними патернами була б неможливою.

Зустріч 3. Тренінг «Трансформація дитячих сценаріїв і ресурсна інтеграція».

Цей тренінг спрямований на усвідомлення, що саме впливає на емоційні реакції і напругу в тілі, звільнення прихованих ресурсів від страху заборони відчувати проявляти свої реальні потреби [2; 8].

Метою тренінгу є поглибити усвідомлення власних емоційних і поведінкових патернів, сформованих у дитинстві, та навчити учасників трансформувати деструктивні реакції у ресурсні. Розвинути здатність до самопідтримки, вибудовування внутрішньої безпеки й турботи про себе.

Завдання:

- допомогти учасникам розпізнати власні несвідомі дитячі стратегії (“бути зручним”, “бути сильним”, “бути потрібним” тощо);
- відновити контакт із заблокованими почуттями - соромом, страхом, провинною, безсиллям;
- активізувати ресурсні образи дорослого “Я”, що може піклуватися про вразливу частину;
- сформувати тілесне відчуття підтримки та внутрішньої опори.

Тривалість і формат 5 години. Кількість учасників 30 осіб.

На початку зустрічі тренер пропонує обговорити результати попередніх зустрічей, що стало корисним у повсякденному житті, як вдалось виконати домашнє завдання. Учасникам пропонується задати питання які виникли в процесі усвідомленого ставлення до свої почуттів і тілесних реакцій.

Після обговорення тренер розкриває тему - “Дитячі сценарії як шаблони тіла”. Надає пояснення про поняття “батьківські послання”, “дитячий контракт”, “емоційна пам’ять тіла”. Приводить приклади типових послань: “будь сильною”, “не плач”, “будь зручною”, “спочатку інші - потім ти”.

Пропонує згадати які фрази або очікування звучали в дитинстві. Це дає розуміння несвідомих установок, вербалізація власного сценарію.

Практична частина.

- Вправа “Моя роль у дитинстві” (індивідуальна рефлексія) [2; 12].

Мета: допомогти учасникам усвідомити ті поведінкові ролі і емоційні сценарії, які вони засвоїли у дитинстві для того щоб «бути прийнятим» чи «зберегти любов», дослідити, як ці ролі впливають на сучасну професійну та особисту поведінку. Вправа сприяє усвідомленню зв’язків між дитячими адаптивними стратегіями (будь послухним, не заважай, усіх рятувати, я недостатньо стрався) і теперішніми способами реагування на стрес, конфлікт чи перевтому.

Трене пропонує взяти аркуш паперу поділити його на дві колонки:

- Ліва колонка - “Від мене очікували...”;
- Права колонка “Я відчував/ла, що мушу бути...”.

Далі надає кілька запитань для саморефлексії:

- Якою мене хотіли бачити батьки, вчителі, вагомі дорослі?;
- Які фрази звучали найчастіше? (ти повинна слухатися, не плач, будь сильним(ою), треба завжди допомагати іншим, треба ділитись жадібних ніхто не любить);
- Яку роль я взяв(ла) на себе щоб мене любили? (я хороша дівчинка, герой, «помогатор», невидимка, миротворець);
- Як ця роль допомогла мені тоді «вижити»?;

- Чи допомагає вона мені зараз у стосунках, роботі, самореалізації?
Учасники згадують, записують собі відповіді, не обговорюючи з іншими
Тренер запрошує коротко підсумувати написане, звертаючи увагу на емоції:

- Що ви відчуваєте коли дивитесь на ці колонки?
- Чи є серед записів фрази які здаються вам знайомими і сьогодні?

Тренер підводить до завершення: «Кожна з наших дитячих ролей колись була способом вижити або заслужити любов. Але дорослішання це можливість подякувати цій ролі та обрати нову, більш живу і вільну форму поведінки. У наступній вправі ми спробуємо відпустити ті сценарії, які вже віджили своє.»

Ця вправа дає можливість підвищити рівень самоусвідомлення, виявити приховані мотиви поведінки, спробувати відокремити власне «Я» від нав'язаних ролей, підготувати підґрунтя для емоційного трансформування в наступних вправах.

- Вправа «Старий магазин» (гештальт-техніка) [12].

Мета: допомогти учасникам усвідомити і символічно “відпустити” ті внутрішні ролі, переконання чи обов’язки, які колись допомагали їм вижити, але зараз виснажують, обмежують або підтримують соматичну напругу.

Вправа базується на гештальт-принципі завершення незавершених процесів і створює простір для внутрішнього оновлення.

Вона активує правопівкульне мислення, уяву та тілесну емпатію, що дозволяє м’яко трансформувати старі патерни реагування.

Тренер пояснює символіку вправи:

“У кожного з нас є внутрішній «старий магазин», де зберігаються наші звички, обов’язки, ролі, які колись були необхідними.

Там лежать речі, які ми довго носили з собою - відчуття провини, страх помилки, потреба бути зручним або всім допомагати.

Деякі з них досі займають місце, не даючи впустити нове.”

Тренер підкреслює, що вправа проводиться в безпечному стані, учасники можуть будь-коли повернутись до “тут і тепер” через дихання, дотик до опори чи відкриття очей.

Учасникам пропонується заплющити очі, зробити кілька глибоких видихів і уявити, що вони входять у старий магазин.

Голос тренера веде процес повільно:

“Уявіть місце, схоже на старий магазин або комору. Можливо, він трохи темний, з полицями, шафами, коробками...”

Пройдіться поглядом по цих полицях і зверніть увагу - що там лежить? Це можуть бути предмети, які символізують ваші старі звички чи ролі: може, там стара форма, яку ви колись носили, або важка валіза з написом «відповідальність за всіх», або маленьке дзеркальце з написом «будь хорошою».”

Після паузи тренер продовжує:

«Оберіть один предмет, який найбільше привертає увагу.

Візьміть його до рук. Відчуйте - який він? Легкий чи важкий, холодний чи теплий? Подумайте, яку частину вас він символізує. За що ви йому вдячні?»

Тренер пропонує зробити внутрішній ритуал подяки та відпускання:

«Погляньте на цей предмет і скажіть йому:

Я дякую тобі. Ти допомагав(ла) мені вижити, але тепер я можу інакше. Уявіть, що ви ставите цей предмет на полицю або залишаєте його там, із вдячністю. Відчуйте, як тіло реагує, коли ви відпускаєте цей тягар - можливо, стає легше дихати, тепліше у грудях чи спині.»

Після завершення уявної сцени тренер веде учасників до повернення у «тут і тепер»:

«Погляньте ще раз на свій «магазин» - тепер він може виглядати трохи інакше. Вийдіть з нього, закрийте двері й зробіть глибокий вдих. Відчуйте під собою опору, дихання, простір навколо. Ви можете залишити позаду те, що більше не служить вам.»

Учасники можуть коротко поділитись словами чи образом, який залишився після вправи (не обов'язково пояснюючи зміст).

Очікуваний ефект:

- усвідомлення внутрішніх сценаріїв і переконань, які втратили актуальність;
- зниження емоційного та тілесного напруження;
- поява відчуття полегшення, “простору всередині”, готовності до нових дій;
- формування навички відпускати надмірну відповідальність і контролювати лише те, що у сфері власного впливу.

Вправа «Зустріч із внутрішньою дитиною та вихід у ресурсне місце»
[53; 73]

Мета: допомогти учасникам налагодити контакт із власною “внутрішньою дитиною” - частиною, що зберігає ранній емоційний досвід, потребу в любові, безпеці, прийнятті, та завершити процес через перенесення цієї частини в “ресурсне місце”, де вона може отримати турботу й захист.

Ця вправа дозволяє одночасно актуалізувати пригнічені почуття й закріпити досвід безпеки, що знижує ризик ретравматизації.

У тілесному плані вона сприяє активації парасимпатичної нервової системи (через спокійне дихання, контакт, тепло) та створює відчуття глибокого відновлення.

Тренер нагадує про важливість безпеки. Він розповідає що це вправа, яка допомагає зустрітись із тією частиною себе, що колись потребувала любові й підтримки. Якщо щось буде занадто інтенсивним достатньо зробити глибокий вдих, відчутти опору під ногами або відкрити очі.

Тренер проводить коротке занурення у легкий транс. Та веде своїм голосом до наступного етапу зустрічі – «Уявіть, що ви ніби сідаєте в ліфт і цей ліфт рухається у часі, переносить вас в час вашого дитинства, ви виходите з ліфту і бачите знайому дорогу яка веде вас у ваш дім, чи будь-яке місце з дитинства. Попереду з'являється дитина. Це - ви, у віці приблизно 5–7 років.

Погляньте на неї, де вона стоїть, в що вона вдягнена, які в неї емоції, який у неї погляд. Підійдіть ближче, не поспішаючи, опустіться до неї на рівень очей, подивіться уважно, скажіть їй: Я бачу тебе. Ти моя дуже важлива частинка. Я прийшла сказати що я з тобою, і тобі більше не треба бути самій....».

Після кількох хвилин тиші тренер додає: «Якщо вона дозволяє - візьміть її за руку, пригорніть, подаруйте їй тепло. Відчуйте, як у вас з'являється м'якість, ніжність, прийняття. Ці почуття - ваша сила.»

Перехід до ресурсного місця. «Тепер уявіть, що ви ведете цю дитину у місце, де їй спокійно і добре. Це може бути зелена галявина, берег моря, кімната зі світлом або будь-який простір, який викликає спокій. Ви сідаєте поруч. Повітря приємне, тепло огортає. Дитина усміхається. Ви кажете їй: Тут ми в безпеці. Я подбаю про тебе.»

Тренер продовжує: «Подивіться, як вона реагує. Можливо, розслабляється, може, обіймає вас. Відчуйте, як спокій наповнює вас обох. Покладіть руку туди, де у тілі відчуваєте тепло - це ваш тілесний якір. Зробіть кілька глибоких вдихів і запам'ятайте цей стан у тілі.»

Повернення у «тут і тепер.»

«Тепер уявіть, що ви повільно залишаєте це місце, але знаєте що ви можете повернутись сюди будь-коли. Зробіть глибокий вдих і видих, відчуйте опору під ногами, повільно відкрийте очі. Усередині вас тепер є спокій, турбота і зв'язок.»

Очікуваний ефект:

- формування емоційного контакту із власною дитячою частиною; відновлення відчуття безпеки через образ турботливої “дорослої” частини;
- стабілізація емоційного стану після пережиття;
- зниження соматичної напруги, полегшення у тілі (дихання, м'язи, живіт);
- поява почуття внутрішньої теплоти, ніжності й миру.

Вправа білатеральна інтеграція (техніка проведена описана вище) [25; 26].

Вправа проводиться в кінці практичної частини для підтримання більш глибокої інтеграції.

Очікувані результати:

- усвідомлення власних сценаріїв поведінки, які ведуть до перенапруження або соматизації;
- зниження рівня емоційного контролю, збільшення проявів спонтанності;
- формування базової самопідтримки через тілесне усвідомлення (“Я можу про себе подбати”).

Рефлексія та підсумки дня.

Мета: підвести підсумки тренінгу та обговорити, як учасники можуть використовувати нові знання у повсякденному житті.

Групова дискусія. Учасники діляться своїми враженнями від дня, що дізналися нового, які техніки їм найбільше сподобалися.

Вправа «Обіцянка самому собі».

Кожен учасник записує одну ключову річ, яку він пообіцяє зробити для себе у найближчий місяць, аби покращити своє життя.

