

КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

**Зв'язок інтероцептивного усвідомлення з емоційною регуляцією у
дорослих: роль алекситимії, сприйнятого стресу та ПТСР-симптоматики**

Здобувача (ки) 2 курсу КП-246 групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
Клінічна психологія
Марії ДЕРЕЧІНОЇ
(прізвище та ініціали)

Керівники

Дар'я ТРОФІМОВА, к.психол.н., доц.,
Ірина ЛИСЕНКО, д.психол.н., с.н.с.
(прізвище та ініціали, вчене звання, науковий ступінь)

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

Протокол №11 від «22» червня 2026р.

Зав. кафедри клінічної психології _____
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові) д.психол.н., с.н.с., Лисенко І.П.

Зав. кафедри соціальної психології _____
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові) к.психол.н., доц., Трофімова Д.О.

Київ—2026

АНОТАЦІЯ

Робота присвячена дослідженню зв'язку між інтероцептивним усвідомленням та емоційною регуляцією у дорослих українців в умовах хронічного стресу війни. Емпіричне крос-секційне дослідження проведено за участю 97 респондентів (85% – жінки) із використанням методик MAIA-2, DERS, TAS-20, PSS-10 та PC-PTSD-5. Виявлено значущий від'ємний зв'язок інтероцептивного усвідомлення з труднощами емоційної регуляції, зумовлений переважно його регуляторними, а не рецептивними компонентами. Медіаційний аналіз показав, що цей вплив є опосередкованим: інтероцептивне усвідомлення знижує труднощі емоційної регуляції насамперед через нижчий рівень алекситимії. Установлено також модерувальну роль досвіду психотерапії, яка полягає в тому, що зв'язок інтероцептивного усвідомлення з емоційною регуляцією є значущим переважно в осіб із досвідом роботи з психологом/психотерапевтом. Наукова новизна полягає в емпіричному обґрунтуванні цих закономірностей на українській вибірці у воєнних умовах та в розробленій на їх основі програмі психологічного тренінгу «Тіло як ресурс». Отримані дані підкреслюють важливість тілесних практик для психологічного відновлення та підвищення резильєнтності українців у кризових умовах.

КЛЮЧОВІ СЛОВА

Інтероцепція, інтероцептивне усвідомлення, емоції, емоційна регуляція, алекситимія, сприйнятий стрес, ПТСР.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ І ІНТЕРОЦЕПТИВНЕ УСВІДОМЛЕННЯ ТА ЕМОЦІЙНА РЕГУЛЯЦІЯ: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ	10
1.1. Інтероцепція та інтероцептивне усвідомлення: сутність, структура та виміри.....	10
1.2. Емоції та емоційна регуляція як психологічний феномен	15
1.3. Зв'язок між інтероцептивним усвідомленням та емоційною регуляцією ...	23
1.4. Роль алекситимії, сприйнятого стресу і ПТСР-симптоматики як чинників інтероцептивного усвідомлення та емоційної регуляції.....	28
Висновки до розділу І.....	46
РОЗДІЛ ІІ МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	47
2.1. Опис методології дослідження: дизайн дослідження та методики дослідження	47
2.2. Характеристики вибірки	54
Висновки до розділу ІІ	58
РОЗДІЛ ІІІ РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ, ЇХ АНАЛІЗ ТА ОБГОВОРЕННЯ	59
3.1. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження.....	59
3.2. Програма психологічного тренінгу «Тіло як ресурс: розвиток емоційної регуляції через інтероцептивне усвідомлення»	89
Висновки до розділу ІІІ	98
ВИСНОВКИ.....	101
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	104
ДОДАТКИ.....	114
Додаток А. Результати тесту Шапіро-Вілکا за групами досвіду роботи з психологом/психотерапевтом	114
Додаток Б. Результати тесту Манна-Вітні для порівняння груп за досвідом роботи з психологом/психотерапевтом	115
Додаток В. Результати кореляційного аналізу.....	116
Додаток Г. Порівняльний кореляційний аналіз за групами досвіду психотерапії (Метод: коефіцієнт кореляції Спірмена (ρ))	118
Додаток Д. Результати тесту Фішера для порівняння кореляцій між групами досвіду психотерапії	121

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

DERS – Шкала труднощів емоційної регуляції (Difficulties in Emotion Regulation Scale), автори: Gratz, K. L., & Roemer, L., (2004) в адаптації Сак, Л. В. і Федотової З. В. (2023).

MAIA-2 – Багатовимірне Оцінювання Інтероцептивного Усвідомлення. Версія 2 (Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA) Version 2), автор W. Mehling (2018) в адаптації Ю. Волощенко (2021).

PC-PTSD-5 – шкала первинної діагностики посттравматичного стресового розладу, автори: Prins, A., Bovin, M. J., Kimerling, R., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., Pless Kaiser, A., & Schnurr, P. P. (2015), в адаптації Павленко Н.О. (2024)

PSS-10 – шкала сприйнятого стресу (Perceived Stress Scale), автор: Шелдон Коен і колеги, в адаптації Вельдбрехт О. О. та Тавровецької Н. І.(2022)

TAS-20 – Торонтська шкала алекситимії (Toronto Alexithymia Scale), автор Graeme J. Taylor, в адаптації В.В. Василця, І.І. Шаповал, Є.І. Шалковського, А.О. Клебанської, М.А. Станіславчука (2023).

кПТСР – комплексний посттравматичний стресовий розлад.

ПТСР – посттравматичний стресовий розлад.

ВСТУП

Актуальність

Війна в Україні створює безпрецедентні умови хронічного стресу для мільйонів людей, що фундаментально змінює базові механізми тілесного усвідомлення та емоційної регуляції. Хронічний стрес призводить до стійкої дисрегуляції фізіологічних осей стресу, що виводить комунікацію в системі «мозок-тіло» за межі нормального гомеостазу у стан алостазу. Це може спричиняти або десенсибілізацію (втрату зв'язку з тілом), або дезадаптивне соматичне посилення (надмірну фіксацію на тілесних симптомах), що суттєво ускладнює процеси емоційної регуляції та відновлення.

Особливої уваги заслуговує недостатня вивченість ролі таких змінних, як алекситимія, сприйнятий стрес та ПТСР-симптоматика, у контексті зв'язку інтероцептивного усвідомлення та емоційної регуляції.

Переважає більшість наявних досліджень із цієї тематики виконана на іноземних вибірках. Оскільки ряд ключових методик, використаних у цьому дослідженні, отримав україномовну адаптацію лише впродовж 2021–2024 років, це зумовлює обмеженість емпіричного матеріалу, зібраного за їх допомогою в Україні. З огляду на це, комплексне дослідження із застосуванням MAIA-2, DERS, PSS-10, TAS-20 та PC-PTSD-5 на українській вибірці є методологічно обґрунтованим і своєчасним.

Розуміння специфіки інтероцептивного усвідомлення в умовах війни є важливим, оскільки відновлення контакту з тілесними відчуттями часто є ключовим елементом подолання наслідків травми.

Дослідження цієї теми має як теоретичне значення для розуміння особливостей інтероцептивного усвідомлення та емоційної регуляції в умовах стресу війни, так і практичну цінність для створення програм психологічної допомоги з урахуванням тілесних практик.

Теоретико-методологічну основу дослідження складають праці дослідників феномену інтероцепції та інтероцептивного усвідомлення, зокрема роботи Kristen Van Bael (2024), Wolf E. Mehling (2018), Price & Hooven (2018),

Sarah N. Garfinkel (2017), B. Khoury (2017). В Україні темі інтероцепції та тілесного усвідомлення присвячені роботи Ю. Волощенко (2021; 2023), О. Скар (2020), О. Малікової (2025), К. Фадєєвої (2013).

Тему емоційної регуляції досліджували Kristen Van Bael (2024), Price & Hooven (2018), Gross, J. J. (2014), Л. В. Сак і З. В. Федотова (2023).

Феномену алекситимії присвячені роботи J. Taylor & Bagby R.M., (1991, 1994, 2003), Scarpazza, C., & Di Pellegrino, G. (2018), Murphy, J., Catmur, C., & Bird, G. (2018). В Україні феномен алекситимії досліджували Н. Завязкіна та А. Ведмеденко (2018), О. В. Завгородня та Є. В. Степура (2020).

Концепцію сприйнятого стресу досліджували S. Cohen (1988), E. G. Plaitano, (2026), О. О. Вельдбрехт та Н. І. Тавровецька (2022).

Вагомий внесок в дослідження феномену посттравматичного стресового розладу складають праці Н. Фарб (2023), Келлі Енн Ліч (2023), О.М. Кокун (2017), О. Прохорової (2025).

Об'єкт: феномен інтероцептивного усвідомлення.

Предмет: зв'язок інтероцептивного усвідомлення з емоційною регуляцією у дорослих та його опосередкування алекситимією, сприйнятим стресом і ПТСР-симптоматикою.

Мета: дослідити характер зв'язку між інтероцептивним усвідомленням і емоційною регуляцією у дорослих, а також визначити роль алекситимії, сприйнятого стресу та ПТСР-симптоматики як чинників, що можуть опосередковувати або модерувати цей зв'язок.

Завдання дослідження:

1. Вивчити теоретико-методологічні підходи щодо проблеми зв'язку інтероцептивного усвідомлення з емоційною регуляцією, а також ролі алекситимії, сприйнятого стресу та ПТСР-симптоматики у цьому зв'язку.

2. Розробити та провести емпіричне дослідження щодо наявності та особливостей зв'язку між інтероцептивним усвідомленням і емоційною регуляцією.

3. Здійснити аналіз та інтерпретацію результатів емпіричного дослідження.

4. Розробити програму психологічного тренінгу для покращення емоційної регуляції через розвиток інтероцептивного усвідомлення, зниження алекситимії та управління стресом.

У роботі використано теоретичні методи дослідження: аналіз і узагальнення теоретичних джерел, емпіричні методи дослідження, зокрема:

1) Багатовимірне Оцінювання Інтероцептивного Усвідомлення. Версія 2 (MAIA-2), автор W. Mehling (2018) в адаптації Ю. Волощенко (2021)

2) Шкала труднощів емоційної регуляції (DERS), автори: Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004), в адаптації Сак, Л. В. і Федотової, З. В. (2023)

3) Шкала сприйнятого стресу PSS (Perceived Stress Scale), автор: Шелдон Кoen і колеги, в адаптації Вельдбрехт О. О. та Тавровецької Н. І. (2022)

4) TAS-20 – Торонтська шкала алекситимії (Toronto Alexithymia Scale), автор Graeme J. Taylor, в адаптації В.В. Васильця, І.І. Шаповал, Є.І. Шалковського, А.О. Клебанської, М.А. Станіславчука (2023).

5) PC-PTSD-5 – шкала первинної діагностики посттравматичного стресового розладу, автори: Prins, A., Bovin, M. J., Kimerling, R., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., Pless Kaiser, A., & Schnurr, P. P. (2015), в адаптації Павленко Н.О. (2024)

У роботі також використано статистичні методи дослідження: дискриптивний аналіз, порівняльний аналіз, а також кореляційний і регресійний аналіз, медіаційний аналіз.

Дослідження проводилося онлайн за допомогою розповсюдження Google-форми в мережі Інтернет.

Характеристика вибірки

Вибірка дослідження складається з 97 осіб, серед яких переважну більшість становлять жінки (85%) та молоді дорослі віком від 18 до 45 років (85,6%), що свідчить про високу залученість цієї вікової групи до вирішення питань психічного здоров'я в умовах кризи. За територіальною ознакою

респонденти розподілилися на тих, хто проживає в Україні (64,2%), та тих, хто перебуває за кордоном (35,8%). Вибірка характеризується високим освітнім рівнем: більшість респондентів (70,1%) мають повну вищу освіту, а 21,6% вибірки мають декілька повних вищих освіт або науковий ступінь. Характерною рисою вибірки також є висока частка осіб, які мають досвід роботи з психологом або психотерапевтом (63,9%).

Дослідницькі питання:

- 1) Чи існує зв'язок між рівнем інтероцептивного усвідомлення та труднощами емоційної регуляції?
- 2) Які саме виміри інтероцептивного усвідомлення є найбільш значущими предикторами успішної емоційної регуляції?
- 3) Яка роль алекситимії, сприйнятого стресу та ПТСР-симптоматики як чинників, що можуть опосередковувати або модерувати зв'язок між інтероцептивним усвідомленням і емоційною регуляцією у дорослих?
- 4) Яка роль досвіду психотерапії як чинника, що може опосередковувати або модерувати зв'язок між інтероцептивним усвідомленням і емоційною регуляцією у дорослих?

Теоретична значущість роботи полягає в уточненні уявлень про структуру зв'язку між інтероцептивним усвідомленням та емоційною регуляцією. Емпірично підтверджено диференціацію «рецептивних» і «регуляторних» компонентів інтероцептивного усвідомлення (за моделлю W. Mehling) та показано, що саме активні регуляторні навички пов'язані з ефективною емоційною регуляцією. Установлено, що вплив інтероцептивного усвідомлення на емоційну регуляцію є переважно опосередкованим алекситимією, а також виявлено модеруючу роль досвіду психотерапії, що розширює концепцію «інтероцептивної грамотності» та доповнює наявні уявлення про механізми емоційної регуляції в умовах хронічного стресу.

Практична значущість роботи визначається тим, що отримані результати можуть бути використані у практиці психологів, психотерапевтів і кризових консультантів під час роботи з труднощами емоційної регуляції, алекситимією та

наслідками травматичного досвіду. На основі емпіричних даних розроблено програму психологічного тренінгу «Тіло як ресурс», спрямовану на осіб без досвіду психотерапії, яку можна застосовувати у психопрофілактичній, психокорекційній та реабілітаційній роботі, зокрема в умовах воєнного часу.

