

ПСИХОСОМАТИКА:

практичний гайд для роботи в умовах стресу та кризи

інструмент для психологів, які працюють
з клієнтами з психосоматичними симптомами,
зокрема в умовах воєнного стресу та криз

Матеріал підготовлено:

Глазкова Анастасія – психологиня, фахівчиня ГО «Ла Страда-Україна»

Чернець Катерина – психологиня, залучена експертка ГО «Ла Страда Україна»

Психосоматика: практичний гайд для роботи в умовах стресу та кризи

інструмент для психологів, які працюють з клієнтами
з психосоматичними симптомами,
зокрема в умовах воєнного стресу та криз

Київ 2026

Психосоматика: практичний гайд для роботи в умовах стресу та кризи [Електронний ресурс] : інструмент для психологів, які працюють з клієнтами з психосоматичними симптомами, зокрема в умовах воєнного стресу та кризи / Глазкова А., Чернець К. — Електрон. текст. дані. — Київ : ГО «Ла Страда-Україна», 2026. 23 с. — Режим доступу: [<https://la-strada.org.ua/download/psyhosomatyka-praktychnyj-gajd-dlya-roboty-v-umovah-stresu-ta-kryzy>]. — Назва з титул. екрана.

ISBN 978-966-137-216-9

Практичний гайд для психологів, які працюють з клієнтами з психосоматичними симптомами, зокрема в умовах хронічного стресу, невизначеності та воєнної кризи. Видання поєднує доказові підходи (CBT, trauma-informed підхід, MHPSS) із практичними алгоритмами роботи на сесії: від встановлення контакту та медичного скринінгу до інтервенцій з мисленням, тілом і поведінкою клієнта.

Розраховане на практикуючих психологів, які працюють у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (MHPSS).

Матеріал підготовлено:

Глазкова Анастасія — психологиня, фахівчиня ГО «Ла Страда-Україна»

Чернець Катерина — психологиня, залучена експертка ГО «Ла Страда-Україна»

Рецензентка:

Голотенко Анастасія — докторка філософії в галузі соціальної роботи, магістриня психології, клінічна психологиня, експертка з психічного здоров'я Координаційного центру з психічного здоров'я Кабінету Міністрів України

ISBN 978-966-137-216-9

© Глазкова А., Чернець К., текст, 2026

© ГО «Ла Страда-Україна», 2026

Видання підготовлене в рамках проєкту «Попередження гендерно зумовленого насильства, торгівлі людьми та порушення прав дитини» за підтримки донорської організації «Хліб для світу». Зміст публікації є виключно відповідальністю ГО «Ла Страда-Україна» і не обов'язково відображає погляди організації «Хліб для світу».

Електронне видання.

Системні вимоги: Adobe Acrobat Reader або інша програма для перегляду PDF-файлів.

ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «ЛА СТРАДА-УРАЇНА»



Київ, 03113, а/с 26



info@la-strada.org.ua



+38 (044) 205 36 95



www.la-strada.org.ua



lastradaukraine

НАЦІОНАЛЬНА ГАРЯЧА ЛІНІЯ З ПОПЕРЕДЖЕННЯ ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА, ТОРГІВЛІ ЛЮДЬМИ ТА ГЕНДЕРНОЇ ДИСКРИМІНАЦІЇ:

0 800 500 335 (зі стаціонарних)
або 116 123 (з мобільних)

НАЦІОНАЛЬНА ГАРЯЧА ЛІНІЯ ДЛЯ ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ:

0 800 500 225 (зі стаціонарних)
або 116 111 (з мобільних)



@childhotline_ua



@childhotline.ukraine



@CHL116111



Видання підготовлене в рамках проєкту «Попередження гендерно зумовленого насильства, торгівлі людьми та порушення прав дитини» за підтримки донорської організації «Хліб для світу». Зміст публікації є виключно відповідальністю ГО «Ла Страда-Україна» і не обов'язково відображає погляди організації «Хліб для світу».

Вступ

Основні терміни та поняття.....	6
1. Сучасне розуміння психосоматики.....	8
2. Біопсихосоціальна модель психосоматичних симптомів.....	8
3. Функціональна модель психосоматичного симптому	
3.1. Модель формування симптому.....	9
3.2. Опис механізму.....	9
3.3. Як працює механізм на практиці.....	10
3.4. Орієнтири для роботи на сесії.....	10
3.5. Робота з вторинною вигодою.....	11
4. Диференціальна діагностика та межі компетенції	
4.1. Основні категорії станів.....	12
4.2. Критерії направлення до лікаря/ки або психіатра/ині.....	12
5. Алгоритм ведення клієнта/ки	
5.1. Встановлення контакту і створення відчуття безпеки.....	13
5.2. Уточнення симптому.....	13
5.3. Медичний скринінг і «червоні прапорці».....	14
5.4. Виявлення психологічних механізмів.....	14
5.5. Психосвіта.....	15
5.6. Інтервенції (мислення, тіло, поведінка).....	15
5.7. Відстеження змін і закріплення результату.....	16
6. Робота в сесії при психосоматичних проявах	
6.1. Фокус на актуальному досвіді.....	16
6.2. Виявлення зв'язків (думки – емоції – тіло – поведінка).....	17
6.3. Робота з інтерпретаціями.....	17
6.4. Робота з тілом (тілесна регуляція).....	17
6.5. Домашні завдання для клієнта/ки (перенесення навичок у повсякденне життя).....	18
7. Робота в складних випадках.....	19
8. Типові помилки психолога/ині в роботі з психосоматичними проявами.....	20
9. Висновки та ключові принципи роботи.....	21
Список використаних джерел.....	22