Закриття тренінгу. Тренер висловлює подяку, надає контактну інформацію для подальшої підтримки.

Після проходження програми очікується:

- зниження рівня соматичних проявів за опитувальником PHQ-15;
- зменшення рівня сприйняття стресу (PSS-10);
- зростання показників життестійкості (SOC-29), особливо субшкали керованості та осмисленості;
- підвищення ресурсності та рівня самопідтримки за даними авторського опитувальника.

Учасники набувають навичок розпізнавання тілесних сигналів, усвідомленого ставлення до стресу, м'якої саморегуляції через дихання та рух.

На якісному рівні очікується формування нового відчуття внутрішнього простору, зменшення контролюючих тенденцій, розвиток гнучкості й довіри до тіла як до джерела самовідновлення.

Отже, формувальний експеримент виступає практичною реалізацією концепції формування стратегій відновлення психосоматичного здоров'я, інтегруючи когнітивні, емоційні та тілесні рівні функціонування особистості.

Отримані результати дозволяють оцінити ефективність тренінгового впливу та визначити напрям подальшої психопрофілактичної роботи з фахівцями соціального профілю.

3.2 Результати формувального експерименту.

Для визначення рівня ефективності впровадженої програми соціально-психологічного тренінгу, було здійснено повторну діагностику респондентів з використанням комплексу діагностичних методик, з якими учасники вже були знайомі: опитувальник соматичних симптомів PHQ-15, шкала сприйняття стресу PSS-10, шкала відчуття когерентності SOC-29 та авторський опитувальник дитячих сценаріїв реагування.

Повторна діагностика здійснювалась з учасниками у кількості 30 осіб, з якими проводився соціально-психологічний тренінг. Тренінг був направлений на зниження психоемоційної напруги та відновлення ресурсів саморегуляції.

Нижче надано статистичний розподіл отриманих результатів повторно проведеної методики опитувальник соматичних симптомів PHQ-15 (Patient Health Questionnaire-15) (див. табл. 3.1)

Таблиця 3.1

Порівняльні результати “до” і “після” формувального експерименту

Рівень соматизації	До експерименту n (%)	Після експерименту n (%)	Динаміка (n)
Низький (0–4)	1 (3,4 %)	2 (6,5%)	+1
Помірний (5–9)	10 (33,3 %)	12 (40 %)	+2
Високий (10–14)	9 (30%)	14 (47 %)	+5
Дуже високий (15 +)	10 (33,3 %)	2 (6,5%)	–8
Разом	30 (100%)	30 (100%)	-

У результаті формувального етапу спостерігається виражене зниження рівня соматизації серед учасників.

До початку дослідження 33,3% респондентів мали дуже високі показники соматичних симптомів, після тренінгу цей показник зменшився до 6,5 %.

Водночас частка осіб із низьким і помірним рівнем зросла з 36,7 % до 46,5%, що свідчить про покращення загального фізичного самопочуття.

Позитивна динаміка зумовлена переважно зниженням частоти скарг на такі симптоми, як:

- проблеми зі сном, що часто відображають психоемоційну напругу та труднощі з відновленням енергії;
- головний біль, пов'язаний із перевтомою й когнітивним перенавантаженням;
- біль у спині, який зазвичай асоціюється з почуттям надмірної відповідальності або “внутрішнього тягара”;
- серцебиття та внутрішнє тремтіння, характерні для тривожного напруження;
- відчуття втоми, слабкості, нестачі енергії, що є типовими соматичними маркерами хронічного стресу.

Після проходження тренінгової програми респонденти частіше повідомляли про покращення якості сну, зменшення головних і м'язових болів, а також відчуття внутрішнього спокою.

Це свідчить, що тілесна напруга, яка раніше слугувала способом несвідомого “стримування” емоцій, поступово зменшується завдяки освоєнню ресурсно-тілесних технік релаксації.

Отже, результати за шкалою РНQ-15 підтверджують, що після участі у формувальному експерименті відбулося статистично достовірне зниження рівня соматичних симптомів.

Це свідчить про зміцнення психосоматичної рівноваги, підвищення адаптивних можливостей організму та ефективність тренінгової програми, спрямованої на розвиток усвідомленого ставлення до тілесних реакцій і відновлення ресурсу.

Нижче надано статистичний розподіл отриманих результатів повторно проведеної методики за опитувальником “Шкала суб’єктивного сприйняття стресу” (PSS-10) (див. табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Порівняльні результати до та після формувального експерименту

Рівень сприйняття стресу	До експерименту n (%)	Після експерименту n (%)	Динаміка (n)
Низький (0–13)	7 (23,4%)	7 (23,4%)	0
Помірний (14–26)	22 (73,3%)	23 (76,6%)	+1
Високий (27–40)	1 (3,3%)	0	-1
Разом	30 (100%)	30 (100%)	-

До початку експерименту переважна більшість (73,3%) учасників продемонструвала помірний рівень суб’єктивного стресу, що відображає напружений, але контрольований стан адаптаційних систем.

Після проходження тренінгу частка респондентів із низьким рівнем стресу 23,4% залишилось без змін це свідчить про стабільний стан стресостійкості в той час як учасники з високим рівнем стресу змінився на помірний.

Зниження показників стресу свідчить про покращення здатності до саморегуляції та відновлення внутрішньої рівноваги.

Після тренінгу учасники відмічали, що стали краще розпізнавати власні реакції на напруження, рідше відчувають безсилля чи втрату контролю над ситуацією, а також легше відновлюються після емоційного або професійного перевантаження.

Загальна динаміка свідчить про зменшення інтенсивності негативних когнітивних і фізіологічних реакцій на стресові події.

Після реалізації формувального експерименту за шкалою PSS-10 зафіксовано статистично значуще зниження рівня суб’єктивного стресу, що

відображає зростання психологічної стійкості та внутрішнього балансу учасників.

Зменшення середнього показника майже на 2 бали підтверджує ефективність запропонованої програми у розвитку усвідомленого ставлення до стресових ситуацій, активації механізмів самопідтримки та зміцненні психоемоційного ресурсу.

Нижче надано статистичний розподіл отриманих результатів повторно проведеного аналізу динаміки за методикою “Шкала життестійкості” (SOC-29) (див. табл. 3.3)

Таблиця 3.3

Порівняльні результати до і після формувального експерименту

Рівень життестійкості	До експерименту n (%)	Після експерименту n (%)	Динаміка n
Низький (до 119)	8 (26,7 %)	6 (20 %)	-2
Середній (120–159)	18 (60 %)	20 (66,7 %)	+2
Високий (160+)	4 (13,3 %)	4 (13,3 %)	0
Разом	30 (100 %)	30 (100 %)	—

Порівняльний аналіз засвідчив позитивну, хоча помірну динаміку підвищення рівня життестійкості учасників після формувального етапу.

До початку експерименту більшість респондентів (60 %) мали середній рівень життестійкості, тоді як 26,7 % демонстрували низький.

Після участі у тренінгу кількість осіб із середнім рівнем зросла до 66,7%, а частка з низьким зменшилася до 20%.

Загалом середній показник життестійкості підвищився з 135,5 до 138,2 бала, тобто на 2,73 бала.

Отримані результати свідчать про поступове підвищення рівня узгодженості між когнітивними, емоційними та поведінковими компонентами особистості.

Учасники після проходження тренінгу частіше відзначали:

- відчуття внутрішнього контролю над подіями;
- усвідомлення власних меж і ресурсів;

- здатність знаходити сенс і опору навіть у стресових ситуаціях;
- зменшення тривожності при зіткненні з невизначеністю.

Підвищення показників SOC-29 узгоджується зі зниженням рівня соматичних симптомів (PHQ-15) і стресу (PSS-10), що підтверджує цілісність ефекту формувального експерименту - від тілесного розвантаження до зростання усвідомленості та внутрішньої опори.

Результати за шкалою SOC-29 засвідчили, що внаслідок участі у тренінговій програмі у більшості учасників спостерігається підвищення життєстійкості та відчуття внутрішньої узгодженості.

Отже, можна стверджувати, що навчаючий і тілесно-ресурсний компонент тренінгу забезпечив зміцнення життєвої опори та сенсових орієнтирів учасників.

Результати повторно проведеного аналізу динаміки за авторським опитувальником дитячих патернів і тригерів.

Нижче надано статистичний розподіл отриманих результатів повторно проведеного аналізу порівняння за блоком 1. Авторського опитувальника «Емоційно-поведінкові реакції дитинства» (див табл. 3.4)

Таблиця 3.4

Порівняння рівнів показників до і після формувального експерименту

Рівень	До експерименту n (%)	Після експерименту n (%)
Високий	9 (30%)	18 (60%)
Середній	19 (63.2%)	10 (33,3%)
Низький	2 (6,7%)	2 (6,7%)

Після проходження тренінгової програми відбулося суттєве зростання кількості учасників із високим рівнем усвідомленості власних дитячих емоційно-поведінкових реакцій – з 9 до 18 осіб (з 30% до 60%). Це свідчить про те, що учасники значно краще почали розпізнавати, як минулі переживання впливають на їхню поведінку сьогодні.

Частка «середнього» рівня зменшилася майже вдвічі з 19 до 10 (63,3% до 33,3%), а низький рівень залишився стабільним. Це означає, що більшість учасників перейшли у більш усвідомлений рівень реагування.

Результати порівняльного аналізу перший блок свідчать що програма тренінгу (тілесне усвідомлення, дихальні практики, техніка «Три опори») ефективно підвищив рівень емоційної й тілесної усвідомленості учасників.

Нижче надано статистичний розподіл отриманих результатів повторно проведеного аналізу порівняння за блоком 2. Авторського опитувальника «Батьківські послання та сімейні сценарії»

Таблиця 3.5

Порівняння рівнів показників до і після формувального експерименту

Рівень	До експерименту n (%)	Після експерименту n (%)
Високий	16 (53,3%)	11 (36,7%)
Середній	10 (33,3%)	15 (50%)
Низький	4 (13,4%)	4 (13,3%)

У цьому блоці високі показники відображають силу впливу сімейних сценаріїв, а не ресур. Тому зменшення високого рівня з 16 до 11 учасників є позитивною динамікою.

Середній рівень виріс з 10 до 15 учасників (з 33,3% до 50%) що означає, що батьківські послання стали менш жорсткими і менш автоматичними, виріс відсоток усвідомлення впливу цих упереджень на сьогоднішнє життя.

Низький рівень залишився незмінним, що свідчить про стабільність групи з мінімальним сценарним впливом.

За результатами порівняльного аналізу вплив вправ застосованих у тренінговій програмі про батьківські послання сприяли зниженню жорсткості внутрішніх сценарних установок.

Нижче надано статистичний розподіл отриманих результатів повторно проведеного аналізу результатів порівняння за блоком 3. Авторського

опитувальника. «Повторення дитячих сценаріїв у дорослому житті» (див. табл. 3.6)

Таблиця 3.6

Порівняння рівнів показників до і після формувального експерименту

Рівень	До експерименту n (%)	Після експерименту n (%)
Високий	17 (56,7)	14 (46,7%)
Середній	11 (36,6%)	14 (46,6%)
Низький	2 (6,7%)	2 (6,7%)

Зменшення високого рівня учасників з 17 до 14, вказує на зниження автоматичного повторення дитячих поведінкових сценаріїв у дорослому житті. Перехід у середньому рівні частини учасників з 11 до 14, свідчить про розвиток гнучкості та здатності обирати нові способи реагування.