РОЗДІЛ І

ІНТЕРОЦЕПТИВНЕ УСВІДОМЛЕННЯ ТА ЕМОЦІЙНА РЕГУЛЯЦІЯ: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ

1.1. Інтероцепція та інтероцептивне усвідомлення: сутність, структура та виміри

Визначення інтероцепції еволюціонувало протягом багатьох років. Лауреат Нобелівської премії доктор Чарльз Шеррінгтон у 1906 р. увів у науковий обіг терміни «інтероцептори» та прикметник «інтероцептивний», проте сам іменник «інтероцепція» на той час ще не використовувався. Ч. Шеррінгтон запропонував вузьке, рецепторно-орієнтоване визначення, згідно з яким інтероцепція стосувалася виключно сприйняття, що виникає з рецепторів, розташованих у вісцеральних органах. Іменник «інтероцепція» з'явився в наукових публікаціях у 1940-х роках. На початковому етапі свого існування цей термін повністю успадкував вузьке, рецепторно-орієнтоване значення, запропоноване Ч. Шеррінгтоном. Під інтероцепцією розуміли виключно процес сприйняття сигналів від вісцеральних рецепторів (Ceunen та співавт., 2016).

У середині XX століття ця ідея еволюціонувала, відображаючи більш динамічне поняття гомеостазу, визначаючи інтероцепцію як процес, за допомогою якого нервова система сприймає та інтегрує інформацію про внутрішній стан організму (Chen та співавт., 2021).

Фундаментальний вплив на сучасне розуміння інтероцепції мала публікація А. Д. Крейга (2002), в якій він виступив із закликом розглядати інтероцепцію як більш загальний термін, що охоплює відчуття фізіологічного стану всіх тканин тіла, а не лише вісцеральних органів (Ceunen та співавт., 2016).

Сучасне визначення інтероцепції виходить за рамки простого сприйняття внутрішніх сигналів організму. Це комплексний, динамічний процес, що включає чотири ключові аспекти: сприйняття, інтерпретацію, інтеграцію та регуляцію сигналів, які надходять зсередини організму. Це розширене розуміння підкреслює двонаправлений характер зв'язку між мозком та тілом, залучаючи не

лише нейронні шляхи (висхідні та низхідні), але й судинні, ендокринні та імунні системи для підтримки гомеостазу (Chen та співавт., 2021).

Critchley & Garfinkel (2017) визначають інтероцепцію як складний процес, що охоплює передачу, центральну обробку та кінцеву ментальну репрезентацію сигналів, які надходять із внутрішнього середовища тіла. В основі цього визначення – модель А. Д. Крейга, яка передбачає, що центральна обробка цих сигналів має ієрархічну організацію. Інформація від різних каналів об'єднується у вищих мозкових структурах, досягаючи кульмінації в інсулярній корі (острівцевій частці), яка вважається ключовим інтероцептивним центром мозку. Ця структура відіграє вирішальну роль в інтеграції тілесних сигналів та формуванні суб'єктивних почуттів. Водночас, незважаючи на інтеграцію, дослідження показують, що в корі зберігаються специфічні репрезентації сигналів від окремих органів. Подібно до того, як кортикальні репрезентації різних смаків можуть розрізнятися та комбінуватися для ідентифікації їжі, дискретні та патерновані репрезентації тілесних реакцій, ймовірно, інформують про різні стани суб'єктивного досвіду, що формує багату палітру емоційних переживань (Critchley & Garfinkel, 2017).

Ще у 2013 році Garfinkel & Critchley запропонували теорію, згідно якої інтероцепція складається з трьох основних компонентів:

1. Інтероцептивна чутливість (sensitivity): Суб'єктивне усвідомлення та ставлення індивіда до своїх внутрішніх тілесних відчуттів, яке зазвичай вимірюється за допомогою самозвітних опитувальників.

2. Інтероцептивна сенситивність (sensitivity): Здатність об'єктивно виявляти внутрішні тілесні сигнали (вимірюється за допомогою об'єктивних тестів, наприклад, за результатами тестів на виявлення серцебиття). Для позначення цього компоненту в літературі також використовується термін інтероцептивна точність (accuracy).

3. Інтероцептивна усвідомлення (awareness): Метакогнітивне сприйняття зв'язку між інтероцептивною чутливістю та сенситивністю, що дозволяє

пов'язувати емоційний досвід із тілесними відчуттями (Garfinkel & Critchley, 2013).

У цьому дослідженні надалі ми сконцентруємося саме на такій складовій як інтероцептивне усвідомлення.

К. Leech (2024) пропонує визначати інтероцептивне усвідомлення (interoceptive awareness) як сенсорну усвідомленість, що походить від фізіологічних станів, процесів і дій організму та функціонує як інтерактивний процес, що включає в себе оцінку людиною і формується під впливом ставлень, переконань та досвіду в соціальному та культурному контексті (Leech та співавт., 2024).

В. Khoury та співавтори (2017) у своєму дослідженні використовують термін «втілена усвідомленість» (embodied mindfulness), яка є первинним механізмом змін, що лежить в основі ефективності психотерапевтичних інтервенцій на основі усвідомленості. Сила цих інтервенцій полягає не просто в тренуванні уваги, а в покращенні та гармонізації фундаментального зв'язку в системі «розум-тіло-світ». Такі інтервенції навчають нас бути більш присутніми у власному тілі, що дозволяє гнучкіше реагувати на виклики, замість того, щоб автоматично слідувати застарілим ментальним шаблонам (Khoury та співавт., 2017).

W. E. Mehling (2012) відзначає, що в західній медицині існують суперечливі погляди щодо цінності усвідомлення тіла. Значна частина ранньої літератури розглядає фокус уваги пацієнта на тілесних симптомах в якості прояву тривоги, депресії чи соматизації. Наприклад, терміни «тілесне усвідомлення» (body awareness) та «соматичне усвідомлення» (somatic awareness) використовувалися в дослідженнях тривожних і панічних розладів для опису когнітивної установки, що характеризується перебільшеним зосередженням на фізичних симптомах, «соматосенсорним посиленням» та румінацією. Внаслідок цього, кількість сприйнятих і ймовірно потенційно тривожних тілесних відчуттів слугувала маркером тривоги та соматизації, а соматичне або тілесне усвідомлення зазвичай розглядалося як дезадаптивне. Але нещодавно з'явився

альтернативний погляд на усвідомлення тіла як на потенційно корисне для здоров'я явище, наприклад, як на здатність розпізнавати ледь помітні тілесні сигнали. Відповідно, низка терапевтичних підходів тепер спрямована на посилення усвідомлення тіла. Клінічні дослідження показали користь усвідомлення тіла для здоров'я пацієнтів із різними діагнозами. Прихильники конструкту усвідомлення тіла як корисного для здоров'я зазвичай посиляються на особливий вид усвідомлення, що характеризується усвідомленістю (mindfulness), безоціночним прийняттям та відчуттям «я», що ґрунтується на переживанні фізичних відчуттів у теперішньому моменті, що іноді узагальнюється як відчуття втілення (embodiment). Отже, головна відмінність полягає в тому, як ми звертаємо увагу на тілесні сигнали. Пряме, неупереджене фокусування на пережитих відчуттях є адаптивним та корисним для здоров'я, тоді як абстрактне, тривожне обдумування може бути шкідливим (Mehling та співавт., 2012).

Щоб краще зрозуміти адаптивну форму інтероцептивного усвідомлення, W. E. Mehling, пропонує розглядати його як багатовимірну концепцію, яка включає наступні складові (які увійшли в якості шкал до опитувальника MAIA-2):

- 1) Помічання: усвідомлення дискомфортих, комфортних і нейтральних тілесних відчуттів;
- 2) Не Відволікання: тенденція «не ігнорувати», або «не відволікатися» від відчуття болю, чи дискомфорту;
- 3) Не Турбування: тенденція «не хвилюватись», або «не відчувати» емоційний дистрес у зв'язку з відчуттям болю, чи дискомфорту;
- 4) Регулювання Уваги: здатність утримувати та контролювати увагу до тілесних відчуттів;
- 5) Емоційне Усвідомлення: усвідомлення зв'язку між тілесними відчуттями та емоційними станами;
- 6) Саморегулювання: здатність регулювати дистрес увагою до тілесних відчуттів;

- 7) Прослуховування Тіла: активне слухання тіла для розуміння;
- 8) Довіряння: Досвід власного тіла як безпечного та надійного (Mehling та співавт., 2012, переклад українською Ю. М. Волощенко).

Ю. М. Волощенко, аналізуючи вітчизняні та міжнародні наукові дослідження на тему інтероцептивного усвідомлення, приходить до висновку, що в літературі під тілесним усвідомленням (body awareness) мається на увазі, що мова йде і про інтероцептивне усвідомлення, тобто ці поняття вживаються взаємозаміно (Волощенко, 2023).

К. Фадєєва зазначає, що інтероцепція, екстероцепція і пропріоцепція є основними механізмами формування у людини схеми тіла як внутрішньої моделі організації тіла, куди входять уявлення, зокрема, про межі та протяжності в просторі. На її думку, найважливішою відмінністю схеми тіла від образу тіла є те, що схема тіла є неусвідомленою, тоді як образ тіла є усвідомленим конструктом. Тому, тілесна усвідомленість підживлюється від тієї ж інформації, що і схема тіла, але, дозволяє образу тіла збагатитися за рахунок феноменологічного переживання себе зсередини (Фадєєва, 2013).

О. Малікова визначає тілесну усвідомленість як здатність людини сприймати, розпізнавати та інтегрувати тілесні сигнали, фізіологічні зміни та емоційні стани, які проявляються через тіло. На її думку, саме завдяки розвитку тілесної усвідомленості людина здатна своєчасно виявляти ранні ознаки стресу, напруги або емоційного дисбалансу, що дає змогу регулювати ці стани на початкових етапах. Натомість відсутність тілесної усвідомленості призводить до втрати чутливості до власних потреб, ігнорування сигналів перевантаження, що, зрештою, може спричинити розвиток психічних розладів та хронічної втоми. Тілесна дисоціація, яка виникає як захисна реакція на травматичний досвід, звужує психічний об'єм (здатність особистості вміщати широкий спектр емоційних, когнітивних і тілесних переживань, не втрачаючи при цьому внутрішньої стабільності та здатності до саморегуляції) та погіршує здатність до стресостійкості (Малікова, 2025).

Підсумками першого Саміту з інтероцепції 2016 року, організованого Інститутом дослідження мозку імені Лореатів (LIBR) стала дорожня карта, один із висновків якої полягає в тому, що дисфункція інтероцепції є ключовим компонентом багатьох психічних розладів, включаючи тривожні, депресивні, харчові розлади та адикції. Дослідження інтероцепції у пацієнтів із розладами психічного здоров'я можуть виявити ознаки: 1) упередженості уваги (наприклад, гіперпильності); 2) спотвореної фізіологічної чутливості (наприклад, приглушеної або підвищеної оцінки сили реакції на подразник); 3) когнітивних упереджень (наприклад, схильність до катастрофізації у відповідь на очікуваний подразник); 4) аномальної чутливості (наприклад, схильність до певного трактування власних переживань); та 5) порушеного самоусвідомлення (наприклад, низька відповідність між впевненістю та точністю виконання завдання). Тому інтероцепція залишається центральною ланкою між фізіологією тіла та психічним досвідом, і її глибше розуміння є ключем до персоналізованої медицини в психіатрії (Khalsa та співавт., 2018).

1.2. Емоції та емоційна регуляція як психологічний феномен

Розуміння феномену емоційної регуляції неможливе без розуміння існуючих теоретичних підходів до визначення емоцій. У своєму дослідженні K. Van Bael (2024) підкреслює, що наукове визначення емоцій залишається предметом гострих і тривалих дебатів, що зумовлено різноманітністю теоретичних припущень, що лежать в основі спроб пояснити цей феномен. Для розуміння природи емоцій було розроблено кілька конкуруючих теоретичних моделей. Кожна з них пропонує унікальний погляд на те, як емоції виникають, які їхні функції та з яких компонентів вони складаються. Відмінності між цими підходами відображають фундаментальну дискусію в афективній науці, що стосується співвідношення біологічних, когнітивних та культурних факторів у формуванні емоцій (Van Bael, 2024).

Нижче наводимо три основні теоретичні рамки, що домінують у цій галузі на думку K. Van Bael (2024):

1) Базові теорії емоцій, що беруть свій початок від ідей Чарльза Дарвіна, стверджують, що емоції є вродженими, універсальними та біологічно зумовленими феноменами. Згідно з цим поглядом, існує обмежений набір «базових» емоцій, які активуються специфічними зовнішніми стимулами. Ця активація запускає відповідні мозкові механізми, що призводять до стереотипних та обов'язкових реакцій, включаючи міміку, поведінку та фізіологічні зміни. Ключовим недоліком цих теорій є їхня схильність до надмірного спрощення емоційного різноманіття. Критики зазначають, що такі моделі ігнорують значні культурні та індивідуальні відмінності. Накопичені дані свідчать, що емоції існують як популяційні контекстно-залежних екземплярів із варіативними характеристиками (наприклад, активність вегетативної нервової системи, вирази обличчя), що прямо ставить під сумнів ідею стереотипних, універсальних реакцій.

2) Теорії когнітивної оцінки (Appraisal Theories) на відміну від біологічного детермінізму базових теорій, висувають на перший план роль пізнавальних процесів. Центральна ідея полягає в тому, що емоції виникають не як пряма реакція на стимул, а як результат когнітивної оцінки індивідом значущості ситуації для його особистих цілей та добробуту. Таким чином, одна й та сама подія може викликати різні емоції у різних людей залежно від їхньої інтерпретації.

Попри свою впливовість, ці теорії також зазнають критики. По-перше, вони можуть недостатньо пояснювати швидкі, адаптивні емоційні реакції, які виникають без свідомого аналізу. По-друге, лабораторні дослідження, що використовуються для їхнього підтвердження, часто критикують за обмежену екологічну валідність, оскільки самозвіти учасників можуть відображати їхні семантичні знання або переконання про емоції, а не реальний емоційний досвід у моменті.