ВСТУП

Психосоматичні симптоми є однією з найчастіших причин звернення клієнтів/ок до психолога/ині, особливо в умовах хронічного стресу, невизначеності та травматичних подій. У практиці психолога/ині важливо не лише розуміти природу цих симптомів, а й мати чітку логіку роботи з ними, яка дозволяє допомогти клієнту/ці зменшити страждання та повернути контроль над власним станом.

Ці методичні рекомендації створені як практичний інструмент, що поєднує доказові підходи (СВТ, trauma-informed підхід) з реальними клінічними спостереженнями. Їхня мета – допомогти психологу/ині не лише розуміти, як працювати з психосоматичними проявами, а й усвідомлювати, чому саме ці підходи є ефективними.

Основні терміни та поняття:

Термін	Визначення
Психосоматичні симптоми	це тілесні симптоми, на виникнення, інтенсивність або перебіг яких суттєво впливають психологічні фактори, зокрема стрес, тривога, емоційне напруження та поведінкові реакції.
Біопсихосоціальна модель	це підхід, який розглядає здоров'я та хворобу як результат взаємодії біологічних, психологічних і соціальних факторів (Engel, 1977).
Функціональний аналіз симптому	це метод, який використовується в психології та психотерапії (зокрема в когнітивно-поведінковому підході та АВА-терапії) і спрямований на розуміння того, яку роль або функцію відіграє симптом у житті людини.
Тригер	зовнішній або внутрішній стимул, який запускає симптом або емоційну реакцію. Тригером може бути ситуація, думка, спогад або тілесне відчуття.
Інтерпретація симптому	пояснення або значення, яке людина надає тілесному відчуттю чи симптому.
Гіперфокус на тілі	це стан інтенсивної, майже повної концентрації на власних фізичних відчуттях, зовнішності або певних ділянках тіла.

Термін	Визначення
Trauma-informed підхід	підхід, який враховує поширеність і вплив травматичного досвіду на людину та базується на принципах безпеки, довіри, вибору, співпраці й недопущення повторної травматизації.
Катастрофізація	це когнітивне спотворення, що характеризується схильністю людини сприймати нейтральні або незначні ситуації як такі, що можуть призвести до найгірших можливих наслідків.
Поведінка уникнення	це психологічний механізм захисту, за якого людина свідомо чи несвідомо уникає думок, почуттів, людей або ситуацій, що викликають стрес, тривогу чи дискомфорт.
Психоосвіта (психоедукація)	це проведення інформаційно-просвітницької роботи з питань психічного здоров'я з метою профілактики та запобігання розвитку психічних розладів, інших проблем, що стосуються психічного здоров'я, формування загального уявлення про психічне здоров'я та навичок турботи про нього.
Саморегуляція	це здатність людини керувати власним психоемоційним станом, думками, поведінкою та фізіологічними процесами, впливаючи на себе через слова, уявні образи, дихання та м'язовий тонус.
Тілесна регуляція	практики, спрямовані на стабілізацію фізіологічного стану через роботу з тілом, диханням і увагою.
Замкнене коло симптому	це механізм, за якого фізичний або психологічний симптом викликає реакцію (страх, стрес, уникання), що своєю чергою посилює цей самий симптом, створюючи циклічний процес, який важко зупинити самотійно.
Валідація	це процес визнання, прийняття та підтвердження справжності почуттів, думок, емоцій або дій іншої людини (або себе), без їхнього оцінювання чи засудження.
Вторинна вигода	несвідомі психологічні або соціальні переваги, які людина може отримувати через симптом (наприклад, уникнення перевантаження, отримання підтримки або зниження вимог до себе).
Когнітивно-поведінкова терапія (CBT)	психотерапевтичний підхід, який досліджує взаємозв'язок між думками, емоціями, тілесними реакціями та поведінкою.

1. Сучасне розуміння психосоматики

У сучасній практиці психосоматичні симптоми розглядаються як тілесні прояви, на які суттєво впливають психологічні фактори. Це означає, що симптом є реальним фізичним досвідом клієнта/ки, однак його інтенсивність, частота та тривалість можуть підтримуватися через взаємодію когнітивних, емоційних і поведінкових процесів.

Важливою зміною сучасного підходу є відмова від поділу на «психічне» та «фізичне».

Натомість використовується інтегративна модель, де тіло й психіка розглядаються як єдина система. Для психолога/ині це означає зміну фокусу, тобто робота спрямована не на «усунення симптому», а на розуміння механізмів, які його підтримують.