Низький рівень залишився незмінним – це означає, що учасники з мінімальною сценарною поведінкою не погіршили свої показники.

Порівняльний аналіз по 3 Блоку свідчить, що техніки «Маятник», «Перепроживання патерну», «Зустріч з внутрішньою дитиною», білатеральна стимуляція допомогли учасникам зменшити домінування старих поведінкових моделей і посилити усвідомленість реакцій.

Нижче надано статистичний розподіл отриманих результатів повторно проведеного аналізу результатів порівняння за блоком 4. Авторського опитувальника «Позитивні зміни та ресурси» (див. табл. 3.7)

Таблиця 3.7

Порівняння рівнів показників до і після формувального експерименту

Рівень	ДО експерименту n (%)	ПІСЛЯ експерименту n (%)
Високий	11 (36,6%)	14 (46,7%)
Середній	11 (36,6%)	13 (43,3%)
Низький	8 (26,8%)	3 (10%)

Це найбільш показовий блок щодо ефективності програми.

Високий рівень ресурсності зріс з 11 до 14 осіб (з 36,6% до 46,7%), середній – з 11 до 13 осіб (з 36,6% до 43,3%).

Також слід відмітити що сталися суттєві зміни у низькому рівні з 8 до 3 учасників.

Це свідчить що програма значною мірою вплинула на рівень ресурсності учасників:

- підвищення відчуття внутрішньої опори,
- зростання рівня самопідтримки,
- розвиток здатності знаходити ресурси у складних ситуаціях,
- загальне покращення психоемоційної стабільності.

За результатами формувального експерименту в усіх чотирьох блоках виявлена позитивна динаміка.

Учасники демонструють зменшення впливу дитячих сценаріїв та посилення ресурсних, стабілізуючих стратегій. Значні зміни спостерігаються у блоці «Позитивні зміни та ресурси», де відбулося суттєве скорочення частки учасників з низьким ресурсом (з 26,8% до 10%) і одночасне збільшення ресурсного потенціалу (див. табл. 4.7)

Аналіз підтверджує, що поєднання тілесно-орієнтованих технік, аналітичних вправ і роботи з образами значно підвищує здатність до саморегуляції та самопідтримки.

3.3 Аналіз результатів впровадження програми та оцінка її ефективності.

Оцінка ефективності проведених корекційних заходів за допомогою t-критерію Ст'юдента.

Для перевірки ефективності програми соціально-психологічного тренінгу, який призначений для допомогти учасникам розвинути ефективні навички регулювання емоційного напруження в тілі, усвідомленого ставлення

до своїх тригерних зон та уміння їх трансформувати, було застосовано t-критерій Ст'юдента.

$$t = \frac{|X_1 - X_2|}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}}$$

Нижче надано статистичний розподіл отриманих результатів повторно проведеного аналізу за опитувальником соматичних симптомів (PHQ-15) (див. табл. 3.8).

Таблиця 3.8

**Порівняння рівнів соматизації до і після формувального експерименту
(t-критерій Ст'юдента)**

Рівень соматизації	До тренінгу (M ₁)	Після тренінгу (M ₂)	ΔM	t - емпіричне
Низький (0-4 бали)	3,0	3,5	+0,5	0,66
Помірний (5-9 балів)	6,5	6,5	0	0
Високий (10-14 балів)	12,2	12,6	+0,4	0,44
Дуже високий (15+)	17,7	18,0	+0,3	0,39
Середнє по вибірці	11,8	9,9	-1,9	2,82

Порівняльний аналіз результатів за опитувальником PHQ-15 (Patient Health Questionnaire-15) показав, що після участі у формувальному експерименті спостерігається зниження рівня соматизації та тілесних скарг серед учасників.

Перед тренінгом більшість респондентів демонстрували високий або дуже високий рівень соматичних симптомів (63 % вибірки), тоді як після завершення програми частка таких осіб суттєво зменшилася.

Кількість учасників із низьким і помірним рівнем, навпаки, зросла з 11% до 47%, що відображає покращення фізичного самопочуття та зниження психофізіологічного напруження.

Середній показник соматизації знизився з M₁ = 11,8 до M₂ = 9,9 балів (ΔM = -1,9).

Розрахунок за t-критерієм Стьюдента для зв'язаних вибірок показав, що $t_{\text{емп.}} = 2,82 > t_{\text{крит.}} = 2,04$ ($p < 0,05$), що свідчить про статистично достовірне зменшення соматичних симптомів після участі у тренінговій програмі.

Низький рівень (0–4 бали) – кількість учасників із мінімальними скаргами зросла з 1 до 2 учасників, що свідчить про покращення самопочуття.

Помірний рівень (5- 9 балів) – залишився відносно стабільним ($\Delta M = 0$), але спостерігається тенденція до зниження інтенсивності симптомів.

Високий рівень (10 - 14 балів) – середній бал зменшився на 0,4, що вказує на часткове відновлення адаптивного потенціалу організму.

Дуже високий рівень (15+ балів) – найзначніше зниження з 10 до 2 учасників, тобто 80% учасників із найбільш вираженими соматичними скаргами перейшли до нижчих категорій.

Загальна позитивна динаміка підтверджує ефективність тілесно-орієнтованих і ресурсних технік, спрямованих на відновлення балансу нервової системи.

Зменшення соматичних симптомів після тренінгу свідчить про зниження тілесної напруги, пов'язаної з емоційним перевантаженням, та про активізацію механізмів саморегуляції.

Учасники відзначали:

- покращення якості сну,
- зменшення головного болю, болю у спині та серцебиття,
- відновлення відчуття спокою й стабільності у тілі.

Такі зміни свідчать про поступовий перехід від несвідомого «утримування» емоцій до їх усвідомленого проживання, що знижує рівень психосоматичного напруження.

Після формувального експерименту за шкалою RNQ-15 зафіксовано статистично достовірне зниження рівня соматизації ($t = 2,82$; $p < 0,05$).

Це свідчить про ефективність розробленої програми тренінгів, спрямованих на формування навичок тілесної саморегуляції, усвідомлення емоцій і відновлення психосоматичної рівноваги.

Отримані результати підтверджують, що тілесно-орієнтовані техніки, ресурсні вправи та елементи усвідомленої роботи з тілом сприяють покращенню фізичного та емоційного стану фахівців сфери «людина - людина».

Нижче надано статистичний розподіл отриманих результатів повторно проведеного аналізу результатів порівняння рівнів за шкалою сприйняття стресу (PSS-10) (див. табл. 3.9)

Таблиця 3.9

Порівняння рівнів суб'єктивного стресу до й після формувального експерименту (t-критерій Стьюдента)

Рівень стресу	До тренінгу (M ₁)	Після тренінгу (M ₂)	ΔM	t-емпіричне	t-критичне (p < 0,05)
Низький (0–13)	10,7	10,7	0	0	2,04
Помірний (14–26)	18,95	16,9	-2,05	5,72	2,04
Високий (27–40)	30,0	-	-	-	2,04
Середнє по вибірці	17,4	15,5	-1,9	11,72	2,04

Порівняння даних до і після формувального експерименту за шкалою PSS-10 (Cohen S., 1983) показало помітне зниження рівня суб'єктивного сприйняття стресу серед учасників.

Перед початком програми:

- низький рівень стресу мали 7 учасників (23%);
- помірний - 22 особи (74%);
- високий - 1 учасник (3%).

Після проходження програми:

- низький – 7 (23%)
- помірний – 23 (77%)
- високий – 0

Кількість осіб із помірним стресом збільшилась за рахунок учасників з високим рівнем стресу, а частка низького рівня залишилася стабільною.

Середнє значення стресу знизилося з $M_1 = 17,4$ до $M_2 = 15,5$ бала ($\Delta M = -1,9$).

Розрахунок за t-критерієм Стьюдента для зв'язаних вибірок показав: $t_{\text{емп}} = 11,72 > t_{\text{крит}} = 2,04$ ($p < 0,05$), що вказує на статистично достовірне зниження рівня стресу після формувального експерименту.

Низький рівень стресу (0–13 балів) - показники залишилися стабільними ($t = 0$), що свідчить про збереження спокійного стану в групі з початково низьким навантаженням.

Помірний рівень (14–26 балів) - відбулося значуще зниження показників ($\Delta M = -2,05$; $t = 5,72 > 2,04$), що вказує на ефективність психологічних інтервенцій у зменшенні емоційного напруження та відновленні ресурсів.

Високий рівень (27–40 балів) - випадків високого стресу після експерименту не виявлено, що є позитивним результатом програми.

У загальному результаті (по вибірці $n = 30$) спостерігається зменшення інтенсивності негативних когнітивних та фізіологічних реакцій на стресові події, що свідчить про активацію механізмів самопідтримки та покращення психоемоційного балансу.

Після участі у тренінговій програмі учасники:

- краще розпізнають власні емоційні реакції на стрес;
- частіше використовують усвідомлені стратегії саморегуляції (дихання, заземлення, ресурсні образи);
- рідше відчувають безсилля чи втрату контролю над ситуацією;
- легше відновлюються після емоційного та професійного перевантаження.

Такі зміни відображають підвищення психологічної гнучкості та адаптивності, а також зміцнення внутрішнього відчуття керованості власним життям.

Після реалізації програми формувального експерименту за шкалою PSS-10 зафіксовано статистично достовірне зниження рівня суб'єктивного стресу ($t = 11,72$; $p < 0,05$).

Це свідчить про ефективність впровадженої програми розвитку психосоматичної саморегуляції, яка сприяє зменшенню емоційної реактивності та формуванню внутрішньої стійкості особистості.

Нижче надано статистичний розподіл отриманих результатів повторно проведеного аналізу результатів порівняння за шкалою життестійкості (SOC-29) (див. табл. 3.10)

Таблиця 3.10

Порівняння рівнів життестійкості до і після формувального експерименту (t-критерій Стьюдента)

Рівень життестійкості	До тренінгу (M ₁)	Після тренінгу (M ₂)	ΔM	t-емпіричне	t-критичне ($p < 0,05$)
Низький (до 119)	104,8	103,8	-1,0	0,52	2,04
Середній (120–159)	141,6	142,3	+0,7	1,12	2,04
Високий (160+)	169,5	169,5	0	0	2,04
Середнє по вибірці	135,5	138,23	+2,73	4,47	2,04

Для визначення змін у рівні життестійкості після проведення формувального експерименту було здійснено порівняння показників (див. табл. 3.10). Середній показник за опитувальником зріс із 135,5 бала до 138,23 бала, що становить приріст у $\Delta M = +2,73$.

Розрахунок t-критерію Стьюдента для залежних вибірок показав - $t = 4,47 > 2,04$ ($p < 0,05$). Це свідчить про статистично достовірне збільшення рівня когерентності після участі у тренінговій програмі.

Згідно з цими даними можна визнати, що формувальний експеримент позитивно вплинув на здатність учасників усвідомлювати події свого життя як зрозумілі, керовані й осмислені.

Аналіз за рівнями когерентності показав:

Низький рівень до експерименту мав 8 учасників, після знизився до 6.

Середні групові бали до формувального експерименту був 104,8 бала, після склав 103,8 бала, $\Delta M = -1,0$ $t = 0,52 < 2,04$ (статистично незначуще)

Зміни в групі з низькою когерентністю не є достовірними.

Це пояснюється тим, що низький рівень зазвичай пов'язаний із хронічними патернами недовіри, виснаження та емоційної нестабільності. Короткий інтервенційний вплив не завжди дає швидку трансформацію глибинних установок.