3) Психологічні конструктивістські теорії пропонують радикально інший погляд. Згідно з цим підходом, емоції не є дискретними, біологічно «запрограмованими» сутностями. Зокрема, варто виокремити також теорію

сконструйованих емоцій, запропоновану J. Jungilligens (2022). Ця теорія відображує підхід, що впливає безпосередньо з принципів енергорегуляції та предиктивної обробки сигналів мозком. Вона пропонує радикально новий погляд: емоції не є вродженими реакціями, які «запускаються» в мозку. Натомість, емоції є концептуальними категоріями, які мозок конструює в конкретний момент часу, щоб надати сенс внутрішнім (інтероцептивним) та зовнішнім (сенсорним) сигналам (Jungilligens та співавт., 2022).

Основні компоненти, з яких, згідно з цією теорією, складається емоція, включають:

- Базовий афект (Core Affect) та інтероцепція: в основі емоцій лежить інтероцепція – постійний потік сигналів про внутрішній стан тіла. Базовий афект є свідомим представленням цих інтероцептивних відчуттів. Це фундаментальний, елементарний свідомий стан, що варіюється за двома вимірами: валентністю (від приємного до неприємного) та збудженням (від активації до спокою). Таким чином, тілесні відчуття є фізіологічною основою, на якій будується весь емоційний досвід.
- Категоризація – це процес, за допомогою якого мозок інтерпретує базовий афективний стан, використовуючи минулий досвід та мовні поняття (наприклад, «гнів», «радість»). Коли афективний стан категоризується як екземпляр певної емоції, людина переживає цю емоцію.

На підставі різноманітності цих теоретичних поглядів, можна прийти до висновку, що розуміння емоцій вимагає комплексного аналізу, який враховує як біологічні, так і когнітивні та культурні аспекти (Van Bael, 2024).

L. Nummenmaa (2014; 2022) відзначає, що кожна емоція має свій унікальний «тілесний відбиток», який люди в усьому світі описують за допомогою візуальних карт відчуттів. Ці карти показують не об'єктивні фізіологічні зміни (наприклад, реальну температуру шкіри), а суб'єктивний досвід людини, тобто те, як емоція відчувається зсередини. Аналіз цих карт продемонстрував, що різні емоції мають статистично чіткі та унікальні патерни тілесних відчуттів. Наприклад, більшість основних емоцій були пов'язані з

відчуттями підвищеної активності у верхній частині грудної клітки, що, ймовірно, відповідало змінам у диханні та серцевому ритмі. Аналогічно, відчуття в області голови були спільними для всіх емоцій, що, ймовірно, відображало як фізіологічні зміни в області обличчя (тобто активацію м'язів обличчя, температуру шкіри, слюзовиділення), так і відчутні зміни в стані свідомості, викликані емоційними подіями. Відчуття в верхніх кінцівках були найвиразнішими в емоціях, орієнтованих на наближення: гніві та щасті, тоді як відчуття зниження активності кінцівок були визначальною рисою смутку. Відчуття в травному тракті та в області горла були характерні переважно для огиди. На відміну від усіх інших емоцій, щастя асоціювалося з посиленими відчуттями по всьому тілу. Важливо, що ці карти (за твердженням авторів) виявилися культурно універсальними, що вказує на їхню біологічну, а не культурну основу (Nummenmaa та співавт., 2014).

На теперішньому етапі розвитку науки, перспективним напрямком аналізу емоцій є позитронно-емісійна томографія (ПЕТ) всього тіла. Оскільки емоції є складним діалогом між мозком та тілом, то завдяки технології ПЕТ наука переходить від розрізненого вивчення цих двох систем до цілісного, системного розуміння того, як вони взаємодіють. Це дозволяє не просто «побачити» емоцію, а й зрозуміти її біологічну основу та вплив на весь організм. Такий підхід відкриває нові горизонти для дослідження емоцій як у здоровому стані, так і при різноманітних психічних та фізіологічних захворюваннях (Nummenmaa, 2022).

Спочатку метод візуальних карт відчуттів фокусувався лише на одному вимірі – активності, але згодом цю теорію запропонували доповнити критерієм валентності, що ґрунтується на відчутті «легкості» та «важкості» в тілі. Зокрема, М. Hartmann і колеги (2023) відзначають, що активність і валентність є основними вимірами кожного емоційного досвіду. Щоб виміряти валентність на тілесному рівні, вчені звернулися до універсального та інтуїтивно зрозумілого відчуття ваги. Поєднання активності та ваги дозволило чітко розрізняти емоції, які на перший погляд можуть здаватися схожими. Дослідження показало, що інтеграція даних з карт активності та валентності значно підвищує точність

класифікації емоцій як комп'ютерними алгоритмами, так і людьми. Це робить комбінований метод «золотим стандартом» для методології візуальних карт відчуттів, що дозволяє отримати найбільш повну та достовірну інформацію (Hartmann та співавт., 2023).

На противагу теорії про культурну універсальність візуальних карт відчуттів, J. Jungilligens і колеги (2022) ставлять під сумнів твердження про універсальність категорій емоцій у різних культурах. Наводячи приклад, що народність хімба з північно-західної Намібії не позначають невербальні звуки (наприклад, гарчання, крик, зітхання) очікуваними західними емоційними термінами, а в північній Танзанії хадза частіше використовують дієслова для опису конфігурацій обличчя, ніж їхні американські колеги (Jungilligens та співавт., 2022).

Окрім теоретичних моделей походження емоцій, для їхнього повного розуміння важливо розглянути функціональні аспекти. До них належать диференціація емоцій на позитивні та негативні, здатність людини розрізняти тонкі відтінки своїх почуттів, а також механізми, за допомогою яких ми керуємо емоційними станами. Теорія розширення та побудови (Broaden-and-Build Theory), запропонована Барбарою Фредріксон (Fredrickson, 2001), пояснює асиметричну роль позитивних та негативних емоцій. Згідно з цією теорією, негативні емоції (страх, гнів) мають тенденцію звужувати репертуар думок та дій, мобілізуючи організм для негайної реакції на загрозу. Навпаки, позитивні емоції (радість, інтерес) розширюють когнітивні та поведінкові можливості людини (Van Bael, 2024).

Що стосується емоційної регуляції, то Крістен Ван Баель визначає її як процес, за допомогою якого люди впливають на те, які емоції вони мають, коли вони їх мають, і як вони їх переживають та виражають. Стратегії емоційної регуляції можуть бути адаптивними (наприклад, когнітивна переоцінка, вирішення проблем) або неадаптивними (наприклад, уникнення, придушення), що суттєво впливає на психологічне здоров'я (Van Bael, 2024).

Як зазначають Сак, Л. В. і Федотова, З. В. (2023), «емоційна регуляція – це процес управління, модулювання та контролю емоцій. Вона включає в себе низку психологічних та фізіологічних механізмів, які дозволяють людині реагувати на подразники та життєві ситуації, а також керувати своїми емоціями таким чином, щоб досягти балансу і відповідати на них адекватно і конструктивно. Основні аспекти емоційної регуляції включають в себе: вираз емоцій, сприйняття емоцій, модуляція емоцій, адаптація до ситуацій, конструктивне використання емоцій. Емоційна регуляція є важливою складовою психічного здоров'я і міжособистісних відносин» (Сак & Федотова, 2023: 39).

Price & Hooven (2018) зазначають, що емоційна регуляція передбачає формування адаптивної, адекватної емоційної реакції, яка організовує поведінку і приносить користь індивіду, узгоджуючись як з внутрішніми особистими сигналами, так і з зовнішніми обставинами. З іншого боку, дисрегуляція емоцій передбачає емоційну реакцію, яка є непропорційною, помилковою або невідповідною щодо стимулу і неефективною для досягнення загального і стабільного благополуччя. Дисрегульована реакція може мати певні переваги (наприклад, інтенсивна агресія може усунути подразник), однак невідповідність або інтенсивність емоційних відчуттів і реакцій роблять дисрегуляцію проблемою для загального здоров'я. У своїх найінтенсивніших і найстійкіших проявах дисрегульовані емоції можуть бути характерними для діагностованих тривожних, депресивних і агресивних розладів, а також для ПТСР. На більш глибокому рівні регулювання емоцій передбачає узгоджену взаємодію з власним «я» (self), а саме ефективну комунікацію між тілом, думками та почуттями. Це передбачає терпимість і розуміння сигналів від тіла та пов'язаних з ними когнітивних атрибутів. Це також передбачає здатність позитивно управляти складними відчуттями та пов'язаними з ними поведінковими реакціями, такими як поведінка або рішення щодо пом'якшення, пригнічення або зміни сигналів для досягнення бажаного результату (Price & Hooven, 2018).

Процесуальна модель регуляції емоцій J. J Gross (2014) виокремлює п'ять стратегій регулювання емоцій залежно від моменту їхнього впливу на процес генерації емоції:

- 1) Вибір ситуації: наближення або уникнення певних людей/місць.
- 2) Модифікація ситуації: зміна зовнішніх обставин для впливу на емоційний стан.

- 3) Розподіл уваги: фокусування на конкретних аспектах ситуації.

- 4) Когнітивна зміна (Переоцінка): побудова нових значень для ситуації.

Це стратегія, орієнтована на передумови, оскільки вона діє до того, як емоційні реакції будуть повністю активовані.

- 5) Модуляція реакції (Пригнічення): Спроба змінити емоційну відповідь, що вже виникла. Це стратегія, орієнтована на реакцію (Gross, 2014).

У дослідженні John & Gross (2004), присвяченого двом найбільш поширеним стратегіям регулювання емоцій: когнітивній переоцінці та пригніченню, було виявлено відмінності в афективних, когнітивних та соціальних результатах обох стратегій. Так, з точки зору афективних наслідків, було встановлено, що переоцінка ефективно знижує як внутрішнє переживання, так і зовнішнє вираження негативних емоцій, а також не викликає зростання фізіологічного збудження. Тоді як пригнічення зменшує лише поведінковий прояв негативної емоції, але не знижує її внутрішнє переживання. Більше того, пригнічення супроводжується підвищеною фізіологічною активацією (серцево-судинна та електродермальна системи), що свідчить про внутрішню напругу. Також було виявлено асиметрію емоцій: пригнічення позитивних емоцій (на відміну від негативних) зменшує відчуття радості чи задоволення. З точки зору когнітивних наслідків, оскільки пригнічення відбувається пізно і потребує постійних зусиль для саомоніторингу, воно споживає значні когнітивні ресурси. Учасники дослідження, які використовували пригнічення, значно гірше запам'ятовували соціальну інформацію та деталі розмов. А переоцінка, діючи на ранніх етапах, не потребує постійного самоконтролю і не погіршує пам'ять. З боку соціальних наслідків, було виявлено, що взаємодія з людиною, яка

використовує пригнічення, є стресовою для партнера (зафіксовано підвищення артеріального тиску у співрозмовників), оскільки сприйняття співрозмовника як нереагуючого та відстороненого руйнує природний обмін емоційною інформацією. Таким чином, переоцінка розглядається як більш здорова та ефективна стратегія емоційної регуляції, оскільки дозволяє зменшити негативні переживання без когнітивних та соціальних втрат, тоді як пригнічення емоцій не тільки не зменшує негативний внутрішній досвід, але й вимагає значних когнітивних зусиль, погіршує пам'ять, створює відчуття неавтентичності та викликає стрес у соціальних партнерів (John & Gross, 2004).

У дослідженні Gross & Jazaieri (2014) відзначається, що емоційна дисрегуляція виникає внаслідок невдач у регуляції (відсутність дій, коли вони потрібні) або помилкової регуляції (використання невідповідних стратегій). Автори виділяють три ключові фактори адаптивної емоційної регуляції:

- Усвідомлення, тобто розуміння емоції та контексту.
- Цілі, тобто баланс між короткостроковим полегшенням та довгостроковими наслідками.
- Стратегії, тобто вибір та впровадження методів регуляції.

Також, автори виокремлюють чотири параметри, за якими можна класифікувати проблемні емоційні реакції:

1) Інтенсивність. Залежно від інтенсивності емоційні проблеми пов'язуються з гіперреактивністю або гіпореактивністю чи поєднанням цих двох аспектів в різних контекстах.

2) Тривалість. Залежно від тривалості емоційні проблеми можуть полягати в тому, що емоції тривають занадто довго або занадто коротко.

3) Частота. Залежно від частоти емоційні проблеми можуть мати занадто часті або навпаки занадто рідкісні прояви.

4) Тип. Залежно від типу, емоційні проблеми можуть полягати в тому, що емоція не відповідає контексту (Gross & Jazaieri, 2014).

1.3. Зв'язок між інтероцептивним усвідомленням та емоційною регуляцією

Визначною для розуміння зв'язку інтероцептивного усвідомлення та емоцій і емоційної регуляції є концепція А. D. Craig (2008), який розглядає інтероцепцію як систему репрезентації фізіологічного стану організму, що охоплює всі тканини тіла та становить основу тілесного відчуття себе. На його думку, інтероцептивне усвідомлення має важливе значення для формування емоційного досвіду, оскільки усвідомлення власних емоцій ґрунтується на відображенні фізіологічних процесів організму в нервовій системі. У цьому контексті емоції трактуються як сигнали, пов'язані з підтриманням гомеостазу та регуляцією енергетичних ресурсів організму.

Нейроанатомічною основою такого зв'язку є система передачі сигналів від тонких аферентних волокон до острівцевої кори мозку. Обробка інтероцептивної інформації відбувається послідовно: від задніх відділів інсули, де представлені первинні тілесні відчуття, до її передніх ділянок, у яких ці сигнали інтегруються з мотиваційними, сенсорними та соціальними аспектами досвіду. Результатом цього процесу є формування цілісного суб'єктивного переживання власного стану в конкретний момент часу.