2. Біопсихосоціальна модель психосоматичних симптомів

Автором біопсихосоціальної моделі є американський психіатр/ині та інтерніст Джордж Енгель (George Engel), який запропонував її у 1977 році¹.

Біопсихосоціальна модель – це підхід, у межах якого стан здоров'я та хвороба розглядаються не лише через біологічні процеси, а й через взаємодію трьох груп факторів.

БІОЛОГІЧНІ

- генетична схильність
- особливості нервової системи
- хронічні захворювання
- порушення регуляції ВНС

ПСИХОЛОГІЧНІ

- хронічний стрес
- тривога та депресивні стани
- труднощі емоційної регуляції
- катастрофізація симптомів
- травматичний досвід

СОЦІАЛЬНІ

- складні життєві обставини
- травматичні події, втрати
- соціальна ізоляція (ВПО)
- сімейні конфлікти
- економічна нестабільність

У практичній роботі ця модель дозволяє уникнути спрощеного пояснення симптомів і бачити їх як результат взаємодії систем. В умовах МНПСС-контексту соціальна складова часто є домінуючою і не може бути «відпрацьована» в кабінеті, але її визнання та врахування важливе для терапевтичного альянсу.

3. Функціональна модель психосоматичного симптому

Ефективна робота з психосоматичними симптомами вимагає від психолога/ині не лише опису симптому, а й розуміння механізму його формування та підтримки. У сучасних підходах (зокрема American Psychological Association, National Institute for Health and Care Excellence) для цього використовується функціональний аналіз симптому², який дозволяє побачити взаємозв'язок між когнітивними, емоційними, фізіологічними та поведінковими компонентами.

Психосоматичний симптом не є ізольованим явищем. Він формується як частина динамічного процесу, який підтримується через повторюваний цикл реакцій.

3.1. Модель формування симптому



Ця модель відповідає базовій логіці когнітивно-поведінкової терапії та є основою для планування інтервенцій.

3.2. Опис механізму

Першим елементом виступає **тригер**: це може бути як зовнішня подія (стресова ситуація, конфлікт), так і внутрішній стимул (тілесне відчуття, думка, спогад).

У психосоматиці тригером часто є саме тілесний сигнал, який сам по собі є нейтральним.

Ключову роль відіграє саме **інтерпретація**. Людина надає значення тілесному відчуттю, і тому це значення визначає подальшу реакцію. Якщо симптом інтерпретується як небезпечний («зі мною щось не так», «це може бути серйозна хвороба»), активується тривожна відповідь. У міжнародних клінічних підходах і когнітивно-поведінковій моделі психосоматичних і соматичних симптомів цей процес описується як катастрофізація тілесних відчуттів (symptom catastrophizing), коли нейтральні або незначні симптоми інтерпретуються як ознака серйозної небезпеки чи хвороби.

На основі інтерпретації виникає **емоційна реакція**, найчастіше це тривога або страх. Емоція запускає фізіологічні механізми активації, зокрема через автономну нервову систему.

Далі виникає **фізіологічна реакція**, зокрема це може бути посилення серцебиття, напруга м'язів, зміни дихання, порушення роботи шлунково-кишкового тракту. Важливо підкреслити, що ці реакції є об'єктивними та відповідають нормальним механізмам стресової реакції організму.

Наступним етапом є **поведінка**. Людина намагається впоратися з симптомом, і найчастіше це відбувається через уникнення, надмірний контроль або пошук підтвердження небезпеки (наприклад, часті перевірки стану здоров'я).

Завершує цикл **підкріплення**. Поведінка (наприклад, уникнення) тимчасово знижує тривогу, що також створює відчуття полегшення. Це закріплює обрану стратегію і підсилює ймовірність її повторення в майбутньому. В результаті формується замкнене коло, яке підтримує симптом навіть за відсутності реальної загрози.

¹ Engel G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. Science, 196 (4286), 129-136.

² <https://www.cambridge.org/core/journals/advances-in-psychiatric-treatment/article/cbtbased-approach-to-medically-unexplained-symptoms/777C8010E81C264FD017CDA09BDAADD5?>

3.3. Як працює механізм на практиці

Тілесний сигнал у вигляді посиленого серцебиття сприймається як ознака небезпеки. Людина інтерпретує це як можливу проблему із серцем, що викликає страх. Страх активує фізіологічну реакцію, внаслідок чого серцебиття посилюється. У відповідь людина уникає фізичної активності або починає постійно контролювати стан. Це знижує тривогу в короткостроковій перспективі, але закріплює сам механізм симптому.

Функціональна модель дозволяє змінити фокус роботи: замість прямої боротьби із симптомом психолог/иня працює з процесами, які його підтримують.

Це відповідає сучасним доказовим підходам, де ключовими цілями є:

- зниження катастрофічних інтерпретацій;
- нормалізація емоційної реакції;
- регуляція фізіологічного стану;
- зміна дезадаптивної поведінки.

Особливу увагу слід приділяти інтерпретації та поведінці, оскільки саме ці компоненти є найбільш доступними для терапевтичного впливу.