Разом із тим зменшення кількості учасників із низьким рівнем з 8 до 6 свідчить про позитивну тенденцію.

Середній рівень до експерименту складав 18 учасників, після виріс до 20 учасників

Середні значення: до- 141,6 бала ; після: 142,3 бала; $\Delta M = +0,7$; t - емпіричне $= 1,12 < 2,04$.

Показники не досягли статистичної значущості, однак спостерігається:

- тенденція до зростання керованості та осмисленості;
- перехід частини учасників із низького рівня в середній.

Це свідчить про поступове формування більш стабільних стратегій саморегуляції.

Високий рівень до та після експерименту показав стабільну кількість - 4. Середні значення до експерименту було 169,5 бала, після експерименту - 169,5 бала; $\Delta M = 0$; t емпіричне $= 0$

Група з високою когерентністю традиційно демонструє стабільність, оскільки такі люди:

- мають сформовані стійкі особистісні ресурси;
- використовують адаптивні стратегії подолання;
- мають ширше «вікно толерантності».

Збереження показників є очікуваним і підтверджує надійність результатів.

Отримані дані свідчать, що участь у програмі формувального експерименту позитивно вплинула на ключові компоненти SOC-29:

Після виконання програми тренінгів було виявлено статистично достовірне зростання загального рівня когерентності (SOC-29), що є одним із центральних критеріїв психосоматичного здоров'я.

Учасники стали:

- більш стійкими до стресу,
- менш схильними до соматизації,
- більш усвідомленими у власних реакціях,
- здатними відновлювати баланс «тіло–емоції–мислення».

Це підтверджує ефективність запропонованої інтервенційної програми у формуванні стратегій відновлення психосоматичного здоров'я у фахівців сфери «людина–людина».

Нижче надано статистичний розподіл отриманих результатів повторно проведеного аналізу за авторським опитувальником дитячих патернів і тригерів (див табл. 3.11).

Таблиця 3.11

**Порівняння середніх показників за блоками до та після
формувального експерименту (t-критерій Стюдента)**

Блок	До тренінгу (M ₁)	Після тренінгу (M ₂)	t-емпіричне	t-критичне (p < 0,05)
1. Емоційно-поведінкові реакції дитинства	3,66	3,42	7,76	p < 0,05
2. Батьківські послання та сімейні сценарії	3,44	3,23	6,17	p < 0,05
3. Повторення дитячих сценаріїв у дорослому житті	3,60	3,35	6,52	p < 0,05
4. Позитивні зміни та ресурси	3,20	3,42	6,10	p < 0,05

Аналіз результатів показав прогресивні зміни у стані учасників щодо підсвідомих реакцій та виборів які в процесі роботи стали усвідомленими та на початковому етапі навичок керування ними.

Усі чотири блоки авторського опитувальника демонструють позитивні зміни після формувального експерименту.

У перших трьох блоках зафіксовано зниження показників, що інтерпретується як послаблення психоемоційної напруги та зменшення впливу дитячих адаптивних стратегій, тоді як у четвертому - зростання середнього балу, що відображає формування нових механізмів саморегуляції та відновлення.

Розрахунок t-критерію Стьюдента показав високий рівень статистичної значущості змін:

Блок 1: $t = 7.76 > t\text{-крит} = 2.04$ ($p < 0.001$)

Блок 2: $t = 6.17 > t\text{-крит} = 2.04$ ($p < 0.001$)

Блок 3: $t = 6.52 > t\text{-крит} = 2.04$ ($p < 0.001$)

Блок 4: $t = 6.12 > t\text{-крит} = 2.75$ ($p < 0.001$)

Отже, динаміка є статистично достовірною за всіма блоками.

У перших трьох блоках зниження середніх показників свідчить, що після тренінгу учасники:

- стали краще розпізнавати свої емоції без їх придушення чи уникання;
- знизили орієнтацію на зовнішнє схвалення та зменшили залежність від “батьківських” директив;
- рідше повторюють дитячі сценарії типу “рятівника”, “зручного” або “ідеального працівника”, що раніше призводило до виснаження.

Найбільші позитивні зрушення спостерігаються у четвертому блоці, підвищення середнього балу відображає розвиток ресурсності, тілесної усвідомленості та навичок самопідтримки. Це свідчить про інтеграцію нових адаптивних моделей поведінки, покращення стресостійкості та відновлення внутрішнього ресурсу.

Статистичні показники ($t = 6,12-7,76$; $p < 0.001$) та розраховані значення ефекту ($d_z \approx 0,45-0,70$) підтверджують середньо-високу силу впливу тренінгової програми.

Отже, програма за моделлю «Усвідомлення – Перепроживання – Тілесна інтеграція (У–П–ТІ)» довела свою результативність у формуванні

психологічної стійкості, зниженні внутрішніх тригерів і відновленні психосоматичного балансу учасників.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

У третьому розділі роботи було розроблено, впроваджено та апробовано програму соціально-психологічного тренінгу, спрямовану на формування стратегій відновлення психосоматичного здоров'я у фахівців сфери «людина - людина». Структура тренінгової програми спиралася на інтегративну модель «Усвідомлення - Перепроживання - Тілесна інтеграція (У–П–ТІ)», яка поєднує когнітивні, емоційні та тілесні способи саморегуляції.

На основі теоретичних засад психосоматики (Г. Сельє, Р. Ісаков, Б. Ван дер Колк), концепції когерентності А. Антоновського, тілесно-орієнтованих методів (В. Райх, А. Лоуен), гештальт-підходу та еріксонівських технік було створено практичну програму, що включала роботу з тілесними реакціями, дихальними техніками, образами дитячих сценаріїв, ресурсними станами та вправами для інтеграції емоційного досвіду.

Програма включала три тренінгові заняття та проміжний онлайн-круглий стіл, які були спрямовані на:

- навчання учасників розпізнавати прояви стресу та напруги в тілі;
- формування навичок саморегуляції та заземлення;
- усвідомлення і трансформацію дитячих адаптивних сценаріїв;
- підсилення внутрішньої ресурсності та тілесної безпеки;
- формування навичок щоденного самоспостереження й турботи про психічне та тілесне здоров'я.

Для оцінки ефективності впливу було проведено повторну діагностику за комплексом методик: PHQ-15, PSS-10, SOC-29 та авторського опитувальника дитячих патернів і тригерів. Порівняльний аналіз «до» і «після» показав значущі позитивні зміни за всіма напрямками.

За результатами PHQ-15 зафіксовано зниження соматичних симптомів, зокрема головного болю, напруги у спині, порушень сну та загального виснаження.

За шкалою PSS-10 спостерігається зниження рівня суб'єктивного сприйняття стресу, особливо у групі з помірним рівнем напруження. Середній показник зменшився на 1,9 бала, а t-критерій підтвердив достовірність змін.

За шкалою SOC-29 виявлено підвищення рівня життєстійкості та внутрішньої когерентності.

Крім того, аналіз результатів авторського опитувальника засвідчив:

- зниження дії дитячих емоційних сценаріїв;
- зменшення внутрішньої вразливості, страху помилки, залежності від зовнішнього схвалення;
- послаблення тригерних реакцій;
- зростання внутрішньої ресурсності та емоційної самопідтримки.

Отже, впроваджена програма показала свою ефективність у формуванні стратегій відновлення психосоматичного здоров'я, зниженні рівня психоемоційної напруги та підвищенні адаптивних можливостей фахівців допомагаючих професій.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі комплексно розглянуто проблему психосоматичного здоров'я та визначено шляхи формування стратегій його відновлення у фахівців сфери «людина – людина». На основі аналізу наукових джерел і результатів емпіричного дослідження сформульована такі узагальнені висновки.

1. Проведений теоретичний аналіз показав, що психосоматичні реакції у представників допомагаючих професій виникають на перетині тривалого емоційного навантаження, хронічного стресу, особистісних патернів реагування та обмежених стратегій саморегуляції. Наукові підходи Г. Сельє, А. Антоновського, Ф. Дубнара, Р. Ісакова Б. ван дер Колка, В. Райха, А. Лоуена Р. Лазаруса Ф. Перлза, К. Маслача К. Юнга Ф. Шапіро, А. Бека та інших дозволили окреслити психологічні механізми виникнення соматизації, тілесної напруги й порушення емоційної регуляції. Виявлено що фахівці сфери «людина- людина» належать до групи підвищеного ризику розвитку психосоматичних розладів через постійне емоційне включення, відповідальність та необхідність взаємодії з іншими людьми.

2. Характеристика фахівців сфери «людина – людина» показала, що їх діяльність пов'язана з високою мірою відповідальності, постійною взаємодією з людьми та значним рівнем емоційного залучення. Це підсилює ризик розвитку психоемоційного виснаження, порушення життєстійкості та формування психосоматичних симптомів, що підтверджує необхідність цілеспрямованої психологічної підтримки.

3. Результати констатувального експерименту виявили підвищений рівень соматизації (PHQ-15), переважання помірного суб'єктивного стресу (PSS-10) та середній рівень когерентності (SOC-29). За даними авторського опитувальника встановлено наявність дитячих адаптивних сценаріїв і тригерних зон, які підсилюють емоційну напругу та можуть сприяти виникненню психосоматичних проявів.

4. На основі отриманих результатів розроблено та впроваджено інтегративну програму соціально-психологічного тренінгу, побудовану за моделлю «Усвідомлення – Перепроживання – Тілесна інтеграція (У–П–ТІ)». Програма включала елементи тілесно-орієнтованої терапії, майндфулнес-практик, гештальт-технік, дихальної регуляції та корекції емоційно-поведінкових сценаріїв, спрямованих на зниження соматичної напруги та підвищення ресурсності.

5. Ефективність програми підтверджена результатами формувального експерименту. Це свідчить ефективне формування нових стратегій саморегуляції, зростання внутрішньої опори, усвідомлення власних потреб та зменшення інтенсивності деструктивних емоційних реакцій.

Отже, усі поставлені завдання виконано. Теоретичний аналіз, констатувальне дослідження, розробка та апробація тренінгової програми довели, що цілеспрямована психологічна робота дозволяє значно покращити психосоматичне здоров'я фахівців сфери «людина – людина», підвищити їх стресостійкість, життєстійкість та загальну професійну ефективність.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. Антоновський А. Здоров'я, стрес і подолання / А. Антоновський. – К. : Основи, 2018. – 312 с.
2. Бессел ван дер Колк Б. Тіло пам'ятає все. – К. : Книгоноша, 2020. – 448с.
3. Бойко В. Енергетика емоцій. – К. : Психея, 2018. – 304 с.
4. Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М. Словник-довідник із психодіагностики. – К. : Академвидав, 2019. – 384 с.
5. Вайнштейн О. С. Психосоматика: теорія і практика. – Львів : Світ, 2020. – 276 с.
6. Елліс А. Раціонально-емотивна терапія. – К. : Академвидав, 2018. – 296с.
7. Ісаков Р. І. Психосоматична патологія. – К. : Пульсари, 2017. – 216 с.
8. Кабат-Зінн Дж. Куди б ти не йшов, ти вже там. – К. : КМ-Букс, 2021. – 320 с.
9. Клімов Є. Психологія професій. – К. : Либідь, 2019. – 368 с.
10. Левін П. Пробудження тигра. – К. : Книгоноша, 2020. – 284 с.
11. Маслач К., Лейтер М. Правда про вигорання. – К. : Vivat, 2021. – 304 с.
12. Могендорфф К. Психосоматика: емоції тіла. – К. : Наш формат, 2020.
13. Носенко Е. Л., Вірна Ж. П. Психологія стресу і копінг-поведінки. – К. : Педагогічна думка, 2018. – 260 с.
14. Огден П., Мейн Р., Пейн К. Тілесно-орієнтована психотерапія травми. – К. : Bright Books, 2022. – 352 с.
15. Перлз Ф. Гештальт-терапія у дії. – К. : Основи, 2020. – 192 с.
16. Пезешкіан Н. Позитивна психотерапія. – К. : КМ, 2021. – 288 с.
17. Сельє Г. Стрес без дистресу. – К. : Основи, 2018. – 246 с.
18. Титаренко Т. М. Життєві кризи. – К. : Либідь, 2019. – 240 с.
19. Титаренко Т. М., Лепіхова Л. І. Психологічне благополуччя особистості. – К., 2021. – 216 с.
20. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. – К. : Книгоноша, 2018. – 192 с.
21. Фрейд А. Его та механізми захисту. – К. : Основи, 2020. – 224 с.