Автор також звертає увагу на функціональну спеціалізацію півкуль головного мозку. Права півкуля більшою мірою пов'язана з процесами симпатичної активації, переживанням негативних емоцій і поведінкою уникнення, тоді як ліва асоціюється з парасимпатичною регуляцією, позитивними емоційними станами та соціальною взаємодією. Узгоджена робота обох півкуль розглядається як необхідна умова ефективної емоційної регуляції та психічного благополуччя.

Взаємозв'язок між емоційними переживаннями та поведінкою забезпечується взаємодією передньої острівцевої кори і передньої поясної кори. Якщо інсула бере участь в усвідомленні тілесних і емоційних станів, то передня поясна кора пов'язана з мотиваційними та поведінковими процесами. Спільна діяльність цих структур створює нейронне підґрунтя для відчуття власної

активності та здатності діяти цілеспрямовано. Особливе значення при цьому надається правій передній інсулі, яку вважають важливою для усвідомлення емоційних переживань. На думку автора, розвиток інтероцептивної обізнаності відіграв суттєву роль у становленні людської свідомості та формуванні відчуття безперервності власного «Я». Важливу функцію в цих процесах виконують нейрони фон Економо, які забезпечують швидку передачу та інтеграцію інформації (Craig, 2008).

J. Füstös та інші (2013) у своєму дослідженні дійшли висновку, що сприйняття фізичних станів та їх метарепрезентація як соматичних маркерів є необхідною передумовою для адекватної регуляції емоцій. Це дослідження надає нові докази на користь підходу втіленого розуму, згідно з яким розум, когнітивні функції та афект виникають із взаємної взаємодії мозку, тіла та світу (Füstös та співавт., 2013).

Herbert & Pollatos (2012) відзначають, що активація інтероцептивних репрезентацій та метарепрезентацій тілесних сигналів, що лежать в основі інтероцептивного усвідомлення, тісно пов'язана з емоційним досвідом та когнітивними функціями. Зокрема, висока інтероцептивна обізнаність корелює з більшою інтенсивністю емоційних переживань та глибшою обробкою емоційних стимулів. А гіпотеза «соматичних маркерів» Damasio (Damasio, 1996) стверджує, що тілесні стани («відчуття нутром») спрямовують процеси прийняття рішень, особливо в умовах невизначеності та ризику. Люди з високим інтероцептивним усвідомленням демонструють переваги у прийнятті вигідних рішень. Також, інтероцептивне усвідомлення є вирішальним фактором поведінкової саморегуляції, наприклад, при контролі фізичного навантаження в повсякденному житті. Додатково, деякі дослідження показують, що наше переживання тривалості часу пов'язане з накопиченням тілесних сигналів в інсулі, внаслідок чого час сприймається як серія «глобальних емоційних моментів» (Herbert & Pollatos, 2012).

Більше того, Schmitt & Schoen (2022) відзначають, що інтероцепція є критично важливою для формування «відчуття себе» (sense of self) та агентності

для відчуття контролю над власними діями та життям. Постійний потік інтероцептивних стимулів допомагає мозку створювати нейронні репрезентації себе та світу. Коли ці сигнали надійні та послідовні, вони сприяють формуванню стабільного та цілісного «Я». Здатність довіряти сигналам свого тіла дозволяє приймати адекватні рішення: від базових (коли поїсти чи відпочити) до складних соціальних (як реагувати на поведінку іншої людини) (Schmitt & Schoen, 2022).

Серед усіх функцій інтероцепції, які обговорюються в науковій літературі, найбільш переконливою та часто згадуваною є її роль у регуляції емоцій. Це не просто теоретичний зв'язок, а фундаментальний механізм, що лежить в основі психічного добробуту. Згідно з моделлю, запропонованою Price & Hooven (2018), інтероцептивне усвідомлення дозволяє нам точно виявляти та оцінювати фізіологічні сигнали, що супроводжують емоції (наприклад, прискорене серцебиття при страху). Ця здатність є необхідною передумовою для ефективної емоційної саморегуляції. Якщо людина не може розпізнати ранні тілесні маркери емоції, що зароджується, вона втрачає можливість вчасно застосувати стратегії для саморегуляції. Саме порушення здатності використовувати тілесні сигнали для керування емоціями яскраво проявляється у клієнтів з ПТСР, створюючи замкнене коло гіперзбудження та уникнення (Price & Hooven, 2018).

A. Lazzarelli та колеги (2024) розглядають інтероцептивну усвідомленість як важливий чинник, що забезпечує розпізнавання, диференціацію та осмислення власних емоційних станів. Здатність помічати й правильно інтерпретувати тілесні сигнали допомагає людині краще розуміти свої переживання та використовувати більш адаптивні способи реагування на стресові події. Натомість порушення інтероцептивної обізнаності пов'язують із труднощами в ідентифікації емоцій, підвищеною тривожністю та схильністю до неефективних стратегій емоційної регуляції.

Зв'язок між інтероцепцією та емоційною регуляцією найчастіше пояснюється в межах когнітивної та експерієнтально-динамічної теоретичних моделей. Когнітивна модель акцентує увагу на процесах свідомого контролю емоцій через переоцінку значення подій, зміну інтерпретацій та усвідомлене

керування реакціями. У цьому контексті інтероцептивна усвідомленість забезпечує доступ до інформації про внутрішній стан організму, що створює основу для точнішої оцінки емоційного досвіду та ефективнішого застосування когнітивних стратегій регуляції. Тоді як експерієнтально-динамічна модель розглядає емоції як природні психофізіологічні процеси, що виникають у тілі та реалізуються через послідовність афективних, вегетативних і поведінкових реакцій. Відповідно до цього підходу, емоційна дисрегуляція часто виникає внаслідок уникання або блокування емоційного переживання. Тому важливим завданням є відновлення контакту з тілесними відчуттями та створення умов для безпечного проживання емоцій. У межах цієї моделі особливого значення набувають тілесно-орієнтовані практики, дихальні техніки та інші методи, спрямовані на посилення усвідомлення внутрішніх сигналів організму (цигун, соматичне переживання).

Проаналізовані А. Lazzarelli та співавторами емпіричні дані свідчать, що розвиток інтероцептивної усвідомленості позитивно впливає на обидва механізми регуляції. З одного боку, він сприяє ефективнішому використанню когнітивної переоцінки та зменшенню інтенсивності негативних переживань, а з іншого – полегшує розпізнавання й проживання емоційного досвіду без надмірного уникання чи пригнічення.

Отже, автори вважають, що інтероцептивна усвідомленість може розглядатися як один із ключових механізмів емоційної регуляції, що поєднує когнітивні та тілесно-афективні аспекти переживання. Саме тому її розвиток дедалі частіше розглядається як важливий напрям психотерапевтичних і психокорекційних втручань, спрямованих на підвищення адаптивності емоційного функціонування (Lazzarelli та співавт., 2024).

Pizarro & Ceric (2022) підкреслюють, що докази концептуального зв'язку між алекситимією та інтероцепцією дозволили стверджувати, що атипова інтероцепція є основним порушенням при психічних розладах. Зокрема, зміни в усвідомленні тіла також пов'язані з депресією. Деякі дослідження показали, що особи з великим депресивним розладом демонструють зміни, пов'язані з

відчуттям, інтерпретацією та інтеграцією внутрішніх сигналів тіла. За останнє десятиліття значно зросла кількість емпіричних даних про взаємозв'язок між депресією та інтероцептивною обробкою. Дослідження функціональної магнітно-резонансної томографії показують, що пацієнти з великим депресивним розладом, які не приймають ліки, демонструють знижену активацію острівця порівняно зі здоровими добровольцями з контрольної групи під час (а) уваги до відчуттів серця, шлунка та сечового міхура; (б) впливу апетитних зображень їжі. Автори приходять до висновку, що інтероцептивні дисфункції можуть впливати на всю систему і беруть участь у прояві психологічних і фізичних симптомів у різних набутих і неврологічних розладах (Pizarro & Ceric, 2023).

У цьому контексті цікавими постають дані дослідження А. М. Gross та інших (2025), присвяченого вивченню моментного зв'язку між інтероцептивною усвідомленістю (динамічного усвідомлення тілесних сигналів у конкретний момент часу) та психологічною ясністю щодо власних емоцій і цілей. Зокрема, у моменти вищої інтероцептивної усвідомленості респонденти повідомляли про більшу психологічну ясність, зокрема:

- п'ять із шести вимірів MAIA-2 (крім саморегуляції) мали незалежний позитивний зв'язок із емоційною ясністю (emotional clarity) – розумінням та ідентифікацією власних емоційних станів. Найсильніший зв'язок продемонструвала субшкала довіра до тіла.
- чотири виміри MAIA-2 (емоційне усвідомлення, саморегуляція, прослуховування тіла, довіра до тіла) були значущими предикторами ясності цілей (goal clarity) – специфічності та конкретності, з якими людина ментально представляє свій бажаний стан.

Ключовим відкриттям дослідження є те, що позитивний зв'язок між інтероцептивною усвідомленістю та ясністю цілей суттєво посилюється у пацієнтів з високим рівнем депресії та невротизму. У зв'язку з цим автори пропонують два фреймворки обробки інформації для пояснення знайдених закономірностей:

- Обробка «знизу-вгору» (Bottom-up): Особи з депресією або високим нейротизмом можуть відчувати дефіцит когнітивних ресурсів або «ментальний шум», що унеможлиблює ефективне використання стратегій «зверху-вниз» (top-down), зокрема, звернення до минулого досвіду, абстрактних емоційних категорій та мовних конструкцій. Через це вони більше покладаються на конкретні тілесні сигнали, щоб ідентифікувати свої емоції та цілі.
- Обробка «згори-вниз» (Top-down): Люди з високим рівнем благополуччя мають більше когнітивних ресурсів і розвинені ментальні схеми. Вони можуть будувати репрезентації емоцій, спираючись на минулий досвід та емоційні знання, менше потребуючи тілесних підказок у кожний конкретний момент часу.

Спираючись на отримані результати, А. М. Gross та співавтори відзначають, що інтероцептивна усвідомленість може бути менш важливою для осіб із високим рівнем благополуччя, однак вона може бути важливою для осіб із нижчим рівнем благополуччя (що мають депресію або невротизм) для формування чіткого уявлення про те, що вони відчують і чого прагнуть досягти. Відповідно, може бути доцільним використання інтервенцій «розум-тіло» (body-mind) (наприклад, когнітивної терапії на основі майндфулнес) при депресії для поліпшення емоційної ясності та ясності цілей. Для підвищення ефективності інтервенцій для осіб, які страждають на більш виражену депресію (або мають більш виражену невротичність) пропонується використання опитування після практики майндфулнес для того, щоб допомогти пацієнтам встановити зв'язки між своїми тілесними відчуттями та розумінням своїх емоцій і цілей (Gross et al., 2025).

1.4. Роль алекситимії, сприйнятого стресу і ПТСР-симптоматики як чинників інтероцептивного усвідомлення та емоційної регуляції

Роль алекситимії

У 1973 році Джон Сіфнеос запропонував термін «алекситимія», що з грецької дослівно означає «відсутність слів для емоцій», щоб позначити сукупність когнітивних та афективних характеристик, виявлених у пацієнтів із

класичними психосоматичними захворюваннями (Sifneos, 1973). Цей конструкт включає такі основні риси:

- 1) Труднощі з ідентифікацією та описом почуттів;
- 2) Труднощі з розрізненням почуттів та тілесних відчуттів, які супроводжують емоційне збудження;
- 3) Обмеженість процесів уяви, що проявляється в бідності фантазій;
- 4) Зовнішньо-орієнтований когнітивний стиль мислення (Taylor та співавт., 1991).

G. Komaki (2013) під алекситимією розуміє обмежену здатність людини розуміти, обробляти або описувати свої почуття (Komaki, 2013).

У сучасній науці алекситимія розглядається не просто як вербальний дефіцит («немає слів для почуттів»), а як комплексне порушення обробки афективної інформації. Останні дослідження алекситимії також демонструють труднощі у розпізнаванні емоцій інших людей. Припускається, що труднощі у розпізнаванні емоцій інших можуть бути пов'язані з нездатністю відтворити емоції інших у власній сомато-моторній системі. Це заважає їм генерувати внутрішнє соматичне уявлення про емоції інших, необхідне для їхнього розпізнавання. Таким чином, особи з алекситимією проявлятимуть дефіцит втілення емоцій, який пояснюватиме порушення розпізнавання емоцій як у себе, так і в інших (Scarpazza & Di Pellegrino, 2018).

Розглядаючи етимологію алекситимії, K. S. Goerlich (2018) наголошує на виокремленні двох конструктів:

Первинна алекситимія: вважається вродженою або диспозиційною характеристикою, що виникає внаслідок генетичних факторів (наприклад, поліморфізм гена транспортера серотоніну 5-HT) або ранніх дефіцитів розвитку, таких як дитячі травми чи негативна взаємодія з опікунами.

Вторинна алекситимія: виникає як реакція на масивні психологічні травми пізніше в житті, соціокультурні або психодинамічні фактори (Goerlich, 2018)

Готич В. О. та Федик О.В. (2025) відзначають, що у сучасній науці немає єдиної концепції, яка б вичерпано та однозначно пояснювала феномен алекситимії. Так, основні теоретичні моделі містять біопсихосоціальну, психодинамічну та нейробіологічну складову, кожна з яких пропонує свої підходи до розуміння й вивчення цього явища:

Біопсихосоціальна модель підкреслює важливість генетичних і нейрофізіологічних аспектів, а також впливу середовища, виховання та соціальних взаємин на розвиток алекситимії.

Психодинамічна модель розглядає алекситимію як захисний механізм, що формується внаслідок травматичних переживань у дитинстві та/або через проблеми в розвитку емоційної сфери.

Нейробіологічна модель пояснює алекситимію через дисфункції мозкових структур і нейропсихологічних процесів, підкреслюючи роль мозкових аномалій та порушень у функціонуванні нейромедіаторних систем (Готич & Федик, 2025).