3.4. Орієнтири для роботи на сесії

Для відновлення повного циклу симптому доцільно використовувати послідовне дослідження:

- що стало тригером;
- як клієнт/ка пояснив симптом;
- яку емоцію він відчув;
- які тілесні зміни виникли;
- як він відреагував поведінково?

Такий аналіз дозволяє не лише зрозуміти симптом, але й визначити конкретні точки втручання.

Кейс: Наталія, 38 років, ВПО.

Ситуація: після переїзду, спровокованого війною, Наталія помітила часте серцебиття. Пройшла кардіологічне обстеження – патологій не виявлено.

Як працює цикл?

Тригер: черга в соцслужбі, очікування невизначеності.

Інтерпретація: «серце б'ється – щось не так, може, хвороба через стрес?»

Емоція: страх, тривога.

Фізіологія: серцебиття посилюється (тривога → адреналін → тахікардія).

Поведінка: уникає фізичних навантажень, постійно перевіряє пульс.

Підкріплення: після перевірки тимчасово спокійніше → звичка перевіряти закріплюється.

Фокус роботи: не «зупинити посилене серцебиття», а змінити інтерпретацію + зменшити перевірочну поведінку + дати навичку дихальної регуляції.

3.5. Робота із вторинною вигодою

Вторинна вигода – це несвідомі психологічні або соціальні переваги, які людина отримує через симптом. Вона не означає «симуляцію» – клієнт/ка не усвідомлює цього зв'язку. Ігнорування вторинної вигоди є однією з причин, чому симптом не зменшується навіть за правильної роботи.

Запитання для дослідження на сесії:

«Що змінилося б у вашому житті, якби симптом зник?»

«Чи є щось, від чого симптом вас «захищає»?»

«Що ускладнилося б без цього симптому?»

Типові вигоди в МНПСС-контексті:

- легітимізація відпочинку без почуття провини («я хворий/а – маю право не робити»);
- отримання підтримки та уваги від близьких;
- уникнення повернення до роботи або активності, що асоціюється з небезпекою;
- збереження статусу «жертви обставин» як психологічного захисту.

Важливо: не «викривати» вигоду, а разом досліджувати, які потреби стоять за нею, і знаходити альтернативні способи їх задовольнити.

4. Диференціальна діагностика та межі компетенції

Перед початком психологічної роботи з психосоматичними симптомами важливо розуміти, з яким саме станом ви маєте справу. Психолог/иня не ставить медичних діагнозів, але має орієнтуватися в диференціальних ознаках для правильного направлення.

4.1. Основні категорії станів

Категорія	Ключові ознаки	Дія психолога/ині
Психосоматичні симптоми	Медичне обстеження не виявило органічної причини. Симптоми, пов'язані зі стресом/ тривогою, змінюються залежно від ситуації.	Психологічна робота за описаним алгоритмом.
Тривожний розлад із тілесними проявами	Виражена тривога, множинні фізичні симптоми, GAD-7 ≥ 10 , порушення функціонування > 2 тижнів.	Психологічна підтримка + розгляд направлення до психіатра/ині.
Розлад тілесного дистресу (6C20, МКХ-11)	Множинні тілесні симптоми, що викликають виражений дистрес, надмірна увага до симптомів та суттєве порушення повсякденного функціонування.	Направлення до клінічного психолога/ині або психіатра/ині.
ПТСР із тілесними симптомами³	Травматична подія в анамнезі, флешбеки, гіперзбудження, уникнення, симптоми > 1 місяця.	Trauma-informed підхід, при тяжкому ПТСР – направлення до спеціаліста/ки.
Захворювання з психологічним компонентом	Органічна патологія підтверджена, але стрес посилює перебіг (синдром подразненого кишківника, псоріаз, мігрень тощо).	Робота у взаємодії з лікарем/кою, надання психологічної допомоги відповідно до запиту та потреб клієнта/ки.
Медична невідкладність («червоні прапорці»)	Раптові тяжкі симптоми: біль у грудях із задишкою, неврологічні прояви, втрата свідомості.	НЕГАЙНЕ направлення до лікаря/ки / виклик швидкої.

4.2. Критерії направлення до лікаря/ки загальної практики або психіатра/ині

Слід направляти клієнта/ку до лікаря/ки, якщо:

- клієнт/ка ніколи не проходив медичне обстеження з приводу симптому;
- є будь-який з «червоних прапорців» (перелік у розділі 5.3);
- симптоми прогресують попри психологічну роботу;
- симптоми виникли після фізичної травми, інфекції або операції;
- клієнт/ка приймає медикаменти, ефекти яких можуть давати тілесні прояви.

Направляти до психіатра/ині або клінічного психолога/ині, якщо:

- GAD-7 ≥ 15 або PHQ-9 ≥ 10 (виражена тривога або депресія);
- є суїцидальні думки або самоушкодження
- підозра на ПТСР із дисоціативними симптомами або тяжким функціональним порушенням;
- виражений опір і недовіра, що блокують будь-який терапевтичний прогрес.

³ У цьому документі під ПТСР мається на увазі клінічно діагностований посттравматичний стресовий розлад. Якщо під час психологічної роботи виявляються ознаки або симптоми, що можуть свідчити про ПТСР, психолог/иня не встановлює діагноз, а рекомендує клієнту/ці звернутися до лікаря-психіатра для проведення клінічної діагностики та визначення подальшої тактики допомоги.