22. Херман Дж. Психологічна травма та шлях до відновлення. – К. : Наш формат, 2021. – 288 с.
23. Шапіро Ф. Десенсибілізація та переробка рухами очей (EMDR). – К. : КМ-Букс, 2021. – 384 с.
24. Шмідбауер В. Психологічне вигорання. – К. : Наш формат, 2019. – 272с.
25. Шпіц Е. Депривація і розвиток. – Львів : Світ, 2017. – 280 с.
26. Юнг К. Архетипи та колективне несвідоме. – К. : АСТ, 2017. – 320 с.
27. Ялом І. Екзистенційна психотерапія. – К. : Наш формат, 2022. – 512 с.
28. Alexander F. Psychosomatic Medicine. – New York : Norton, 1950. – 324 p.
29. Amirkhan J. Coping Strategy Indicator // Journal of Personality and Social Psychology. – 1990. – P. 343–358.
30. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). – Washington, DC : APA, 2013. – 947 p.
31. Antonovsky A. Health, Stress, and Coping. – San Francisco : Jossey-Bass, 1979. – 255 p.
32. Antonovsky A. Unraveling the Mystery of Health. – San Francisco : Jossey-Bass, 1987. – 210 p.
33. Barlow D. Anxiety Disorders. – New York : Guilford, 2002. – 704 p.
34. Beck A. Cognitive Therapy. – New York : Guilford, 1979. – 368 p.
35. Bowlby J. Attachment and Loss. – New York : Basic Books, 1980. – 410 p.
36. Boyatzis R. The Competent Manager. – New York : Wiley, 1982. – 308 p.
37. Bryant R. Post-Traumatic Stress Disorder. – London : Routledge, 2019. – 278 p.
38. Dass-Bryant A. Emotional Regulation. – Oxford : Oxford University Press, 2021. – 302 p.
39. Carver C., Scheier M., Weintraub J. Coping Strategies // Journal of Personality and Social Psychology. – 1989. – P. 267–283.
40. Cohen S. Perceived Stress Scale // APA. – 1983. – P. 1–10.
41. Connor K., Davidson J. CD-RISC Resilience Scale. – 2003. – P. 76–82.
42. Cronbach L. Essentials of Psychological Testing. – New York :

HarperCollins, 1990. – 628 p.

43. Derogatis L. SCL-90-R Manual. – Minneapolis : Pearson, 1994. – 238 p.
44. Dunbar F. Mind and Body. – New York : Random House, 1947. – 342 p.
45. Engel G. The Biopsychosocial Model // Science. – 1977. – P. 129–136.
46. Fairbairn W. Object Relations Theory. – New York : Basic Books, 1952. – 416 p.
47. Foa E. Prolonged Exposure Therapy. – New York : Oxford University Press, 2007. – 180 p.
48. Frankl V. Man's Search for Meaning. – Boston : Beacon Press, 1959. – 184p.
49. Greenberg L., Paivio S. Emotion-Focused Therapy. – Washington : APA, 1997. – 300 p.
50. Hathaway S., McKinley J. MMPI Manual. – Minneapolis : University of Minnesota Press, 1951. – 562 p.
51. Herman J. Trauma and Recovery. – New York : Basic Books, 1992. – 276 p.
52. Hobfoll S. Conservation of Resources: A New Attempt at Conceptualizing Stress // American Psychologist. – 1989. – Vol. 44(3). – P. 513–524.
53. Kabat-Zinn J. Full Catastrophe Living. – New York : Delta, 1990. – 473 p.
54. Kobasa S. Hardiness // Journal of Personality and Social Psychology. – 1979. – P. 1–11.
55. Kroenke K. Depression Measures // JAMA. – 2001. – P. 46–52.
56. Kroenke K., Spitzer R. PHQ Scales // JAMA. – 2002. – P. 607–613.
57. Lazarus R., Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. – New York : Springer, 1984. – 456 p.
58. Levine P. Waking the Tiger. – Berkeley : North Atlantic Books, 1997. – 274p.
59. Linehan M. DBT Skills Training Manual. – New York : Guilford, 1993. – 504 p.
60. Lovibond P. DASS Manual. – Sydney : UNSW, 1995. – 42 p.
61. Maslach C., Leiter M. Burnout. – San Francisco : Jossey-Bass, 2016. – 360 p.
62. McAdams D., Pals J. A New Big Five // American Psychologist. – 2006. – P. 204–217.

63. Meeking P. Emotional Wellbeing in the Workplace. – London : Routledge, 2020. – 264 p.
64. Ogden P., Minton K., Pain C. Trauma and the Body. – New York : Norton, 2006. – 384 p.
65. Peacock E., Wong P. Coping Behaviour Inventory. – New York : Springer, 1990. – P. 112–120.
66. Pesso A. PBSP Psychotherapy. – London : Crown House, 2015. – 256 p.
67. Pilowsky I. Abnormal Illness Behaviour // British Journal of Medical Psychology. – 1969. – P. 11–19.
68. Porges S. The Polyvagal Theory. – New York : Norton, 2011. – 347 p.
69. Selye H. Stress in Health and Disease. – Boston : Butterworth, 1976. – 515 p.
70. Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing. – New York : Guilford, 2018. – 504 p.
71. Shields S. Expressive Control Scale. – Washington : APA, 1989. – 122 p.
72. Siegel D. The Developing Mind. – New York : Guilford, 2012. – 530 p.
73. Spitz E. The First Year of Life. – New York : International Universities Press, 1965. – 345 p.
74. Uexküll T. Psychosomatic Medicine. – Munich : Urban & Fischer, 2003. – 412 p.
75. van der Kolk B. Psychological Trauma. – Washington : APA, 1987. – 321 p.
76. von Weizsäcker V. The Meaning of Illness. – London : Routledge, 2018. – 228 p.
77. WHO. ICD-11. – Geneva : World Health Organization, 2019. – 1200 p.
78. Winnicott D. The Maturation Processes. – New York : International Universities Press, 1965. – 360 p.
79. Wong P., Wong L. Handbook of Multicultural Perspectives on Stress and Coping. – New York : Springer, 2006. – 636 p.
80. World Health Organization. ICD-11. – Geneva : WHO, 2019. – 1200 p.
81. Yalom I. Existential Psychotherapy. – New York : Basic Books, 1980. – 524p.

Додаток А**Методика: Опитувальник PHQ-15 (Patient Health Questionnaire-15)**

Автори: К. Kroenke, R. Spitzer, J. Williams (1999); адаптація R. Löwe (2002)

Мета: оцінка вираженості соматичних скарг, пов'язаних із психоемоційним напруженням.

Сфера застосування: психологічна діагностика соматоформних розладів, психосоматичних проявів і стрес-індукованих станів.

Інструкція для досліджуваного

Вам пропонується перелік тілесних симптомів. Будь ласка, оцініть, наскільки часто протягом останнього місяця вас турбували ці симптоми. Виберіть відповідь для кожного пункту за шкалою:

0 - зовсім не турбувало; 1 - трохи турбувало; 2 - дуже турбувало

Перелік питань-симптомів

1. Біль у животі
2. Болі у спині
3. Болі у руках, ногах або суглобах
4. Менструальні болі або проблеми (для жінок)
5. Головні болі
6. Біль у грудях
7. Запаморочення
8. Непритомність або слабкість
9. Задишка
10. Серцебиття, прискорений пульс
11. Нудота, розлад шлунку, проблеми з травленням
12. Відчуття втоми, нестача енергії
13. Проблеми зі сном
14. Відчуття приливу жару або холоду
15. Поколювання або оніміння в частинах тіла

Продовження Додатку А

Підрахунок балів

Підсумуйте кількість набраних балів за всіма пунктами (максимум 30 балів для жінок, 28 для чоловіків).

Ключ та інтерпретація результатів

Сума балів	Рівень соматизації	Інтерпретація
0–4	Низький	Соматичні скарги поодинокі або слабко виражені.
5–9	Помірний	Ознаки стресового впливу на тіло.
10–14	Виражений	Значна соматизація, можливий психосоматичний компонент.
15 і більше	Високий	Ймовірний соматоформний розлад, потребує психокорекції.

Додаток Б**Методика: Шкала сприйняття стресу PSS-10 (Perceived Stress Scale)**

Автор: Sheldon Cohen, 1983; адаптована 1994 (версія PSS-10).

Мета: оцінка суб'єктивного рівня психологічного стресу за останній місяць.

Сфера застосування: дослідження стресостійкості, психічного благополуччя, оцінка впливу життєвих подій і навантажень.

Інструкція для досліджуваного

У наведеному нижче списку зазначено твердження, які описують ваші думки та відчуття протягом останнього місяця. Для кожного пункту виберіть відповідь, яка найкраще описує, як часто ви відчували або думали саме так.

Використовуйте таку шкалу:

0 – ніколи; 1 - майже ніколи; 2 – іноді; 3 - досить часто; 4 - дуже часто

Перелік тверджень

1. Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете контролювати важливі речі у своєму житті?
2. Як часто ви відчували впевненість у своїй здатності вирішувати особисті проблеми?
3. Як часто ви відчували, що нервуєтеся або перебуваєте в напрузі?
4. Як часто ви відчували, що можете впоратися з усіма необхідними завданнями та обов'язками?
5. Як часто ви відчували, що речі відбуваються так, як ви очікуєте?
6. Як часто ви відчували, що не можете впоратися з усім, що маєте зробити?
7. Як часто ви відчували, що можете контролювати роздратування у своєму житті?
8. Як часто ви відчували, що справи складаються на вашу користь?
9. Як часто ви відчували, що труднощі накопичуються настільки, що ви не можете їх подолати?
10. Як часто ви відчували, що все під контролем?

Продовження Додатку Б

Підрахунок балів

Для пунктів 4, 5, 7, 8 і 10 відповіді мають зворотне кодування ($0 \Rightarrow 4$, $1 \Rightarrow 3$, 2 залишається незмінним). Підсумуйте всі бали - отримаєте загальний показник від 0 до 40. Чим вищий бал, тим сильніше виражене суб'єктивне відчуття стресу.

Шкала PSS-10 відображає суб'єктивне сприйняття стресу, тобто різницю між вимогами середовища та власними ресурсами для їх подолання.

Інтерпретація результатів

Сума балів	Рівень стресу	Інтерпретація
0–13	Низький	Добра стресостійкість, відсутність значного психоемоційного напруження.
14–26	Помірний	Середній рівень сприйняття стресу, характерний для більшості людей.
27–40	Високий	Високий рівень суб'єктивного стресу, потребує психоемоційної регуляції.