Scarpazza & Di Pellegrino (2018) відзначають, що існує дві основні точки зору на зв'язок алекситимії та інтероцепції:

- 1) Гіпотеза дефіциту: люди з алекситимією мають об'єктивно низьку здатність відчувати сигнали тіла, що заважає їм ідентифікувати емоції.
- 2) Гіпотеза гіперчутливості/соматизації: люди з алекситимією можуть мати підвищену чутливість до сигналів тіла, але вони не здатні пов'язати ці сигнали з емоціями. Наприклад, замість того, щоб сприймати прискорене серцебиття як «страх», вони інтерпретують його як «фізичну хворобу», що веде до соматизації та іпохондрії.

Вони також відзначають, що при алекситимії компоненти інтероцепції, визначені за моделлю Garfinkel & Critchley (2013) (суб'єктивна чутливість, об'єктивна сенситивність та метакогнітивне усвідомлення) часто дисоціюють: висока суб'єктивна чутливість може поєднуватися з низькою об'єктивною точністю або з повною відсутністю метакогнітивної усвідомленості (Scarpazza & di Pellegrino, 2018).

Результати дослідження Herbert, B. M., Herbert, C., & Pollatos, O. (2011) продемонстрували стійкий негативний зв'язок між точністю сприйняття сигналів тіла (яка вимірювалась за допомогою методу ментального відстеження серцебиття за Шандрі) та рівнем алекситимії за TAS-20. Було встановлено, що інтероцептивна усвідомленість є незалежним негативним предиктором для всіх субшкал TAS-20. Найсильніший зв'язок спостерігався між інтероцептивною усвідомленістю та труднощами в ідентифікації (DIF) та описі (DDF) почуттів. Це дослідження також підтвердило, що депресія позитивно корелює з алекситимією та негативно корелює з інтероцептивною обізнаністю. А регресійний аналіз довів, що вплив інтероцептивної усвідомленості на алекситимію є самостійним фактором, а не просто наслідком депресивного стану (Herbert, Herbert & Pollatos, 2011).

У дослідженні G. Gaggero (2022), було виявлено, що шкала труднощів в ідентифікації почуттів (DIF) TAS-20 демонструє негативний зв'язок зі шкалою «Не Відволікання» MAIA-2, що вказує на тенденцію ігнорувати тілесні сигнали. Автори дослідження відзначають, що терапія пацієнтів з алекситимією повинна бути спрямована на перехід від «когнітивного стилю ігнорування» до «перцептивного стилю помічання». Зокрема, пріоритетом є розвиток навички «Не Відволікання» – визнання болю як сигналу потреби, а не об'єкта для відволікання (Gaggero та співавт., 2022).

J. Murphy та співавтори (2018) в ході трьох проведених експериментів, спрямованих на тестування різних сенсорних модальностей (респіраторний домен, м'язове зусилля, смакова чутливість) отримали результати, які узгоджуються з гіпотезою про те, що алекситимія може бути маркером багатовимірного, багатосферного порушення інтероцепції, пов'язаного як зі зниженою точністю інтероцепції, так і зі зменшеною інтеграцією інтероцептивної інформації з поточними когнітивними процесами, незалежно від того, який саме інтероцептивний сигнал розглядається. З огляду на розбіжності між самооцінкою інтерцептивної обізнаності та інтерцептивною точністю, самооцінка алекситимії (зокрема, на підставі TAS-20) може бути корисним

інструментом скринінгу для виявлення осіб із поганою інтероцепцією. Зокрема, через дефіцит інтероцепції може відбуватися:

- 1) Дефіцит первинного сигналу, який полягає в тому, що атипова обробка інтероцептивних даних призводить до неправильного сприйняття винагороди та покарання.
- 2) Порушення навчання, яке спричиняє збої в навчанні через механізми оперантного обумовлення та помилки в когнітивному контролі.
- 3) Емоційна дисрегуляція, яка проявляється через неможливість вчасно зчитати фізіологічний відгук організму внаслідок чого суб'єкт демонструє затримку або повну неефективність у застосуванні стратегій регуляції емоцій.
- 4) Зміна парадигми передбачає, що алекситимія – це не просто труднощі з емоційним лексиконом, а фундаментальне мультидоменне порушення інтероцепції, що має чіткий сенсорно-біологічний базис.
- 5) Трансдіагностична роль полягає в тому, що атипова інтероцепція може пояснювати специфічну симптоматику, спільну для багатьох розладів р-фактора, включаючи хронічну втоми, м'язову напругу, адиктивну поведінку та розлади харчової поведінки (зокрема, зміни ваги через неправильне зчитування сигналів насичення).

Таким чином, J. Murphy та співавтори (2018) відзначають, що розуміння алекситимії як загального інтероцептивного збою відкриває шлях до створення нових методів терапії, спрямованих на відновлення базових механізмів сприйняття сигналів тіла, що є ключовим для подолання коморбідних психічних станів. (Murphy, Catmur & Bird, 2018)

У дослідженні Н. Завязкіної та А. Ведмеденко (2020) було виявлено взаємозв'язок загального балу за шкалою «Алекситимія» з показником «Дратівливість», який свідчить про нестабільність емоційного стану зі схильністю до бурхливих реакцій. Відповідно, аналізуючи цей взаємозв'язок, автори дослідження стверджують, що емоційна саморегуляція із високим рівнем алекситимії є нестабільною, незадовільною та обмеженою і виявляється у формі дратівливості та агресії. Особи, яким важко ідентифікувати свої почуття, мають

загальну емоційну нестабільність та знижений самоконтроль (Завязкіна & Ведмеденко, 2020).

Як зазначає Taylor (1991), корекція алекситимії потребує спеціалізованих підходів, оскільки традиційна інсайт-орієнтована психотерапія часто виявляється недостатньо ефективною. Основними завданнями психотерапевтичної роботи є розвиток емоційної усвідомленості, здатності розпізнавати та вербалізувати власні почуття, а також формування навичок регуляції емоційного збудження. Для цього використовуються модифіковані психодинамічні підходи, які зосереджуються на особливостях емоційного переживання та способах його вираження. Важливу роль у корекції алекситимії відіграють релаксаційні техніки, біологічний зворотний зв'язок, розвиток рефлексії та уяви, а також групова терапія, яка створює умови для набуття емоційного та комунікативного досвіду. Значна увага приділяється невербальним проявам, через які часто виражаються недостатньо усвідомлені переживання. Загалом психотерапевтична робота спрямована на формування більш усвідомленого ставлення до власних емоцій та розвиток адаптивних способів реагування на стресові ситуації (Taylor et al., 1991).

Завгородня, О. В., Степура, Є. В., & Депутат, В. В. (2020) наголошують на доцільності використання групової форми роботи для корекції алекситимічних проявів, бо групова взаємодія створює умови для розвитку емоційної усвідомленості та вдосконалення комунікативних навичок. Оскільки особи з алекситимією часто краще використовують невербальні способи самовираження, ніж вербальні, важливо приділяти увагу розвитку здатності до словесного опису власних емоційних переживань та почуттів. (Завгородня, Степура & Депутат, 2020).

Роль сприйнятого стресу

Досліджуючи фізіологічний аспект зв'язку між інтероцепцією та стресом, Schulz & Vögele (2015) виокремлюють двонаправлену комунікацію по осі «мозок-тіло»:

1) Інтероцепція є прикладом висхідної передачі інформації. Вона стосується обробки центральною нервовою системою аферентних (висхідних) нервових сигналів від вісцеральних органів, що може призводити до свідомого сприйняття тілесних процесів.

2) Стрес є прикладом низхідної комунікації. Це складна нейроповедінкова каскадна реакція на потенційно шкідливий стимул, що через нейронні та ендокринні шляхи впливає на активність периферичних органів, а також на метаболічні та імунні функції.

Хоча обмін інформацією між мозком і тілом відбувається постійно, фізіологічна реакція на стрес виводить цю комунікацію за межі «нормального» діапазону гомеостатичної регуляції у стан, що називається «алостаз». Сигнали, що виникають у цьому стані, мають значно вищу амплітуду і з більшою ймовірністю потрапляють у фокус усвідомленої уваги. Інтероцепція, з іншого боку, передбачає спрямування уваги на функції тіла, навіть коли вони працюють у межах норми. Таким чином, надмірна або тривала активація нервових ланцюгів, відповідальних за цей зв'язок (наприклад, під час хронічного стресу), може призвести до їх дисфункції, зміни обробки інтероцептивних сигналів і, як наслідок, до виникнення фізичних симптомів (Schulz & Vögele, 2015).

Намагаючись пояснити відмінності між впливом гострого стресу та хронічного стресу, Schulz & Vögele (2015) пропонують модель позитивного зворотного зв'язку між стресом, інтероцепцією та фізичними симптомами, що описує самопідтримуваний каскадний цикл, в якому стрес є початковою точкою каскаду, що веде до виникнення та закріплення фізичних симптомів. Відповідно до цієї моделі, розрізняють:

1) Шлях гострого стресу, який полягає в тому, що короточасний стресор активує фізіологічні осі стресу: САМ-вісь (Симпато-адрено-медулярна вісь – це мережа нейронних та ендокринних функцій, що забезпечує швидку реакцію «бий або біжи») та ГГН-вісь (Гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь, яка забезпечує більш повільну та тривалу ендокринну відповідь на стрес), що призводить до тимчасової зміни сприйняття тілесних відчуттів (наприклад,

відчуття тахікардії, нудоти) та появи фізичних симптомів (наприклад, серцебиття, задишки). Сприйняття цих симптомів може підтримувати реакцію на стрес. Проте після зникнення стресора цей каскад переривається.

2) Шлях хронічного стресу полягає в тому, що тривалий вплив стресорів (хронічний стрес, травматичні події, стрес у ранньому віці) призводить до стійкої дисрегуляції фізіологічних осей стресу (САН-осі та ГГН-осі). Прикладами такої дисрегуляції є гіперсекреція кортизолу, гіперактивність симпатичної нервової системи та знижена чутливість механізмів негативного зворотного зв'язку. Ця дисрегуляція на постійній основі змінює сприйняття тілесних відчуттів. Що, в свою чергу, сприяє генерації та маніфестації стійких фізичних симптомів (наприклад, появі хронічного болю, болю в грудях, абдомінального болю). Сприйняття цих симптомів консолідує переживання стресу, замикаючи цикл. На відміну від гострого стресу, цей каскад важко перервати навіть після усунення початкового стресора, оскільки дисрегуляція фізіологічних систем стає самопідтримуваною. Автори відзначають, що хронічний стрес і пов'язана з ним дисрегуляція фізіологічних реакцій на стрес є важливими факторами розвитку та підтримання психічних розладів, зокрема тих, що пов'язані з симптомами зміненого сприйняття тілесних відчуттів (наприклад, при депресії, панічному розладі, соматоморфних розладах, дисоціативних розладах) (Schulz & Vögele, 2015).

Досліджуючи психологічний аспект стресу, визначною теорією можна вважати концепцію стресу R. Lazarus, який наголошував на тому, що стрес не є виключно зовнішньою дією чи внутрішньою реакцією на подразник, а результатом когнітивного оцінювання – процесу, через який індивід визначає значущість ситуації для свого благополуччя. Проведені психологічні експерименти з переглядом стресових фільмів довели, що реакцію на стрес (частоту серцевих скорочень, провідність шкіри) можна радикально змінити, якщо вплинути на те, як людина інтерпретує побачене (наприклад, через заперечення або інтелектуалізацію, оскільки коментарі до фільму, що спонукали до заперечення болю або відстороненого наукового аналізу, суттєво знижували

вегетативні реакції). Таким чином, стрес почали розглядати не як характеристику середовища, а як результат взаємин між особистістю та середовищем (Lazarus, 1993).

S. Cohen (1988), автор методики PSS-10, розглядає сприйнятий стрес як загальний результат впливу реальних подій, процесів подолання та ряду інших особистісних і контекстуальних чинників: очікувань, толерантності до фрустрації, рівня накопиченого стресу, ресурсного стану людини, наявності соціальної підтримки та інших чинників (Cohen, 1988).

У дослідженні E. Plaitano (2026), присвяченому зв'язку між сприйнятим стресом та регуляцією емоцій у працівників екстреної медичної допомоги, було виявлено двосторонній зв'язок:

- Високий рівень сприйнятого стресу пригнічує регуляцію емоцій: коли фахівець відчуває рівень стресу вищий за свій звичайний, це помірно прогнозує погіршення здатності регулювати емоції.
- Регуляція емоцій знижує стрес: коли здатність до регуляції емоцій зростає, це призводить до значного зниження сприйнятого стресу в майбутньому (Plaitano et al., 2026).

Дослідження Arora & Raj (2024) на вибірці 170 дорослих емпірично підтверджує спрямований зв'язок між стратегіями емоційної регуляції та сприйнятим стресом (PSS-10): когнітивна переоцінка негативно прогнозувала рівень стресу ($\beta = -,402$; $p < ,001$), тоді як експресивне пригнічення – позитивно ($\beta = ,164$; $p = ,030$). Це означає, що схильність переосмислювати ситуацію знижує її суб'єктивну стресогенність, а звичка стримувати емоції без їх переоцінки, навпаки, посилює сприйняття обставин як стресових. Крім того, сприйнятий стрес виявив обернений зв'язок із задоволеністю життям ($r = -,219$; $p = ,004$), що підкреслює його значення як ланки, через яку труднощі емоційної регуляції транслуються у зниження психологічного благополуччя. Ці дані обґрунтовують розгляд сприйнятого стресу як змінної, тісно пов'язаної з регуляторними навичками, у моделі зв'язку інтероцептивного усвідомлення з емоційною регуляцією (Arora & Raj, 2024).