5. Алгоритм ведення клієнта/ки

Робота з клієнтом/кою має чітку послідовність. Кожен етап є необхідним, однак межі між ними гнучкі – в реальній сесії психолог/иня може повертатися до попередніх етапів або поєднувати кілька одночасно.

5.1. Встановлення контакту й створення відчуття безпеки

Перший етап – встановлення контакту й створення відчуття безпеки. Без цього клієнт/ка не буде готовий досліджувати свій досвід.

Перший етап є критичним. Клієнти/ки з психосоматикою часто мають страх за своє здоров'я, недовіру до інших («мене не розуміють») і досвід, коли їхні симптоми знецінювали.

Завдання психолога/ині полягає в тому, щоб **валідувати досвід клієнта/ки і знизити напругу**.

Ключові принципи цього етапу

Не заперечувати симптом і не трактувати його одразу за визначенням «це психосоматика».

Показати, що симптом має сенс у контексті досвіду клієнта/ки.

У МНПSS-контексті: визнати реальність зовнішніх обставин, не зводити все до «психологічного».

Формулювання: *«Те, що ви відчуваєте, – це реальний досвід. Давайте спробуємо разом зрозуміти, як це працює».*

Запитання: *«Що вас найбільше турбує в цьому симптомі?» «Як це впливає на ваше повсякденне життя?»*

5.2. Уточнення симптому

Другий етап – це детальне уточнення симптому. Важливо зрозуміти, коли симптом виникає, як проявляється та що його посилює або зменшує.

На цьому етапі психолог/иня переходить до структурованого збору інформації та досліджує локалізацію симптому, його характер, інтенсивність, тривалість і динаміку. Також важливо звертати увагу на можливі зв'язки між симптомом, стресом і життєвими обставинами клієнта/ки. Для додаткової оцінки вираженості соматичних симптомів доцільно використовувати короткі стандартизовані опитувальники, зокрема PHQ-15 (Patient Health Questionnaire-15), який допомагає оцінити частоту та інтенсивність тілесних скарг, а також відстежувати зміни в процесі роботи. На цьому етапі вже можна починати помічати **патерни (зв'язок зі стресом)**.

Запитання для уточнення:

«Де саме в тілі ви це відчуваєте? Як би ви описали це відчуття?»

«Коли виникає найчастіше? Чи є ситуації, коли посилюється?»

«Коли стає легше? Що ви робите в цей момент?»

«Чи пов'язуєте ви це з якимись подіями у вашому житті?»

5.3. Медичний скринінг і «червоні прапорці»

Третій етап – медичний скринінг. Психолог/иня має переконатися, що клієнт/ка звертався до лікаря/ки і серйозна патологія виключена. За наявності «червоних прапорців» обов'язковим є направлення до лікаря/ки незалежно від інших обставин.

Запитання для уточнення:

«Чи зверталися ви до лікаря/ки з цим симптомом?»

«Які обстеження проводилися?»

«Що сказали лікарі?»; «Чи приймаєте ви якісь препарати?»

Якщо є «червоні прапорці», клієнта/ку обов'язково потрібно направити до лікаря/ки.

До «червоних прапорців» можемо віднести наступні стани:

- раптовий початок сильного симптому без зрозумілої причини;
- прогресуюче погіршення стану;
- втрата свідомості або переднепритомні стани;
- біль у грудях, що супроводжується задишкою, запамороченням або віддає в руку/щелепу;
- різка втрата ваги без змін у способі життя;
- тривала підвищена температура без встановленої причини;
- порушення зору, мовлення, координації;
- сильні головні болі нового типу або «найгірший біль у житті»;
- кровотечі незрозумілого походження;
- стійкі порушення роботи шлунково-кишкового тракту (біль, блювання, діарея), які не минають;
- симптоми, що з'явилися після травми або інфекції;
- будь-які неврологічні симптоми (оніміння, слабкість у кінцівках).

5.4. Виявлення психологічних механізмів

Четвертий етап – це центральний етап роботи, на якому психолог/иня переходить від опису симптому до розуміння механізмів його формування та підтримки. На цьому етапі досліджуються тривога, катастрофічні інтерпретації симптому, поведінка уникнення, надмірний контроль стану та фокусування уваги на тілесних реакціях.

Для оцінки рівня тривоги доцільно використовувати короткі стандартизовані опитувальники, зокрема GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7), який дозволяє оцінити вираженість тривожної симптоматики та відстежувати динаміку стану клієнта/ки.

Запитання для уточнення:

«Про що ви думаєте, коли з'являється симптом? Яка перша думка?»

«Чого ви боїтесь у цей момент? Що найгірше може статися?»

«Що ви робите, коли симптом посилюється?»

«Чи є речі, яких ви почали уникати?»

«Чи відстежуєте ви постійно стан свого тіла?»