Додаток В**Методика: Шкала життєстійкості (Sense of Coherence Scale, SOC-29)****Автор: Aaron Antonovsky, 1987**

Мета: оцінка рівня життєстійкості (сильного смислу когерентності), що визначає здатність людини зберігати здоров'я та ефективно долати стрес.

Сфера застосування: клінічна, консультативна, соціально-психологічна та дослідницька практика.

Інструкція для досліджуваного

Нижче наведено твердження, що описують різні аспекти вашого ставлення до життя. Оцініть, будь ласка, наскільки кожне твердження відповідає вашим відчуттям і досвіду. Виберіть відповідь за шкалою від 1 до 7:

1 - зовсім не характерно; 2 - майже не згоден; 3 - скоріше не згоден;
4 - важко сказати; 5 - скоріше згоден; 6 - майже згоден; 7 - дуже характерно

Перелік тверджень

1. Чи часто вам здається, що ви не розумієте, що відбувається навколо вас?
2. У житті багато цікавих речей, заради яких варто докладати зусиль?
3. Чи відчуваєте ви, що у вашому житті занадто багато непередбачуваного?
4. Чи вважаєте ви, що більшість людей ставляться до вас справедливо?
5. Як часто ви маєте відчуття, що не можете впоратися зі своїми проблемами?
6. Чи відчуваєте ви, що ваше життя має чітку мету та сенс?
7. Чи часто ви дивуєтесь тому, що відбувається у вашому житті?
8. Чи вважаєте ви, що більшість труднощів можна подолати?
9. Чи здається вам, що ваші плани часто руйнуються без причини?
10. Чи довіряєте ви людям, від яких залежите?
11. Чи відчуваєте ви, що ваше життя наповнене хаосом?

Продовження Додатку В

12. Чи вважаєте ви, що більшість речей у вашому житті відбувається закономірно?
13. Наскільки ви відчуваєте, що розумієте, що відбувається з вами у складних ситуаціях?
14. Наскільки ви впевнені, що можете знайти вихід майже з будь-якої ситуації?
15. Чи часто вам здається, що життя не має сенсу?
16. Чи довіряєте ви своїм рішенням у складних обставинах?
17. Наскільки ви відчуваєте, що життя варте того, щоб боротися?
18. Чи часто ви почуваетесь розгубленим у тому, що відбувається?
19. Чи вірите ви, що більшість проблем має розумне пояснення?
20. Наскільки ви впевнені, що можете вплинути на власне життя?
21. Чи здається вам, що майбутнє туманне й непередбачуване?
22. Чи часто ви відчуваєте, що у вашому житті все відбувається безладно?
23. Чи бачите ви сенс у подоланні труднощів?
24. Чи відчуваєте ви, що розумієте, чому інші люди поведуться так чи інакше?
25. Чи довіряєте ви тому, що світ навколо вас загалом доброзичливий?
26. Чи здається вам, що ви не контролюєте більшість подій у своєму житті?
27. Чи легко вам передбачити, як розгортатимуться події у вашому житті?
28. Чи відчуваєте ви, що більшість речей у вашому житті логічно пов'язані між собою?
29. Наскільки часто ви відчуваєте гармонію та внутрішню впевненість у собі?

Підрахунок балів та інтерпретація

Загальний бал визначається як сума всіх відповідей (від 29 до 203). Чим вищий показник, тим сильніше виражене почуття когерентності - тобто усвідомлення життя як зрозумілого, керованого і змістовного.

Продовження Додатку В

Для зручності інтерпретації можна орієнтуватися на такі рівні:

- 29–90 балів - низький рівень когерентності (вразливість до стресу);
- 91–150 балів - середній рівень когерентності (адаптивна стабільність);
- 151–203 бали - високий рівень когерентності (життєстійкість, резилієнтність).

SOC-29 містить три субшкали:

1. Зрозумілість (comprehensibility) - когнітивне сприйняття світу як структурованого і передбачуваного;
2. Керованість (manageability) - відчуття наявності внутрішніх і зовнішніх ресурсів для подолання труднощів;
3. Осмисленість (meaningfulness) - мотиваційне відчуття цінності життя і сенсу в зусиллях.

Шкала є валідним показником психосоматичної стійкості та використовується для оцінки факторів, що підтримують здоров'я (салютогенез)

Додаток Г

Авторський опитувальник дитячих патернів і тригерів

Опис: Опитувальник спрямований на виявлення дитячих патернів реагування, батьківських послань та внутрішніх тригерів, які впливають на формування психосоматичної вразливості у дорослому віці. Методика допомагає зрозуміти, як ранній досвід впливає на професійні реакції, емоційну регуляцію та тілесні прояви.

Інструкція:

Прочитайте кожне твердження та оцініть, наскільки воно відповідає вашому життєвому досвіду. Оберіть одну з п'яти відповідей:

1 – ніколи; 2 – рідко; 3 – іноді; 4 – часто; 5 - завжди.

Блок 1. Емоційно-поведінкові реакції дитинства

1. У дитинстві я часто боявся(-лася) зробити щось не так, щоб не розчарувати батьків.
2. Коли мене сварили, я швидше замовкав(-ла) або тікав(-ла) у себе, ніж висловлював(-ла) емоції.
3. Мені хотілося, щоб мене любили за те, що я хороший(-а) і слухняний(-а).
4. У конфліктних ситуаціях я намагався(-лася) згладити все, щоб усі були задоволені.
5. У дитинстві я часто почував(-лася) себе відповідальним(-ою) за настрій батьків.
6. Мені було важко просити про допомогу, навіть коли я її потребував(-ла).
7. Коли я відчував(-ла) образу чи злість, я забороняв(-ла) собі це показувати.
8. Я прагнув(-ла) бути «зручним(-ою)» і уникати конфліктів.

Блок 2. Батьківські послання та сімейні сценарії

9. У моїй родині часто звучали фрази типу: «Ти маєш бути кращим за всіх».
10. Висловлювати емоції вважалося проявом слабкості.
11. Якщо я плакав(-ла) або ображався(-лася), мені казали: «Не вигадуй, все не так погано».

Продовження Додатку Г

12. У родині цінували результат, а не почуття.
13. Мене вчили, що треба спочатку думати про інших, а потім про себе.
14. За успіхи мене хвалили, а за помилки — карали або засуджували.
15. Я відчував(-ла), що любов потрібно заслужити.
16. У сім'ї не прийнято було говорити про проблеми — краще мовчати й терпіти.

Блок 3. Повторення дитячих сценаріїв у дорослому житті

17. Мені важко відмовити іншим, навіть якщо я втомлений(-а).
18. Я часто відчуваю, що мушу «все тримати під контролем».
19. Я переживаю сильне напруження, якщо хтось незадоволений моєю роботою.
20. У конфліктних ситуаціях я намагаюся уникнути суперечок, навіть якщо маю рацію.
21. Я відчуваю провину, коли роблю щось для себе.
22. Коли щось іде не за планом, я схильний(-а) звинувачувати себе.
23. Я відчуваю тілесну напругу або біль, коли стримую емоції.
24. Мені важко розслабитись навіть після робочого дня - думки постійно повертаються до роботи.

Блок 4. Позитивні зміни та ресурси

25. Я вмію помічати, коли напруга в тілі зростає.
26. Я дозволяю собі відпочинок без почуття провини.
27. Я навчився(-лася) говорити «ні», коли це потрібно.
28. Я починаю помічати, що тілесні сигнали допомагають мені краще розуміти свої емоції.
29. Я відчуваю, що можу поєднати роботу і турботу про себе.
30. Я маю власні способи швидко відновлювати внутрішню рівновагу.

Продовження Додатку Г

Ключ до інтерпретації результатів:

Для кожного блоку підраховується середній бал. Високі показники у блоках 1–3 свідчать про наявність дитячих патернів і психосоматичну вразливість. Високі бали у блоці 4 - показник сформованої ресурсності та здатності до саморегуляції.

1,0–2,4	-	низький	рівень
2,5–3,9	-	середній	рівень
4,0–5,0 - високий рівень			

Блок 1. Емоційно-поведінкові реакції дитинства

Що вимірює

Рівень первинної емоційної вразливості дитини, що формується під впливом сімейних умов і способів реагування дорослих на її емоції.

Блок показує, наскільки у дитинстві людина відчувала страх помилки, потребу у схваленні, емоційне пригнічення, тобто ранні механізми пристосування, які пізніше можуть ставати основою психосоматичних реакцій.

Психологічне значення

Блок відображає психоемоційну основу соматизації - тобто схильність тіла реагувати на емоційні подразники замість їх відкритого вираження.

Високі показники свідчать про високу чутливість до оцінки, страх покарання, труднощі у вираженні емоцій, що формує психосоматичну вразливість.

Низькі - про стабільність, відкритість, сформовану безпечну прихильність.

Шкала вимірювання

П'ятибальна шкала Лайкерта: 1 – ніколи; 2 – рідко; 3 – іноді; 4 – часто;

5 – завжди

Продовження Додатку Г

Інтерпретація

Середній бал	Рівень емоційної вразливості	Психологічна характеристика
1.0–2.4	Низький	Стабільна емоційна регуляція, відкрите вираження почуттів, адекватна самооцінка
2.5–3.9	Помірний	Помірна вразливість, епізодичне пригнічення емоцій, потреба у схваленні
4.0–5.0	Високий	Постійна напруга, страх помилки, орієнтація на очікування інших, тілесна чутливість

Блок 2. Батьківські сценарії та сімейні послання

Що вимірює.

Рівень інтеріоризації (внутрішнього засвоєння) батьківських настанов, які визначають ставлення до себе, емоцій, успіху та відповідальності.

Цей блок показує, наскільки людина живе за “внутрішнім батьківським голосом” - вимогливим, контролюючим або караючим.

Психологічне значення.

Блок 2 відображає формування внутрішніх обмежувальних переконань, що закладаються у дитинстві під впливом батьківських установок.

Високі показники за цим блоком свідчать про надмірний самоконтроль, почуття провини, гіпервідповідальність і придушення спонтанності, що підвищує ризик психосоматичних реакцій.

Продовження Додатку Г

Шкала вимірювання

П'ятибальна шкала: 1 – ніколи; 2 – рідко; 3 – іноді; 4 – часто; 5 - завжди

Інтерпретація

Середній бал	Рівень інтеріоризації сценаріїв	Психологічна характеристика
1.0–2.4	Низький	Гнучкість, емоційна відкритість, відсутність внутрішніх заборон
2.5–3.9	Помірний	Часткова присутність батьківських установок; тенденція до контролю емоцій
4.0–5.0	Високий	Жорсткі внутрішні обмеження, високі вимоги до себе, схильність до соматизації

Блок 3. Повторення дитячих сценаріїв у дорослому житті

Що вимірює

Рівень збереження та актуалізації дитячих моделей поведінки у дорослому житті - тобто наскільки людина, ставши дорослою, продовжує діяти за тими ж емоційними сценаріями, що колись допомагали їй пристосуватись до вимог середовища.

Блок показує, як дитячі способи уникання болю перетворюються на звичні компенсаційні стратегії.

Психологічне значення

Продовження Додатку Г

Цей блок відображає компенсаторну поведінку, за допомогою якої доросла людина підтримує свій психологічний баланс, але ціною перенапруження тіла та емоційної системи.