Цікавими також є результати дослідження Katana, Röcke, Spain & Allemand (2019), присвяченого взаємозв'язку між стратегіями регуляції емоцій (таких як стримування емоцій та когнітивна переоцінка), суб'єктивним благополуччям та рівнем стресу у професійних геріатричних медсестер. Було встановлено, що регуляція позитивних емоцій виявилася більш критичною для підтримки психічного здоров'я медсестер, ніж мінімізація негативних. Зокрема, автори встановили, що свідоме зусилля для посилення позитивних емоцій через переосмислення ситуацій сприяло покращенню самопочуття та зменшенню напруги. Тоді як стримування вираження радості чи задоволення корелювало з погіршенням настрою та зростанням сприйнятого стресу. Цікаво, що спроби стримувати саме негативні емоції не продемонстрували суттєвого впливу на щоденний стан працівників (Katana, Röcke, Spain & Allemand, 2019).

Як відзначає О. Скар, дієвим інструментом психологічної самопомоги в умовах стресу є використання тілесних навичок емоційної саморегуляції, що включає легалізацію емоцій, знаходження прийнятних і безпечних способів для їх конструктивного вираження, та засвоєння навичок балансування та стабілізації своїх емоційних станів. Серед тілесних технік, що добре себе зарекомендували, О. Скар відзначає такі тілесні практики як заземлення, центрування, контейнування та тілесне вибудовування (Скар, 2020).

С. М. Скрипинець і У. Б. Михайлишин (2025) також відзначають практики майндфулнес як інструмент, який у реаліях війни допомагає людям із підвищеним рівнем тривоги та наслідками гострого чи хронічного стресу зменшувати уникання, підвищувати когнітивну ефективність та здатність фокусуватися, а також знижувати фізіологічну гіперзбудливість (Михайлишин & Скрипинець, 2025).

Роль ПТСР-симптоматики

Як відзначає А. Gallagher (2025), психологічна травма є психологічним наслідком, що виникає в результаті зовнішньої травматичної події або подій. Важливо розрізняти потенційно травматичну подію (об'єктивний досвід, що може спричинити травму) та власне травму (суб'єктивна реакція індивіда на цю

подію). Травма може суттєво впливати на фізіологію та функціонування мозку, особливо в періоди активного розвитку (підлітковий вік). Вона здатна змінювати спосіб, у який мозок обробляє внутрішні тілесні сигнали, що може призводити до гіперусвідомлення або, навпаки, до відсторонення від власних тілесних відчуттів (Gallagher, 2025).

Відповідно до МКХ-11, затвердженого Всесвітньою організацією здоров'я (2019), ПТСР може розвинути після переживання надзвичайно загрозливої або жахливої події чи низки подій та характеризується всіма наступними ознаками: 1) переживання травматичної події чи подій у сьогоденні у вигляді яскравих нав'язливих спогадів, спогадів-флешбеків або кошмарів. Повторне переживання може відбуватися через одну або кілька сенсорних модальностей і, як правило, супроводжується сильними або всепоглинаючими емоціями, зокрема страхом або жахом, та сильними фізичними відчуттями; 2) уникнення думок і спогадів про подію чи події, або уникнення діяльності, ситуацій чи людей, що нагадують про подію (події); та 3) постійне відчуття підвищеної поточної загрози, наприклад, що виявляється у гіперпильності або посиленій реакції здивування на подразники, такі як несподівані шуми. Симптоми зберігаються щонайменше кілька тижнів і спричиняють значне порушення функціонування в особистій, сімейній, соціальній, освітній, професійній або інших важливих сферах життя (Всесвітня організація охорони здоров'я, 2019).

Коkun О.М., А та колеги (2017) визначають посттравматичний стресовий розлад як відповідну реакцію на надмірні емоційні подразники, на фактичну стресову ситуацію, що відбулася і виходить за межі звичайного людського досвіду. Посттравматичний стресовий розлад виникає як відстрочена або затяжна реакція на кризову подію чи ситуацію загрозливого або катастрофічного характеру та може спровокувати виникнення дистресу в будь-якої людини (Коkun та співавт., 2017: с.11).

В. van der Kolk & А. McFarlane (2026) зазначають, що психотравматичний досвід може зберігатися не лише у формі спогадів, а й у вигляді фізіологічних, сенсорних та емоційних реакцій. Соматичні прояви травми пов'язують із

порушеннями сенсорної обробки інформації та змінами інтероцептивного сприйняття. Оскільки окремі аспекти травматичного досвіду можуть залишатися недостатньо інтегрованими в автобіографічну пам'ять, вони нерідко проявляються через тілесні відчуття, емоційне збудження, уникання або інші поведінкові реакції, а не через усвідомлені спогади чи словесний опис пережитого. ПТСР супроводжується змінами в роботі мозкових структур, відповідальних за обробку сенсорної інформації, емоційну регуляцію та контроль поведінки. Дослідження вказують на порушення взаємодії між підкірковими структурами, зокрема мигдалиною та гіпокампом, і кортикальними зонами, які забезпечують свідому регуляцію емоцій та уваги. Унаслідок цього посилюється вплив сенсорних і афективних сигналів, що може призводити до підвищеної емоційної реактивності, гіперпильності та труднощів із контролем поведінкових реакцій. Але поряд із проявами гіперактивації у частини осіб із ПТСР спостерігаються протилежні реакції, пов'язані з надмірним пригніченням емоційного досвіду. Такі стани характеризуються зниженням усвідомлення тілесних відчуттів, емоційним онімінням, деперсоналізацією, дереалізацією та відчуттям відстороненості від власного досвіду. Подібні прояви пов'язують з особливостями функціонування префронтальних і поясних відділів кори, які беруть участь у регуляції емоційних реакцій. Це свідчить про те, що соматичні симптоми та порушення сенсорної регуляції є важливими складовими клінічної картини ПТСР. Саме тому оцінка тілесних проявів травматичного досвіду є важливим елементом комплексної діагностики та психотерапевтичної допомоги (van der Kolk & McFarlane, 2026).

Як відзначається в дослідженні N. Fine та інших (2023), труднощі з регуляцією емоцій вважаються центральними для ПТСР, оскільки вони передбачають розвиток і підтримку розладу та пов'язані з більш тяжкою симптоматикою ПТСР. Погляди на те, що становить дисрегуляцію емоцій при ПТСР, змінювалися протягом років. Зокрема, традиційні погляди на ПТСР стверджували, що пацієнти зловживають стратегіями відсторонення

(уникненням) за рахунок стратегій залучення (емоційної переоцінки). Проте сучасна наука перейшла до моделі регуляторної гнучкості, яка стверджує, що:

- Стратегії відсторонення (наприклад, відволікання) ефективні в контекстах високої інтенсивності афективних подій, оскільки вони блокують потужну емоційну інформацію на ранніх етапах, забезпечуючи короткострокове полегшення.
- Стратегії залучення (наприклад, переоцінка) більш корисні в контекстах низької інтенсивності афективних подій, оскільки дозволяють переробити зміст події, що критично важливо для довгострокової адаптації.

Тому сучасний погляд на дефіцит емоційної регуляції при ПТСР тепер розглядається як нездатність перемикатися між цими стратегіями залежно від ситуативних вимог. В ході дослідження N. Fine (2023) було виявлено, що знижена гнучкість регуляторного вибору у пацієнтів з ПТСР проявлялася у виборі менш ресурсовитратної переоцінки в умовах низької інтенсивності афективних подій, проте в умовах високої інтенсивності ці пацієнти теж частіше обирали саме переоцінку, надмірне використання якої при високій інтенсивності може призвести до перевантаження негативними емоціями, з якими важко впоратися. Внаслідок цього було висунуто гіпотезу, що особам з ПТСР бракує когнітивних ресурсів, необхідних для чергування їх регуляторних виборів між відволіканням та переоцінкою залежно від різної інтенсивності афективних подій (Fine et al., 2023).

Розглядаючи особливості емоційних станів у контексті травматичного досвіду з позицій сучасних теоретичних підходів, О. Прохорова (2025) відзначає, що психотравмуючі події змінюють не лише інтенсивність афективних проявів, а й механізми їх регуляції та когнітивної обробки. Спираючись на інші емпіричні дослідження авторка відзначає, що у межах конструктивістської парадигми Л. Ф. Барретт, для ПТСР характерне «поєднання двох чинників – низької емоційної гранулярності (швидке згортання інтероцептивних сигналів у негативні ярлики) та виснаженого «бюджету тіла» (хронічний дефіцит ресурсів). У воєнному контексті це означає, що навіть слабкі тригери (повітряні тривоги,

інформаційний фон) здатні накопичуватись і зрештою спричиняти емоційні зриви» (Прохорова, 2025, с. 176). Таким чином, низька емоційна гранулярність сприяє посттравматичній дезадаптації, обмежуючи можливості гнучкої емоційної регуляції та посилюючи уникання. Тому психологічна корекція осіб із травматичним досвідом має бути спрямована на розвиток навичок розпізнавання тілесних сигналів, підвищення емоційної гранулярності та інтероцептивної усвідомленості.

У дослідженні 2025 року, в якому Е. Herrera аналізує вплив тривалого збройного конфлікту в Колумбії на нейробіологічні механізми розпізнавання емоцій та інтероцепцію, виявили, що особи з ПТСР та кПТСР мають суттєві труднощі в ідентифікації виразів обличчя, що безпосередньо пов'язано з порушенням обробки серцевих сигналів у корі головного мозку. Вчені провели експеримент, щоб з'ясувати, чи може свідоме зосередження на внутрішніх відчуттях допомогти жертвам травми краще розпізнавати емоції. Перед виконанням завдання учасників просили протягом двох хвилин зосередитися на власному серцебитті (метод «інтероцептивного праймінга»). Результати виявилися парадоксальними:

- У людей з «класичним» ПТСР ця вправа покращила здатність розпізнавати негативні емоції. Зосередження на сигналах тіла, здавалося, допомагало їм відновити втрачений зв'язок і краще налаштуватися на емоції інших.

- Однак у людей з кПТСР, який є наслідком тривалої та повторюваної травми, той самий процес погіршив результати, особливо порівняно з умовою, коли вони слухали зовнішній, записаний ритм серця.

Це свідчить про те, що кПТСР пов'язаний з глибшими порушеннями у взаємодії між тілом і мозком. Основні симптоми кПТСР, відомі як «порушення самоорганізації», включають серйозні труднощі з емоційною регуляцією. Саме тому для таких людей спроба «прислухатися до серця», ймовірно, посилює відчуття загрози, а не надає корисну інформацію. Це відкриття може мати важливе значення для терапії, тому що демонструє, чому одна й та сама техніка

(медитація з фокусом на тілі), для клієнтів, що пережили травму, може бути помічною, а для інших (з ознаками кПТСР) може нести ретравматизуючий ефект (Herrera та співавт., 2025).

У дисертації К. Leech (2023) досліджується зв'язок між інтерцептивним усвідомленням, регуляцією емоцій та ПТСР і пропонується «Уважно-інтероцептивна модель ПТСР», яка отримала вагому емпіричну підтримку. Одне із проведених досліджень продемонструвало, що такі складові інтероцептивного усвідомлення, як довіра до тіла та здатність не турбуватися і не відволікатися від тілесних відчуттів, є значущими предикторами тяжкості симптомів ПТСР. Ключовим відкриттям стало встановлення центральної ролі емоційної регуляції як механізму, що пов'язує інтероцептивне усвідомлення з симптомами. Це означає, що порушення здатності адекватно сприймати та інтерпретувати внутрішні сигнали тіла веде до розладу механізмів управління емоціями, що, у свою чергу, підтримує та посилює симптоматику ПТСР. Дослідження К. Leech демонструє важливість інтегрованого, орієнтованого на тіло підходу до розуміння та лікування ПТСР. Воно підкреслює, що відновлення після травми має включати не лише когнітивну перебудову, а й процес відновлення безпечних стосунків із власним тілом. Зокрема, авторка зазначає, що терапевтичні протоколи для ПТСР повинні включати цілеспрямовані втручання, спрямовані на покращення специфічних елементів інтероцептивного усвідомлення. Зокрема, пріоритетом має бути не уникнення тілесних відчуттів, а розвиток «довіри до тіла» та усвідомленого, неупередженого спостереження за ними. Такі практики, як йога, медитація усвідомленості та інші тілесно-орієнтовані терапевтичні підходи, можуть допомогти відновити здатність до емоційної регуляції через роботу з тілесним досвідом (Leech, 2023).

У дослідженні Kang, Sponheim & Lim (2022), спрямованого на визначення нейробиологічних механізмів, що лежать в основі ефективності програми зниження стресу на основі усвідомленості (MBSR) при лікуванні посттравматичного стресового розладу (ПТСР), було проведено аналіз на рівні

зон мозку. Було ідентифіковано три критичні зони мозку, де посилення відповіді на серцебиття прогнозувало зменшення симптомів ПТСР:

- Ліва вентральна передня поясна кора (L-vACC), яка відіграє ключову роль у регуляції емоцій.
- Права передня острівцева кора (R-AIC) та клауструм, які є основним центром інтероцепції та тілесного самоусвідомлення.
- Права латеральна префронтальна кора (R-LPFC), яка відповідає за контроль уваги.

Ключовим науковим відкриттям є ідентифікація інтероцептивної здатності мозку як основного церебрального механізму терапії. Хоча медитація покращує загальне розслаблення та когнітивний контроль, саме зміни у фронтальній тета-активності, викликаній серцебиттям, є медіатором зменшення симптомів ПТСР. Результати вказують на те, що розвиток здатності мозку сприймати та інтегрувати внутрішні сигнали організму є критично важливим для регуляції емоційних порушень та тривожних станів у пацієнтів з ПТСР (Kang, Sponheim & Lim, 2022).

У масштабному огляді досліджень, присвячених темі взаємозв'язку між інтероцепцією та досвідом стресу, травми та психічних розладів (Coates та співавт., 2025) виокремлюють наступні інтероцептивні профілі пацієнтів з симптомами ПТСР:

- Дисоціативний підтип, який характеризується послабленим збудженням та пригніченою інтероцепцією.
- Недисоціативний підтип, який може проявлятися через надмірний моніторинг внутрішніх станів (гіперчутливість), що сприймається як загроза.
- Вестибулярний зв'язок, що полягає в тому, що у пацієнтів з ПТСР спостерігається зниження зв'язку між вестибулярними ядрами та задньою інсулою, що погіршує орієнтацію у просторі та тілесну самосвідомість.