5.5. Психоосвіта

П'ятий етап – психоосвіта, яка формує розуміння симптому та знижує рівень страху. На цьому етапі психолог/иня пояснює клієнту/ці взаємозв'язок між стресом, емоційним станом і тілесними реакціями, а також особливості роботи нервової системи під час тривоги та перенапруження. Важливо допомогти клієнту/ці зрозуміти, що симптоми є реальними тілесними відчуттями, однак у багатьох випадках вони підтримуються механізмами стресової реакції, а не безпосередньою загрозою для життя чи здоров'я.

Основною метою психоосвіти є зниження страху, катастрофічних інтерпретацій симптому та формування у клієнта/ки більш зрозумілого і керованого сприйняття власного стану.

Приклад пояснень (психоосвіта)

Тема	Формулювання для клієнта/ки
Зв'язок тривоги і тіла	<i>«Коли виникає тривога, тіло реагує – посилене серцебиття, напруга. Це нормально, так організм відповідає на напруження».</i>
Безпечність симптомів	<i>«Ці відчуття можуть лякати, але самі по собі вони не є небезпечними. Це спосіб, у який тіло реагує на стрес».</i>
Замкнене коло	<i>«Відчуття → страх → посилення відчуття → більший страх. Так формується коло, яке підтримує симптом».</i>
Роль думок	<i>«Те, як ми пояснюємо симптом, дуже впливає на його інтенсивність. Спокійніше пояснення знижує реакцію тіла».</i>
Нормалізація реакцій (МНРСС)	<i>«Те, що ви відчуваєте, – нормальна реакція нервової системи на ненормальні обставини. З вами не відбувається нічого «не так»».</i>
Саморегуляція	<i>«На ці реакції можна впливати. Через дихання і увагу ми можемо допомогти організму заспокоїтись».</i>

5.6. Інтервенції (мислення, тіло, поведінка)

Шостий етап – інтервенції, які добираються залежно від механізму симптому.

Робота з мисленням Мета: зниження катастрофізації, формування альтернативних пояснень симптому. Запитання: «Чи є інші пояснення?» «Наскільки це дійсно небезпечно (від 0 до 10)?»	Робота з тілом Мета: навчити технікам стабілізації – диханню, релаксації, заземленню. Запитання: «Що відчуваєте в тілі зараз?» «Чи можете звернути увагу на дихання?»	Робота з поведінкою Мета: зменшення уникнення, поступове повернення до активності. Запитання: «Що ви перестали робити через симптом?» «З чого можна почати поступово?»
--	--	---

5.7. Відстеження змін і закріплення результату

Сьомий етап – відстеження змін і закріплення результату.

На цьому етапі важливо оцінювати динаміку, підсилювати навички та формувати автономність клієнта/ки – здатність самостійно справлятися із симптомом.

Запитання для закріплення:

«Що змінилося за цей час?»

«Що вам допомагає справлятися?»

«Що ви робитимете, якщо симптом повернеться?»

«Як ви можете застосовувати це у повсякденному житті?»

Важливий принцип ефективної роботи з психосоматикою – це не усунення симптому, а зміна механізму, який його підтримує.

6. Робота на сесії при психосоматичних проявах

Робота психолога/ині з психосоматичними симптомами на сесії будується як структурований, але гнучкий процес, спрямований на дослідження, усвідомлення та поступову зміну досвіду клієнта/ки. Ключовим є не лише обговорення симптому, а створення нового тілесно-емоційного досвіду вже під час зустрічі.

6.1. Фокус на актуальному досвіді

На початку сесії психолог/иня допомагає клієнту/ці перейти від загальних описів до конкретного переживання «тут і зараз».

Приклади запитань:

«Що зараз відбувається у тілі, коли ви про це говорите?»

«Де саме ви відчуваєте симптом?»

«Як він змінюється, якщо звернути на нього увагу?»

Це дозволяє перевести увагу з абстрактного мислення на тілесний досвід, знизити автоматизм реакцій та створити основу для подальшої роботи.

6.2. Виявлення зв'язків (думки – емоції – тіло – поведінка)

Психолог/иня допомагає клієнту/ці побачити функціональний ланцюг, який підтримує симптом.

Типова структура:

тілесний сигнал (посилене серцебиття, напруга, біль) → інтерпретація («це небезпечно», «зі мною щось не так») → емоція (тривога, страх) → фізіологічне підсилення симптому → поведінка (уникнення, контроль, перевірки).

Завдання психолога/ини – м'яко «підсвітити» ці зв'язки та допомогти клієнту/ці самому їх сформулювати, щоб уникнути нав'язування інтерпретацій.

6.3. Робота з інтерпретаціями (когнітивний компонент)

Ключовий момент – допомогти клієнту/ці помітити автоматичні думки та їхній вплив.

Приклади запитань:

«Що найгірше може означати цей симптом?»

«Наскільки це реально, якщо оцінити від 0 до 100%?»

На цьому етапі завдання – зменшити катастрофізацію та змінити значення симптому з «небезпечного» на «зрозумілий і керований».

6.4. Робота з тілом (тілесна регуляція)

Завдання – дати клієнту/ці прямий досвід впливу на симптом через тіло та сформувати навичку саморегуляції.