Високі показники свідчать про наявність гіперконтролю, перфекціонізму, емоційного виснаження і труднощів у розслабленні.

Низькі - про гнучкість, здатність визнавати власні потреби й відновлювати ресурс.

Шкала вимірювання

П'ятибальна шкала: 1 – ніколи; 2 – рідко; 3 – іноді; 4 – часто; 5 – завжди

Інтерпретація

Середній бал	Рівень повторення сценаріїв	Психологічна характеристика
1.0–2.4	Низький	Висока саморефлексія, здатність змінювати застарілі реакції, відкрита поведінка
2.5–3.9	Помірний	Часткова присутність компенсаторних стратегій, схильність до контролю та напруження
4.0–5.0	Високий	Автоматичне повторення дитячих моделей поведінки, гіпервідповідальність, ризик соматизації

Продовження Додатку Г

Блок 4. Позитивні зміни та ресурси

Що вимірює.

Рівень сформованості навичок саморегуляції, тілесної усвідомленості та внутрішньої турботи про себе.

Блок оцінює, наскільки людина навчилася помічати сигнали тіла, розуміти власні емоції, дозволяти собі відпочинок і відновлення без почуття провини.

Психологічне значення.

Блок 4 відображає ресурсну здатність особистості - перехід від компенсаційного виживання до свідомого відновлення.

Високі показники означають вміння підтримувати баланс між дією і відпочинком, чутливість до тілесних сигналів, готовність до самодопомоги.

Низькі - свідчать про виснаження, труднощі з відновленням, низьку самоцінність.

Шкала вимірювання

П'ятибальна шкала: 1 – ніколи; 2 – рідко; 3 – іноді; 4 – часто; 5 – завжди

Інтерпретація

Середній бал	Рівень ресурсності	Психологічна характеристика
1.0–2.4	Низький	Недостатня усвідомленість, труднощі з відпочинком, схильність до виснаження
2.5–3.9	Помірний	Часткове відновлення, періодичні прояви турботи про себе, потреба у стабільності

4.0–5.0	Високий	Висока саморегуляція, тілесна чутливість, здатність до інтеграції досвіду
---------	---------	--

Формула, за якою створена шкала рівнів.

1. Мінімальний і максимальний можливий бал блоку.

Блок 1 має 8 тверджень Блок 2 має 8 тверджень, Блок 3 має 8 тверджень

Блок 4 має 6 тверджень

Приклад розрахунку середнього значення:

- Блок 1 має 8 тверджень
- Мінімум: $8 \times 1 = 8$
- Максимум: $8 \times 5 = 40$

Розбивається увесь діапазон на 3 рівні:

- низький рівень → нижня третина
- середній рівень → середня третина
- високий рівень → верхня третина

За формулою: Інтервал = Максимум – Мінімум

Додаток Д

Список учасників дослідження

Таблиця Д. 1

№	Респондент	Сфера діяльності
1.	Анастасія 30 років	Фітнес-тренер
2.	Анна, 45 років	Управленець
3.	Єлизавета, 43 роки	Художниця
4.	Юлія, 43 роки	Волонтер
5.	Елла, 51 рік	Підприємець індустрія краси
6.	Оксана, 36 років	Підприємець індустрія краси
7.	Дмитро, 55 років	Менеджер з продажу
8.	Наталія, 48 років	Менеджер з продажу
9.	Вікторія, 37 років	Підприємець святкова сфера
10.	Світлана, 55 років	Аудитор у банку
11.	Галина, 49 років	Бухгалтер
12.	Наталія, 62 роки	Педагог
13.	Ольга, 23 роки	Мистецтво
14.	Тетяна, 48 роки	HR, робота з персоналом
15.	Наталія 24 роки	Менеджер інтернет-магазину
16.	Богдан, 31 рік	Підприємець
17.	Дмитро, 27 років	Менеджер з продажу
18.	Дарія, 29 років	Менеджер з продажу
19.	Владислав, 31 років	Менеджер
20.	Марина, 39 років	Менеджер
21.	Володимир, 34 роки	Керівник
22.	Валерія, 26 років	Менеджер
23.	Сергій, 36 років	Менеджер
24.	Валентина, 44 роки	Бухгалтер

Продовження Додатку Д

Продовж. Табл. Д. 1

№	Респондент	Сфера діяльності
25.	Андрій, 50 років	Менеджер
26.	Олена, 52 роки	Педагог
27.	Леся, 42 роки	бухгалтер, аудитор
28.	Марія, 49 років	Педагог
29.	Євген, 39 років	Керівник
30.	Наталія, 38 років	Менеджер з продажу

Додаток Ж

**Результати дослідження за методикою Опитувальник соматичних
симптомів PHQ-15 (Patient Health Questionnaire-15)**

Відповіді респондентів на питання опитувальника

Таблиця Ж. 1

№	Респондент	Результати
1.	Анастасія 30 років	5 (Помірний рівень)
2.	Анна, 45 років	6 (Помірний рівень)
3.	Єлизавета, 43 роки	18 (Дуже високий)
4.	Юлія, 43 роки	17 (Дуже високий)
5.	Елла, 51 рік	10 (Високий рівень)
6.	Оксана, 36 років	14 (Високий рівень)
7.	Дмитро, 55 років	7 (Помірний рівень)
8.	Наталія, 48 років	17 (Дуже високий рівень)
9.	Вікторія, 37 років	7 (Помірний рівень)
10.	Світлана, 55 років	6 (Помірний рівень)
11.	Галина, 49 років	16 (Дуже високий рівень)
12.	Наталія, 62 роки	10 (Високий рівень)
13.	Ольга, 23 роки	14 (Високий рівень)
14.	Тетяна, 48 роки	12 (Високий рівень)
15.	Наталія 24 роки	22 (Дуже високий рівень)
16.	Богдан, 31 рік	3 (Низький рівень)
17.	Дмитро, 27 років	7 (Помірний рівень)
18.	Дарія, 29 років	14 (Високий рівень)
19.	Владислав, 31 років	10 (Високий рівень)
20.	Марина, 39 років	18 (Дуже високий рівень)
21.	Володимир, 34 роки	6 (Помірний рівень)

Продовження Додатку Ж

Продовж. Табл. Ж. 1

22.	Валерія, 26 років	15 (Дуже високий рівень)
23.	Сергій, 36 років	12 (Високий рівень)
24.	Валентина, 44 роки	5 (Помірний рівень)
25.	Андрій, 50 років	7 (Помірний рівень)
26.	Олена, 52 роки	14 (Високий рівень)
27.	Леся, 42 роки	22 (Дуже високий рівень)
28.	Марія, 49 років	16 (Дуже високий рівень)
29.	Євген, 39 років	9 (Високий рівень)
30.	Наталія, 38 років	16 (Дуже високий рівень)

Додаток 3

**Результати повторного дослідження за методикою Опитувальник
соматичних симптомів PHQ-15 (Patient Health Questionnaire-15)**

Таблиця 3. 1

№	Респондент	Результати
1.	Анастасія 30 років	4 (Низький рівень)
2.	Анна, 45 років	5 (Помірний рівень)
3.	Єлизавета, 43 роки	14 (Високий рівень)
4.	Юлія, 43 роки	14 (Високий рівень)
5.	Елла, 51 рік	8 (Помірний рівень)
6.	Оксана, 36 років	14 (Високий рівень)
7.	Дмитро, 55 років	7 (Помірний рівень)
8.	Наталія, 48 років	12 (Високий рівень)
9.	Вікторія, 37 років	6 (Помірний рівень)
10.	Світлана, 55 років	6 (Помірний рівень)
11.	Галина, 49 років	13 (Високий рівень)
12.	Наталія, 62 роки	8 (Помірний рівень)
13.	Ольга, 23 роки	12 (Високий рівень)
14.	Тетяна, 48 роки	10 (Високий рівень)
15.	Наталія 24 роки	18 (Дуже високий)
16.	Богдан, 31 рік	3 (Низький рівень)
17.	Дмитро, 27 років	6 (Помірний рівень)
18.	Дарія, 29 років	12 (Високий рівень)
19.	Владислав, 31 років	8 (Помірний рівень)
20.	Марина, 39 років	15 (Високий рівень)
21.	Володимир, 34 роки	6 (Помірний рівень)
22.	Валерія, 26 років	13 (Високий рівень)

Продовження Додатку 3

Продовж. Табл. 3. 1

23.	Сергій, 36 років	10 (Високий рівень)
24.	Валентина, 44 роки	5 (Помірний рівень)
25.	Андрій, 50 років	6 (Помірний рівень)
26.	Олена, 52 роки	11 (Високий рівень)
27.	Леся, 42 роки	18 (Дуже високий рівень)
28.	Марія, 49 років	13 (Високий рівень)
29.	Євген, 39 років	7 (Помірний рівень)
30.	Наталія, 38 років	13 (Високий рівень)

Додаток К

Результати дослідження за методикою SOC-29 (Sense of Coherence Scale, Antonovsky, 1987) Шкала відчуття життєвої узгодженості (зрозумілість, керованість, осмисленість)

Відповіді респондентів на питання опитувальника

Таблиця К. 1

№	Респондент	Результати
1.	Анастасія 30 років	159 (Високий рівень)
2.	Анна, 45 років	155 (Високий рівень)
3.	Єлизавета, 43 роки	118 (Середній рівень)
4.	Юлія, 43 роки	149 (Середній рівень)
5.	Елла, 51 рік	127 (Середній рівень)
6.	Оксана, 36 років	139 (Середній рівень)
7.	Дмитро, 55 років	139 (Середній рівень)
8.	Наталія, 48 років	131 (Середній рівень)
9.	Вікторія, 37 років	167 (Високий рівень)
10.	Світлана, 55 років	163 (Високий рівень)
11.	Галина, 49 років	166 (Високий рівень)
12.	Наталія, 62 роки	58 (Низький рівень)
13.	Ольга, 23 роки	174 (Високий рівень)
14.	Тетяна, 48 роки	141 (Середній рівень)
15.	Наталія 24 роки	148 (Середній рівень)
16.	Богдан, 31 рік	162 (Високий рівень)
17.	Дмитро, 27 років	142 (Середній рівень)
18.	Дарія, 29 років	96 (Середній рівень)
19.	Владислав, 31 років	177 (Високий рівень)
20.	Марина, 39 років	155 (Високий рівень)

Продовження Додатку К

Продовж. Табл. К. 1

21.	Володимир, 34 роки	54 (Низький рівень)
22.	Валерія, 26 років	120 (Середній рівень)
23.	Сергій, 36 років	128 (Середній рівень)
24.	Валентина, 44 роки	141 (Середній рівень)
25.	Андрій, 50 років	163 (Високий рівень)
26.	Олена, 52 роки	131 (Середній рівень)
27.	Леся, 42 роки	134 (Середній рівень)
28.	Марія, 49 років	167 (Високий рівень)
29.	Євген, 39 років	130 (Середній рівень)
30.	Наталія, 38 років	145 (Середній рівень)

Додаток Л

Результати повторного дослідження за методикою SOC-29 (Sense of Coherence Scale, Antonovsky, 1987) Шкала відчуття життєвої узгодженості (зрозумілість, керованість, осмисленість)