Розуміння інтероцептивного профілю клієнта дозволяє фахівцям адаптувати методи лікування для кращого відновлення саморегуляції. Зокрема, D. Coates та колеги (2025) виокремлюють наступні напрямки інтервенцій:

- Психосвіта для пояснення клієнтам механізмів інтероцепції та того, як травма розриває зв'язок між тілесними відчуттями та емоціями.
- Оцінка в формі використання самозвітних інструментів (наприклад, опитувальник MAIA-2) для ідентифікації конкретних труднощів та відстеження прогресу.
- Практики тілесної усвідомленості в формі впровадження майндфулнес, сканування тіла, йоги та соматичних перевірок для навчання клієнтів розпізнавати та маркувати тілесні сигнали.
- Розвиток довіри до тіла для роботи над сприйняттям тіла як безпечного, передбачуваного та надійного джерела інформації.

Однак разом із тим, відзначається, що для осіб, що пережили травму, пряме фокусування на тілі може бути дистресовим, тому важливо діяти обережно, дотримуючись принципів травмоінформованого підходу, культурної чутливості та спільного створення стратегій безпеки (Coates та співавт., 2025).

Так, J. Gibson (2019), спираючись на дослідження Ван Дама 2017 року (Van Dam et al., 2017; цит. за Gibson, 2019), також відзначає, що зосередження уваги на тілі може активувати мережу інтероцептивного усвідомлення (зокрема інсулярну кору), що потенційно може викликати попередні ментальні моделі або умовні реакції, пов'язані з травмою, які є надто неприємними, щоб їх прийняти чи контролювати. Медитація, майндфулнесс або будь-яка практика, зосереджена на тілі, може спровокувати гіперактивність вегетативної нервової системи, порушення сприйняття, переживання травматичних спогадів і навіть психоз. Паніка або тривога, викликані релаксацією, можуть бути найбільш добре задокументованими явищами, що мають чіткий зв'язок з медитацією. Вегетативна нервова система може бути класично обумовлена, і увага до тіла може просто викликати попередні ментальні моделі та умовні реакції минулої травми. Тому просте посилення інтероцептивного усвідомлення без компенсаторної регуляції може бути неадаптивним для деяких осіб (Gibson, 2019)

N. Farb та колеги (2015) зазначають, що багато практик усвідомленості, орієнтованих на тіло, зосереджуються на уважному сприйнятті внутрішніх

тілесних відчуттів. Ці практики допомагають виявити та виправити помилки самосприйняття, які виникають через ігнорування ледь помітних рівнів інтерцептивного досвіду. Ці практики тренують усвідомленість і переорієнтовують досвід у корисному напрямку: від відволікання до концентрації, від напруги до розслаблення, від ізоляції до зв'язку. Практики усвідомленості розвивають відчуття присутності через стаціонарну інтероцептивну увагу, тоді як рухові традиції (йога, тай-чі) краще підходять для розвитку агентності (Farb та співавт., 2015).

Традиційні, рекомендовані NICE (Національним інститутом здоров'я і досконалості допомоги Великобританії), методи лікування травми, такі як травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія та десенсибілізація та репроцесуалізація рухами очей (EMDR), є підходами «зверху-вниз» (top-down). Вони працюють переважно через когніції, думки та спогади, щоб змінити емоційні та фізіологічні реакції. На противагу їм, існують підходи «знизу-вгору» (bottom-up), які фокусуються на тілі як на точці входу для терапевтичних змін. До них належать: сенсомоторна психотерапія (Sensorimotor Psychotherapy), соматичне переживання (Somatic Experiencing), терапія усвідомленої обізнаності в тілі (Mindful Awareness in Body-oriented Therapy), терапія базового усвідомлення тіла (Basic Body Awareness Therapy). Ці методи спрямовані на роботу з тілесними відчуттями, регуляцію нервової системи та розвиток інтероцептивної усвідомленості, що дозволяє обробляти травматичний досвід на фізіологічному рівні. Тому, A. Gallagher пропонує розглядати тілесно-орієнтовані втручання як цінне доповнення до стандартної терапії (Gallagher, 2025).

О. Прохорова (2025) відзначає, що для терапевтичної роботи з пацієнтами з ПТСР симптоматикою інтервенції повинні спрямовуватися на (1) тренування регуляції та уважності; (2) розвиток емоційної гранулярності; та (3) відновлення «бюджету тіла» через сон, харчування, фізичну активність і дихальні практики (Прохорова, 2025).

У подальших дослідженнях перспективним напрямком може бути вивчення ефективності конкретних тілесно-орієнтованих технік, спрямованих на

покращення складових інтероцептивного усвідомлення, оцінюючи їхній вплив на симптоми ПТСР, кПТСР та фізіологічні показники.

Висновки до розділу I

Сучасна наука розглядає інтероцепцію як комплексний динамічний процес, що включає сприйняття, інтерпретацію, інтеграцію та регуляцію сигналів зсередини організму для підтримки гомеостазу. Ключову роль у цьому процесі відіграє інсулярна кора, яка інтегрує тілесні сигнали та формує суб'єктивні почуття.

Інтероцепція є фундаментальним механізмом, що лежить в основі емоційного досвіду та впливає на прийняття як адаптивних, так і дезадаптивних рішень. Інтероцепція є фізіологічною основою, на якій мозок за допомогою категоризації та минулого досвіду конструює емоції. Таким чином, емоції не є дискретними вродженими сутностями, а виникають як результат інтерпретації постійного потоку сигналів про стан тіла.

Точне виявлення та оцінка фізіологічних відчуттів є необхідною передумовою для адекватної регуляції емоцій. Здатність розпізнавати ранні тілесні сигнали дозволяє вчасно застосовувати стратегії саморегуляції, тоді як ігнорування або неправильна інтерпретація цих сигналів призводить до емоційного дисбалансу та втрати чутливості до власних потреб.

Розвиток навичок «втіленої усвідомленості» (embodied mindfulness), таких як заземлення, центрування та довіра до тіла, є дієвим інструментом для відновлення емоційної стабільності в умовах стресу. Відновлення після травми обов'язково має включати процес побудови безпечних стосунків із власним тілом.

РОЗДІЛ II

МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Опис методології дослідження: дизайн дослідження та методики дослідження

Було проведено емпіричне дослідження для аналізу характеру зв'язку між інтероцептивним усвідомленням і емоційною регуляцією у дорослих, а також для визначення ролі алекситимії, сприйнятого стресу та ПТСР-симптоматики як чинників, що можуть опосередковувати або модерувати цей зв'язок.

Дослідження проводилося в умовах хронічної колективної травматизації внаслідок повномасштабного вторгнення, що визначає актуальність вивчення емоційної регуляції саме в українській популяції. Як зазначає Фролова (2024), травматичний досвід українців за роки повномасштабної війни має хронічний і загальнонаціональний характер та зачіпає все населення незалежно від близькості до бойових дій. Це підтверджує, що в умовах тривалого стресу війни проблема труднощів емоційної регуляції набуває особливої гостроти, а пошук доступних форм підтримки, якими можуть виступати тілесно-орієнтовані практики, є практично значущим завданням (Фролова, 2024).

Проведення дослідження включало наступні етапи:

1) Етап збору емпіричних даних. Для збору даних було створено опитувальник, який було опубліковано на платформі Google Form та розповсюджено через соціальні мережі Instagram, Telegram, студентську спільноту КІСПП та особисті контакти. Збір відповідей тривав з 27 жовтня 2025 по 04 січня 2026 року. Всі учасники надали інформовану згоду на участь у дослідженні та обробку їх персональних даних. На всіх етапах дослідження було збережено конфіденційність даних учасників.

2) Етап обробки та аналізу емпіричних даних. Основні статистичні обчислення (описова статистика, перевірка нормальності за тестом Шапіро-Вілка, порівняння груп за критерієм Манна-Вітні, кореляційний аналіз за Спірменом, ієрархічна множинна регресія та медіаційний аналіз) виконано у програмі jamovi 2.7.9; підготовку даних здійснено в Google Sheets. Перевірку

значущості відмінностей між коефіцієнтами кореляції двох груп за критерієм Фішера (z-перетворення) обчислено за допомогою асистента на основі великої мовної моделі (Claude, Anthropic), оскільки ця процедура відсутня в jamovi. Цей самий інструмент застосовувався також як допоміжний для впорядкування даних, побудови і звірки таблиць та підтримки в інтерпретації результатів.

На кожному етапі дослідження було забезпечено дотриманням етичних принципів психологічних досліджень: добровільності, інформованої згоди та конфіденційності.

Для досягнення мети дослідження було використано п'ять стандартизованих опитувальників та демографічну анкету. На момент дослідження всі обрані стандартизовані методики були перекладені на українську мову та адаптовані в Україні.

1) Багатовимірне Оцінювання Інтероцептивного Усвідомлення. Версія 2 (далі - «MAIA-2»)

Для оцінки рівня інтероцептивного усвідомлення було обрано методику Багатовимірного Оцінювання Інтероцептивного Усвідомлення. Версія 2 (MAIA UKR-2) (Mehling, 2018). Над адаптацією та валідацією україномовної версії методики працював Юрій Волощенко (Волощенко, 2023). Анкета MAIA-2 складається з 37 тверджень, які потрібно оцінити за шкалою від 0 до 5, де 0 означає «ніколи», 5 означає «завжди», і які відображають, наскільки часто кожне твердження є характерним для повсякденного життя респондента. Твердження також формують 8 шкал, для підрахунку береться середнє арифметичне:

- **Помічання:** питання 1-4;
- **Не Відволікання:** питання 5-10 (усі зворотні);
- **Не Турбування:** питання 11-15, де пункти 11, 12, 15 є зворотніми;
- **Регулювання Уваги:** питання 16-22;
- **Емоційне Усвідомлення:** питання 23-27;
- **Саморегулювання:** питання 28-31;
- **Прослуховування Тіла:** питання 32-34;
- **Довіряння:** питання 35-37.

2) Шкала труднощів емоційної регуляції (далі - «DERS»)

Труднощі емоційної регуляції оцінювали за шкалою DERS, яку використовують для діагностики емоційної дисрегуляції як в наукових дослідженнях, так і для клінічній практиці. DERS була розроблена Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004), а над адаптацією та валідизацією україномовної версії шкали працювали Сак Л.В. та Федотова З.В. (2023).

Ця методика налічує 36 запитань, а результат обчислюється як сума балів за 36 пунктами, так як і сума балів по окремим субшкалам. Кожен пункт оцінюється в 5 балів. При підрахунку загальної суми враховується, що оцінка пунктів 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 17, 20, 22, 24 та 34 має бути зворотною (R). Вищі бали свідчать про більші проблеми з регуляцією емоцій. У складі DERS виділяють шість субшкал:

- 1) Неприйняття емоційних реакцій (Неприйняття), питання 11, 12, 21, 23, 25, 29
- 2) Труднощі із цілеспрямованої поведінкою (Цілі), питання 13, 18, 20R, 26, 33
- 3) Труднощі з контролем імпульсів (Імпульс), питання 3, 14, 19, 24R, 27, 32
- 4) Відсутність емоційного усвідомлення (Усвідомлення), питання 2R, 6R, 8R, 10R, 17R, 34R
- 5) Обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій (Стратегії), питання 15, 16, 22R, 28, 30, 31, 35, 36
- 6) Відсутність емоційної чіткості (Чіткість), питання 1R, 4, 5, 7R, 9

3) Торонтська шкала алекситимії (далі - «TAS-20»)

Для виявлення ознак алекситимії було використано Торонтську шкалу алекситимії TAS-20, автор – G. J. Тейлор (1991), в україномовній адаптації В.В. Васильця, І.І. Шаповал, Є.І. Шалковського, А.О. Клебанської, М.А. Станіславчука (2023). TAS-20 складається з 20 запитань, а результат обчислюється як сума балів за 20 пунктами. Кожен пункт оцінюється в 5 балів. При підрахунку загальної суми балів слід враховувати, що оцінка пунктів 4, 5, 10,

18 і 19 має бути зворотною. Загальна оцінка шкали проводиться наступним чином: ≥ 61 – високий рівень алекситимії, ≤ 51 = низький рівень алекситимії.

У складі TAS-20 виділяють три субшкали, які оцінюють основні аспекти алекситимії:

1) Труднощі в ідентифікації почуттів (DIF-F1): нездатність відрізнити емоції від тілесних сигналів збудження.

2) Труднощі в описі почуттів (DDF-F2): проблеми з пошуком слів для вираження емоцій.

3) Зовнішньо-орієнтоване мислення (EOT-F3): когнітивний стиль, зосереджений на зовнішніх подіях, а не на внутрішніх переживаннях.

4) Шкала сприйнятого стресу (далі – «PSS-10»)

Для визначення ступеню, в якому респонденти оцінюють свою життєву ситуацію як стресову було використано Шкалу сприйнятого стресу у версії з 10 запитань, автор: Шелдон Коен і колеги (Cohen & Williamson, 1988), в адаптації Вельдбрехт О. О. та Тавровецької Н. І. (2022), які здійснили адаптацію та апробацію методики в умовах повномасштабної війни.

PSS-10 оцінює наскільки стресовим (тобто непередбачуваним, неконтрольованим і перевантаженим) респонденти вважають попередній місяць свого життя. Кожен з 10 пунктів оцінюється за 5-бальною шкалою Лікерта. Пункти з позитивним формулюванням (зворотні) перед підрахунком перекодовуються. Загальний бал PSS-10 відображає суб'єктивно сприйнятий рівень стресу, тобто ступінь, у якому людина оцінює зовнішні вимоги як такі, що перевищують її власні ресурси для їх подолання.