Техніка	Коли застосовувати	Як виконувати	Запитання після
Подовжений видих	Тривога, посилене серцебиття, відчуття «накриває».	Вдих 3-4 с, видих 5-7 с (довший). 6-10 циклів. Фокус на видиху.	«Що змінилося з тілом? Чи стало трохи легше?»
Сканування тіла (body scan)	Клієнт/ка «не відчуває тіла», дифузні симптоми, висока тривога.	Повільно пройти увагою: стопи → ноги → живіт → груди → плечі → шию → обличчя. Лише спостерігати, не змінювати.	«Що відчуваєте в різних зонах? Чи є відмінності?»
Заземлення 5-4-3-2-1	Сильна тривога, панічні стани, дисоціація.	Назвати: 5 речей, які бачиш; 4 тілесних відчуття; 3 звуки; 2 запахи; 1 смак.	«Що змінилось у стані? Чи стало легше бути «тут»?»
Якір безпеки	Перед або після важкої теми, для стабілізації.	«Коли ви почувалися спокійно?» → відтворити образ, тілесне відчуття → зафіксувати в тілі.	«Де в тілі це відчуття? Чи можете його посилити?»
Поведінковий експеримент	Страх, що «стане гірше», катастрофічні очікування.	Уточнити прогноз клієнта/ки → зробити маленьку дію (наприклад, трохи швидше подихати) → перевірити результат.	«Що очікували? Що сталося насправді?»

Тілесні інтервенції є ключовим компонентом роботи з психосоматичними проявами, оскільки саме через тіло клієнт/ка отримує перший досвід реального впливу на свій стан. На відміну від суто когнітивного розуміння ці техніки дозволяють клієнту/ці відчувати, що симптом змінюється, а отже не є неконтрольованим або небезпечним.

Важливо, що ефективність вправ залежить не лише від їхнього виконання, а й від супроводу психолога/ині: пояснення сенсу, спільного спостереження за змінами та фіксації результату. Кожна вправа має завершуватись усвідомленням клієнтом/кою свого досвіду: що саме змінилося, що допомогло і як це можна застосувати в повсякденному житті.

6.5. Домашні завдання для клієнта/ки (перенесення навичок у повсякденне життя)

Зміни в психосоматиці відбуваються не лише в кабінеті. Навички саморегуляції мають бути перенесені в реальне життя клієнта/ки. Домашні завдання є ключовим компонентом СВТ-підходу.

Приклади домашніх завдань

1. Щоденник симптомів (перші 2-3 сесії): записувати ситуацію → думку → емоцію → симптом → поведінку. Допомагає виявити патерни.
2. Дихальна практика: 5 хвилин подовженого видиху щодня (вранці або при тривозі).
Мета: зробити навичку автоматичною.
3. Поступова активація: повернутися до однієї дії, якої клієнт/ка уникав через симптом.
Починати з найменш лякаючого.
4. Картка-нагадування: записати 2-3 альтернативні пояснення симптому, перечитувати при появі симптому.
5. Спостереження без дії: помітити симптом, назвати його («я відчуваю напругу в грудях»), не перевіряти і не уникати – просто спостерігати 2-3 хвилини.

Важливо: завдання обговорюється і узгоджується з клієнтом/кою, а не призначається директивно.

7. Робота у складних випадках

У практиці психолог/иня часто стикається з ситуаціями, коли стандартні інтервенції не дають швидкого ефекту або клієнт/ка демонструє опір. У таких випадках важливо не змінювати різко підхід, а адаптувати його.

Ситуація	Рекомендована тактика
Клієнт/ка не вірить у психосоматичну природу симптомів	Не переконувати. Запропонувати «дослідження»: «Давайте перевіримо, як тіло реагує в різних умовах». М'які поведінкові експерименти.
Симптом не зменшується під час вправ	Не оцінювати як «невдачу». Перевести фокус: «Що змінилося в сприйнятті? Чи змінився рівень страху?»
Клієнт/ка уникає вправ або каже: «Це не працює»	Дослідити причину: страх, недовіра, завищені очікування. Спростити вправу – дати перший позитивний досвід.
Зациклювання на пошуку медичного підтвердження	Не заперечувати потребу в безпеці. Поступово знижувати перевірочну поведінку через усвідомлення її ролі в підтримці симптому.
Підозра на дисоціацію або тяжкий ПТСР	Не заглиблюватися в травму. Пріоритет – стабілізація та безпека. Розглянути направлення до лікаря/ки психіатра/ині.
Активна зона конфлікту / ongoing trauma	Не можна «відпрацювати» триваючу небезпеку. Фокус на стабілізації, ресурсах та адаптивних стратегіях подолання. Не форсувати опрацювання травматичного досвіду.

У складних випадках ключовим завданням є не форсування змін, а збереження безпечного терапевтичного процесу та поступове формування нового досвіду клієнта/ки.

8. Типові помилки психолога/ині під час роботи з психосоматичними проявами

У роботі з психосоматикою дуже важливими є чутливість і послідовність. Навіть поширені помилки можуть не просто знизити ефективність роботи, а й посилити симптоми та похитнути довіру клієнта/ки.