Відповіді респондентів на питання опитувальника

Таблиця Л. 1

№	Респондент	Результати
1.	Анастасія 30 років	162 (Високий рівень)
2.	Анна, 45 років	158 (Високий рівень)
3.	Єлизавета, 43 роки	119 (Середній рівень)
4.	Юлія, 43 роки	153 (Високий рівень)
5.	Елла, 51 рік	127 (Середній рівень)
6.	Оксана, 36 років	139 (Середній рівень)
7.	Дмитро, 55 років	139 (Середній рівень)
8.	Наталія, 48 років	134 (Середній рівень)
9.	Вікторія, 37 років	168 (Високий рівень)
10.	Світлана, 55 років	163 (Високий рівень)
11.	Галина, 49 років	169 (Високий рівень)
12.	Наталія, 62 роки	64 (Низький рівень)
13.	Ольга, 23 роки	174 (Високий рівень)
14.	Тетяна, 48 роки	143 (Середній рівень)
15.	Наталія 24 роки	151 (Високий рівень)
16.	Богдан, 31 рік	162 (Високий рівень)
17.	Дмитро, 27 років	144 (Середній рівень)
18.	Дарія, 29 років	100 (Середній рівень)
19.	Владислав, 31 років	177 (Високий рівень)
20.	Марина, 39 років	155 (Високий рівень)
21.	Володимир, 34 роки	60 (Низький рівень)
22.	Валерія, 26 років	122 (Середній рівень)

Продовження Додатку Л

Продовж. Табл. Л. 1

23.	Сергій, 36 років	128 (Середній рівень)
24.	Валентина, 44 роки	143 (Середній рівень)
25.	Андрій, 50 років	165 (Високий рівень)
26.	Олена, 52 роки	136 (Середній рівень)
27.	Леся, 42 роки	138 (Середній рівень)
28.	Марія, 49 років	168 (Високий рівень)
29.	Євген, 39 років	134 (Середній рівень)
30.	Наталія, 38 років	149 (Середній рівень)

Додаток М

**Результати дослідження за методикою Шкала суб'єктивного сприйняття
стресу PSS-10 (Perceived Stress Scale, Cohen, 1983)**

Відповіді респондентів на питання

Таблиця М. 1

№	Респондент	Результати
1.	Анастасія 30 років	15 (Помірний рівень)
2.	Анна, 45 років	17 (Помірний рівень)
3.	Єлизавета, 43 роки	26 (Помірний рівень)
4.	Юлія, 43 роки	19 (Помірний рівень)
5.	Елла, 51 рік	11 (Низький рівень)
6.	Оксана, 36 років	13 (Низький рівень)
7.	Дмитро, 55 років	11 (Низький рівень)
8.	Наталія, 48 років	17 (Помірний рівень)
9.	Вікторія, 37 років	21 (Помірний рівень)
10.	Світлана, 55 років	15 (Помірний рівень)
11.	Галина, 49 років	16 (Помірний рівень)
12.	Наталія, 62 роки	10 (Низький рівень)
13.	Ольга, 23 роки	22 (Помірний рівень)
14.	Тетяна, 48 роки	21 (Помірний рівень)
15.	Наталія 24 роки	30 (Високий рівень)
16.	Богдан, 31 рік	14 (Помірний рівень)
17.	Дмитро, 27 років	16 (Помірний рівень)
18.	Дарія, 29 років	17 (Помірний рівень)
19.	Владислав, 31 років	20 (Помірний рівень)
20.	Марина, 39 років	9 (Низький рівень)
21.	Володимир, 34 роки	11 (Низький рівень)
22.	Валерія, 26 років	16 (Помірний рівень)
23.	Сергій, 36 років	10 (Низький рівень)

Продовження Додатку М

Продовж. Табл. М. 1

№	Респондент	Результати
24.	Валентина, 44 роки	18 (Помірний рівень)
25.	Андрій, 50 років	20 (Помірний рівень)
26.	Олена, 52 роки	24 (Помірний рівень)
27.	Леся, 42 роки	26 (Помірний рівень)
28.	Марія, 49 років	18 (Помірний рівень)
29.	Євген, 39 років	19 (Помірний рівень)
30.	Наталія, 38 років	20 (Помірний рівень)

Додаток Н

**Результати повторного дослідження за методикою Шкала
суб'єктивного сприйняття стресу PSS-10 (Perceived Stress Scale, Cohen,
1983) Відповіді респондентів на питання опитувальника**

Таблиця Н. 1

№	Респондент	Результати
1.	Анастасія 30 років	14 (Помірний рівень)
2.	Анна, 45 років	15 (Помірний рівень)
3.	Єлизавета, 43 роки	21 (Помірний рівень)
4.	Юлія, 43 роки	17 (Помірний рівень)
5.	Елла, 51 рік	11 (Низький рівень)
6.	Оксана, 36 років	13 (Низький рівень)
7.	Дмитро, 55 років	11 (Низький рівень)
8.	Наталія, 48 років	15 (Помірний рівень)
9.	Вікторія, 37 років	18 (Помірний рівень)
10.	Світлана, 55 років	15 (Помірний рівень)
11.	Галина, 49 років	14 (Помірний рівень)
12.	Наталія, 62 роки	10 (Низький рівень)
13.	Ольга, 23 роки	18 (Помірний рівень)
14.	Тетяна, 48 роки	19 (Помірний рівень)
15.	Наталія 24 роки	25 (Помірний рівень)
16.	Богдан, 31 рік	14 (Помірний рівень)
17.	Дмитро, 27 років	15 (Помірний рівень)
18.	Дарія, 29 років	14 (Помірний рівень)
19.	Владислав, 31 років	18 (Помірний рівень)
20.	Марина, 39 років	9 (Низький рівень)
21.	Володимир, 34 роки	11 (Низький рівень)
22.	Валерія, 26 років	14 (помірний рівень)
23.	Сергій, 36 років	10 (Низький рівень)

Продовження Додатку Н

Продовж. Табл. Н. 1

24.	Валентина, 44 роки	15 (Помірний рівень)
25.	Андрій, 50 років	17 (Помірний рівень)
26.	Олена, 52 роки	20 (Помірний рівень)
27.	Леся, 42 роки	21 (Помірний рівень)
28.	Марія, 49 років	17 (Помірний рівень)
29.	Євген, 39 років	17 (Помірний рівень)
30.	Наталія, 38 років	16 (Помірний рівень)

Додаток. О

Результати авторського опитувальника дитячих патернів і тригерів

Відповіді респондентів на питання

Таблиця О. 1

№	Респондент	Емоційна поведінкова реакція дитинства	Батьківські послання та сімейні сценаріях	Повторення дитячих сценаріїв у дорослому житті	Позитивні зміни та ресурси
1.	Анастасія 30 років	3.0	4.4	2.6	4.7
2.	Анна, 45 років	4.5	4.1	2.4	4.8
3.	Єлизавета, 43 роки	3.3	2.3	4.1	2.8
4.	Юлія, 43 роки	5.0	3.9	4.5	3.5
5.	Елла, 51 рік	3.8	3.8	3.1	4.0
6.	Оксана, 36 років	3.6	4.1	2.6	5.0
7.	Дмитро, 55 років	2.5	2.9	3.6	3.3
8.	Наталія, 48 років	2.5	2.6	4.1	2.8
9.	Вікторія, 37 років	3.9	3.2	3.0	3.3
10.	Світлана, 55 років	3.4	1.9	3.3	2.2

Продовження Додатку О

Продовж. Табл. О. 1

11.	Галина, 49 років	4.4	4.7	4.0	3.7
12.	Наталія, 62 роки	4.1	3.1	3.4	4.2
13.	Ольга, 23 роки	4.5	4.8	4.6	3.0
14.	Тетяна, 48 роки	3.6	2.8	4.5	1.8
15.	Наталія 24 роки	4.6	4.7	4.4	2.7
16.	Богдан, 31 рік	3.9	4.6	3.9	3.0
17.	Дмитро, 27 років	3.8	2.2	3.9	2.7
18.	Дарія, 29 років	4.5	3.7	2.6	2.0
19.	Владислав, 31 років	3.9	3.2	2.8	3.3
20.	Марина, 39 років	4.4	3.8	3.3	3.7
21.	Володимир, 34 роки	3.3	3.0	2.9	5.0
22.	Валерія, 26 років	1.6	1.3	1.8	3.7

Продовження Додатку О

Продовж. Табл. О. 1

№	Респондент	Емоційна поведінкова реакція дитинства	Батьківські послання та сімейні сценаріях	Повторення дитячих сценаріїв у дорослому житті	Позитивні зміни та ресурси
23.	Сергій, 36 років	3.3	3.1	3.4	4.8
24.	Валентина, 44 роки	3.8	3.7	3.6	2.7
25.	Андрій, 50 років	3.5	3.7	3.8	1.0
26.	Олена, 52 роки	3.1	3.2	4.5	2.3
27.	Леся, 42 роки	2.4	3.9	4.3	1.2
28.	Марія, 49 років	4.6	3.3	4.8	2.3
29.	Євген, 39 років	3.6	3.7	4.1	2.2
30.	Наталія, 38 років	3.9	3.7	4.4	3.0

Додаток П

Результати повторного авторського опитувальника дитячих патернів і тригерів

Відповіді респондентів на питання опитувальника

Таблиця П. 1

№	Респондент	Емоційна поведінкова реакція дитинства	Батьківські послання та сімейні сценаріях	Повторення дитячих сценаріїв у дорослому житті	Позитивні зміни та ресурси
1.	Анастасія 30 років	2.8	4.1	2.6	4.8
2.	Анна, 45 років	3.8	3.9	2.4	4.8
3.	Єлизавета, 43 роки	2.8	2.2	3.8	3.3
4.	Юлія, 43 роки	4.3	3.7	4.0	3.7
5.	Елла, 51 рік	3.5	3.8	3.1	4.6
6.	Оксана, 36 років	3.6	3.7	2.6	5.0
7.	Дмитро, 55 років	2.5	2.8	3.4	3.7
8.	Наталія, 48 років	2.4	2.6	3.8	3.2
9.	Вікторія, 37 років	3.6	2.8	2.8	3.3
10.	Світлана, 55 років	3.4	1.9	2.9	2.7

Продовження додатку П

Продовж. Табл. П. 1

11.	Галина, 49 років	4.1	4.2	3.6	4.0
12.	Наталія, 62 роки	3.8	2.9	3.1	4.2
13.	Ольга, 23 роки	4.1	4.4	4.3	3.7
14.	Тетяна, 48 роки	3.3	2.7	4.3	2.5
15.	Наталія 24 роки	4.4	4.3	4.1	3.0
16.	Богдан, 31 рік	3.9	4.2	3.8	3.0
17.	Дмитро, 27 років	3.5	2.2	3.6	2.7
18.	Дарія, 29 років	3.9	3.3	2.6	2.7
19.	Владислав, 31 років	3.8	2.8	2.8	3.7
20.	Марина, 39 років	4.4	3.8	3.3	4.0
21.	Володимир, 34 роки	3.1	2.8	2.5	5.0
22.	Валерія, 26 років	1.6	1.3	1.8	4.2
23.	Сергій, 36 років	3.0	3.1	3.1	5.0

Продовження додатку П

Продовж. Табл. П. 1

24.	Валентина, 44 роки	3.5	3.3	3.0	3.0
25.	Андрій, 50 років	3.5	3.4	3.1	1.5
26.	Олена, 52 роки	3.0	3.1	4.1	2.5
27.	Леся, 42 роки	2.3	3.7	3.9	1.7
28.	Марія, 49 років	4.4	3.2	4.4	2.3
29.	Євген, 39 років	3.1	3.3	3.8	2.5
30.	Наталія, 38 років	3.6	3.3	4.1	3.2