Помилка	Чому шкодить / як уникнути
Знецінення симптомів	«Це просто психосоматика» без визнання реального досвіду – руйнує альянс. Спочатку визнати, потім пояснювати.
Ігнорування медичного фактору	Пропущена органічна патологія несе ризик для здоров'я клієнта/ки. Медичний скринінг – обов'язковий етап.
Складні наукові пояснення	Клієнт/ка не розуміє – відчуває дистанцію. Пояснювати простими словами, пов'язаними з досвідом клієнта/ки.
Передчасна робота з травмою	Без базової стабілізації – може погіршити стан. Спочатку навички саморегуляції, потім травматичний матеріал.
Тільки розуміння без досвіду	Інсайт без тілесного досвіду дає обмежений ефект. Кожної сесії – практична робота з тілом або поведінковий експеримент.
Забрати активну роль клієнта/ки	Пасивний клієнт/ка не навчається саморегуляції. Залучати до формулювань, домашніх завдань, спільного аналізу.
Ігнорування поведінкового компонента	Уникнення й перевірки підтримують симптом. Без роботи з поведінкою зміни будуть нестійкими.
Перевантаження техніками	Багато поверхневих вправ менш ефективні, ніж кілька глибоко засвоєних. Краще менше, але з повним проживанням.

Ефективна робота з психосоматикою будується на балансі: між поясненням і досвідом, між стабілізацією і глибиною. І найважливіше – це допомогти клієнту/ці відчувати, що його стан можна зрозуміти і що він може на нього впливати.

9. Висновки та ключові принципи роботи

Робота з психосоматичними симптомами базується на сучасному інтегративному підході, який розглядає тіло і психіку як єдину взаємопов'язану систему. Симптом не є випадковим або «уявним», це реальний тілесний досвід, що формується та підтримується через взаємодію когнітивних, емоційних, фізіологічних і поведінкових процесів.

Ефективна допомога клієнту/ці полягає не в прямому усуненні симптому, а в зміні механізмів, які його підтримують. Центральним інструментом у цій роботі є функціональне розуміння симптому та виявлення замкненого циклу: **тригер → інтерпретація → емоція → тілесна реакція → поведінка → підкріплення**.

Ключові принципи роботи психолога/ині у роботі з психосоматичними проявами:

1. Валідація досвіду клієнта/ки – симптом завжди визнається як реальний і значущий.
2. Фокус на механізмах, а не лише на симптомі – як саме він формується та підтримується.
3. Біопсихосоціальний підхід – симптом як результат взаємодії біологічних, психологічних і соціальних факторів.
4. Пріоритет безпеки та медичного скринінгу – виключити органічні причини й «червоні прапорці».
5. Психосвіта як основа змін – зрозуміле пояснення знижує страх і формує відчуття контролю.
6. Робота через досвід, не лише пояснення – тілесні практики та поведінкові експерименти.
7. Домашні завдання – перенесення навичок у повсякденне життя.
8. Поступовість і гнучкість – інтервенції добираються індивідуально, без форсування.
9. Формування автономності клієнта/ки – кінцева мета: самостійне розуміння і вплив на свій стан.
10. Баланс між підтримкою і активізацією – безпечний простір + поступове повернення до активності.

Головний принцип

Психосоматичний симптом – це не проблема, яку потрібно «прибрати», а сигнал, який потрібно зрозуміти. Ефективна робота полягає у зміні ставлення до симптому, розвитку навичок саморегуляції та поступовому виході із замкненого кола, що його підтримує.

Список використаних джерел

Матеріал підготовлено на основі сучасних доказових підходів у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, зокрема наступних джерел:

1. World Health Organization. mhGAP Guideline for Mental, Neurological and Substance Use Disorders. 3rd ed. Geneva: WHO; 2023.
2. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management. Clinical guideline CG113. London: NICE; 2011 (reviewed 2024).
3. American Psychological Association. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults. Washington, DC: APA; 2025.
4. Inter-Agency Standing Committee (IASC). Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC; 2007.
5. Engel G. L. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-136.
6. Salkovskis P. M., Gregory J. D., Sedgwick-Taylor A., White J., Opher S., Ólafsdóttir S. Extending cognitive-behavioural theory and therapy to medically unexplained symptoms and long-term physical conditions: a hybrid transdiagnostic/problem specific approach. *Behaviour Change*. 2016;33(4):172–192. DOI: 10.1017/bec.2016.8.
7. van der Kolk B. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma. New York: Viking; 2014.
8. Kroenke K., Spitzer R. L., Williams J. B. The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*. 2002;64(2):258-266.
9. Spitzer R. L., Kroenke K., Williams J. B., Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*. 2006;166(10):1092-1097.
10. Levine P. A. Waking the Tiger: Healing Trauma. Berkeley: North Atlantic Books; 1997.

Практичний гайд

**Психосоматика: практичний гайд
для роботи в умовах
стресу та кризи**

Літературна редакція:
Олена Губіна, Сергій Губін

Макет:
Мочалова Каміла

Формат електронного видання: PDF, A4 (21 × 29,7)