5) Шкала первинної діагностики посттравматичного стресового розладу

Для скринінгу симптоматики ПТСР було використано шкалу первинної діагностики посттравматичного стресового розладу (Prins et al., 2015), в адаптації Н.О. Павленко (2024) (далі – «PC-PTSD-5»). PC-PTSD-5 представляє собою опитувальник з 5 пунктів, призначений для виявлення осіб з ймовірним ПТСР. Особи з позитивним результатом потребують подальшого обстеження за

допомогою структурованого інтерв'ю. Опитувальник починається зі скринінгового запитання щодо наявності травматичного досвіду. У разі негативної відповіді підсумковий бал становить 0. За наявності позитивної відповіді респондент оцінює («так»/«ні») 5 додаткових запитань про прояви травми протягом останнього місяця; і кількість стверджувальних відповідей формує підсумковий бал. Дослідження на українській вибірці (клінічній і неклінічній) показало, що пороговим значенням для чоловіків є 4 бали. Для жінок може розглядатися поріг у 3 бали для мінімізації хибнонегативних результатів.

Для перевірки надійності використаних методик у нашій вибірці (N=97) було обчислено коефіцієнти внутрішньої узгодженості (альфа Кронбаха) для всіх субшкал MAIA-2, а також загальний показник для DERS, TAS-20, PSS-10, PC-PTSD-5 і порівняно результати з українськими адаптаціями методик та даними оригінальних досліджень (див. Табл. 2.1.).

Табл. 2.1.

Порівняльна таблиця коефіцієнтів внутрішньої узгодженості (альфа Кронбаха)

Методика / шкала	К-ть пунктів	Альфа Кронбаха, наша вибірка	Рівень узгодженості	Альфа Кронбаха укр. адаптац.	Альфа Кронбаха оригін. дослідж.
MAIA-2					
Помічання	4	0,78	прийнятний	0,74	0,64
Не Відволікання	6	0,75	прийнятний	0,76	0,74
Не Турбування	5	0,75	прийнятний	0,69	0,67
Регулювання Уваги	7	0,85	добрий	0,81	0,83
Емоційне Усвідомлення	5	0,92	відмінний	0,79	0,79
Саморегулювання	4	0,79	прийнятний	0,76	0,79
Прослуховування Тіла	3	0,90	добрий	0,81	0,80
Довіряння	3	0,74	прийнятний	0,86	0,83
DERS	36	0,93	відмінний	0,7	0,93

Порівняльна таблиця коефіцієнтів внутрішньої узгодженості (альфа Кронбаха) (продовження)

Методика / шкала	К-ть пунктів	Альфа Кронбаха, наша вибірка	Рівень узгодженості	Альфа Кронбаха укр. адаптац.	Альфа Кронбаха оригін. дослідж.
<i>TAS-20</i>	20	0,81	добрий	0,7	0,81
<i>PSS-10</i>	10	0,86	добрий	0,84	0,70
<i>PC-PTSD-5</i>	5	0,58*	низький	0,78	0,80

**Примітка. Прийнятно для скринінгового інструменту з 5 дихотомічних пунктів)*

Методика МАІА-2 продемонструвала прийнятну або вищу внутрішню узгодженість за всіма субшкалами. Найвищий показник надійності зафіксовано для субшкали «Емоційне Усвідомлення» (альфа Кронбаха = 0,92), що суттєво перевищує значення як української адаптації (альфа Кронбаха = 0,79) (Волощенко, 2023), так і оригінального дослідження (альфа Кронбаха = 0,79) (Mehling, 2018). Добру надійність також демонструють субшкали «Регулювання Уваги» (альфа Кронбаха = 0,85) та «Прослуховування Тіла» (альфа Кронбаха = 0,90). Загалом за шістьма з восьми субшкал показники α на нашій вибірці перевищують референтні значення, що свідчить про високу послідовність відповідей респондентів.

Дещо нижчий показник зафіксовано для субшкали «Довіряння» (альфа Кронбаха = 0,74), що є нижчим за українську адаптацію (α = 0,86) та оригінал (альфа Кронбаха = 0,83). Айтемний аналіз показав, що пункт 37 знижує внутрішню узгодженість цієї субшкали: при його видаленні альфа Кронбаха зростає до 0,85. Аналогічно, для субшкали «Не Відволікання» пункт 7 від'ємно корелює із загальною шкалою, а при його видаленні альфа Кронбаха зростає з 0,75 до 0,86. Ці спостереження можуть свідчити про певні труднощі культурної адаптації окремих пунктів та потребують уваги в подальших дослідженнях. Попри це, загальний рівень надійності всіх субшкал МАІА-2 є достатнім для використання методики в даному дослідженні.

DERS продемонструвала відмінну внутрішню узгодженість на рівні всіх 36 пунктів (альфа Кронбаха = 0,93), що збігається з результатами оригінального дослідження (альфа Кронбаха = 0,93) (Gratz & Roemer et al., 2004) і перевищує показник української адаптації (альфа Кронбаха = 0,70) (Сак & Федотова, 2023). Отриманий результат підтверджує, що загальний бал DERS є надійним показником труднощів емоційної регуляції на даній вибірці.

TAS-20 показала добру надійність (альфа Кронбаха = 0,81), що збігається з результатами оригінального дослідження (альфа Кронбаха = 0,81) (Taylor, 1991) і перевищує показник української адаптації (альфа Кронбаха = 0,70) (Василець та співавт., 2023). Аналіз пунктів виявив характерний патерн: пункти субшкали EOT-F3 (зовнішньоорієнтоване мислення) систематично мають нижчі кореляції із загальною шкалою, ніж пункти субшкал DIF-F1 та DDF-F2. Зокрема, видалення пункту 10 (зворотно кодований пункт EOT) підвищило б альфа Кронбаха до 0,82. Цей феномен добре задокументований у міжнародній літературі та пояснюється концептуальною відмінністю когнітивного компонента алекситимії (зовнішньоорієнтованого мислення) від афективного компонента (труднощів з ідентифікацією та описом почуттів). Загалом надійність TAS-20 є достатньою для використання в дослідженні.

PSS-10 продемонструвала добру надійність (альфа Кронбаха = 0,86), що перевищує як українську адаптацію О. Вельдбрехт та Н. Тавровецької (2023) (альфа Кронбаха = 0,84), так і оригінальне дослідження (альфа Кронбаха = 0,70) (Cohen & Williamson, 1988). Аналіз пунктів продемонстрував, що всі 10 пунктів (включно з чотирма зворотно кодованими) працюють узгоджено: видалення жодного пункту не підвищує загальну альфа Кронбаха. Високий показник надійності на нашій вибірці може бути пов'язаний з актуальністю теми стресу для респондентів, більшість яких є молодими дорослими.

PC-PTSD-5 показала найнижчу внутрішню узгодженість серед використаних методик (альфа Кронбаха = 0,58), що є нижчим за українську адаптацію Н. Павленко (альфа Кронбаха = 0,78) (Павленко, 2024) та оригінальне дослідження (альфа Кронбаха = 0,80) (Prins та інші, 2015). Цей результат може

пояснюватися специфікою вибірки: середній бал PC-PTSD-5 становить лише 1,79 із максимальних 5, що свідчить про загалом низьку вираженість ПТСР-симптоматики серед респондентів. За умов обмеженої варіативності відповідей коефіцієнт альфа Кронбаха систематично занижується. Крім того, PC-PTSD-5 є коротким скринінговим інструментом, який складається з 5 дихотомічних пунктів (так/ні), для якого вимоги до внутрішньої узгодженості є менш суворими, ніж для повноцінних діагностичних шкал. Попри обмежену надійність, методика використовується у дослідженні з метою скринінгової оцінки наявності ПТСР-симптоматики, а не як основний діагностичний інструмент.

Узагальнюючи результати перевірки надійності, слід зазначити, що переважна більшість показників альфа Кронбаха на нашій вибірці є вищими, ніж у валідаційних дослідженнях. Це може бути пов'язано з відносною однорідністю нашої вибірки (84,5% жінок, переважно молоді дорослі з вищою освітою, значна частка з досвідом психотерапії), що підвищує послідовність відповідей. З одного боку, це додатково підтверджує надійність обраного інструментарію для даної вибірки, проте з іншого – це обмежує узагальнюваність результатів на ширшу популяцію. Загалом, усі п'ять методик продемонстрували достатній рівень психометричних властивостей для використання в емпіричному дослідженні зв'язку інтероцептивного усвідомлення з емоційною регуляцією.

2.2. Характеристики вибірки

В емпіричному дослідженні взяли участь 97 осіб. Вибірка була репрезентована переважно жінками ($N = 82$, 85%), чоловіки становили 14% вибірки ($N = 14$), 1 особа обрала варіант – «Інше/Не хочу відповідати» (1%). Такий гендерний дисбаланс є типовим для психологічних досліджень, де жінки традиційно виявляють вищу готовність до участі в опитуваннях, а також обумовлений соціально-психологічними чинниками військового стану в Україні.

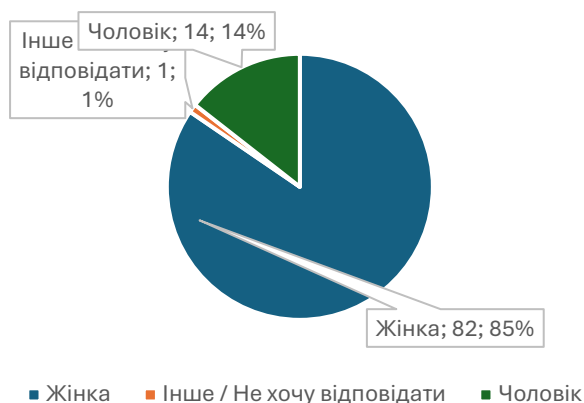


Рис. 2.1. Розподіл респондентів за статтю

Респонденти були розподілені за віковими категоріями наступним чином: 18-25 років – 2 респонденти; 26-35 років – 49 респондентів; 36-45 років – 32 респонденти; 46-55 років – 6 респондентів; 56-65 років – 7 респондентів; понад 65 років – 1 респондент. Відповідно, вибірка була представлена переважно молодими дорослими (за критерієм ВООЗ) (85.6% у віці 18-45 років), що відповідає більш активній життєвій позиції і потенційній актуальності теми дослідження для цієї вікової групи.

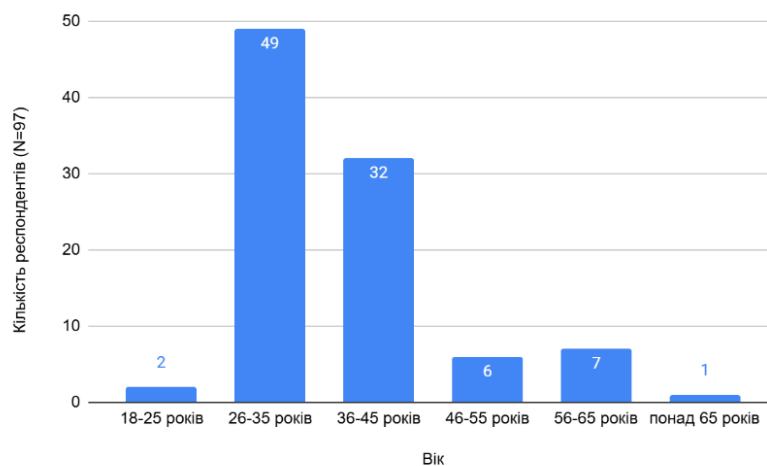


Рис. 2.2. Розподіл респондентів за віком

За місцем перебування протягом останнього року респонденти сформуливали дві групи: 62 особи (63,9%) перебували в Україні, а 35 осіб (36,1%) перебували за кордоном в умовах еміграції або вимушеної еміграції.



Рис. 2.3. Розподіл респондентів за місцем проживання протягом останнього року

За рівнем освіти вибірка характеризується високим освітнім рівнем: більшість респондентів (70,1%) мають повну вищу освіту, п'ята частина вибірки має декілька повних вищих освіт або науковий ступінь (21,6%), і лише 8 осіб (8,2%) мають неповну вищу освіту. Це свідчить про високий загальний освітній рівень респондентів і може бути пов'язано з більшою обізнаністю щодо психологічних конструктів та вищою готовністю до рефлексії власних емоційних і тілесних станів.

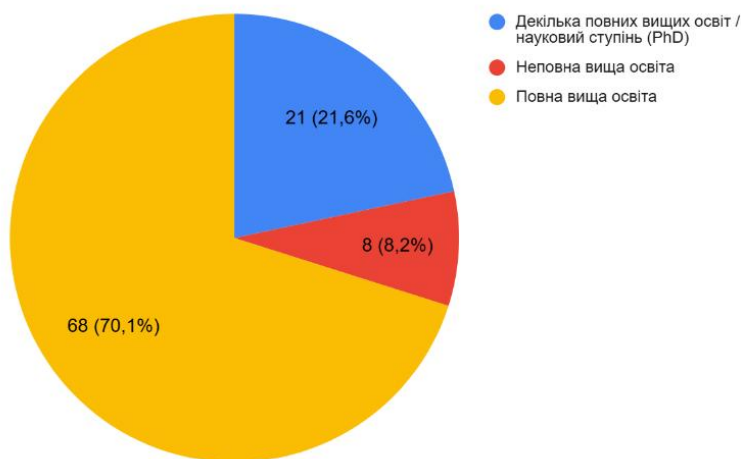


Рис. 2.4 Розподіл респондентів за наявністю освіти

За досвідом роботи з психологом або психотерапевтом респонденти сформували дві групи: 62 (63,9%) особи мали досвід роботи з психологом/психотерапевтом, а 35 респондентів (36,1%) не мали такого досвіду (Рис. 2.5.). Ця змінна була ключовою для перевірки модеруючого впливу досвіду

отримання психологічної допомоги на зв'язок інтероцептивного усвідомлення з емоційною регуляцією у дорослих.



Рис. 2.5. Розподіл респондентів за досвідом роботи з психологом / психотерапевтом

На рис. 2.6. зображено розподіл респондентів у нашій вибірці залежно від тривалості роботи з психологом або психотерапевтом.

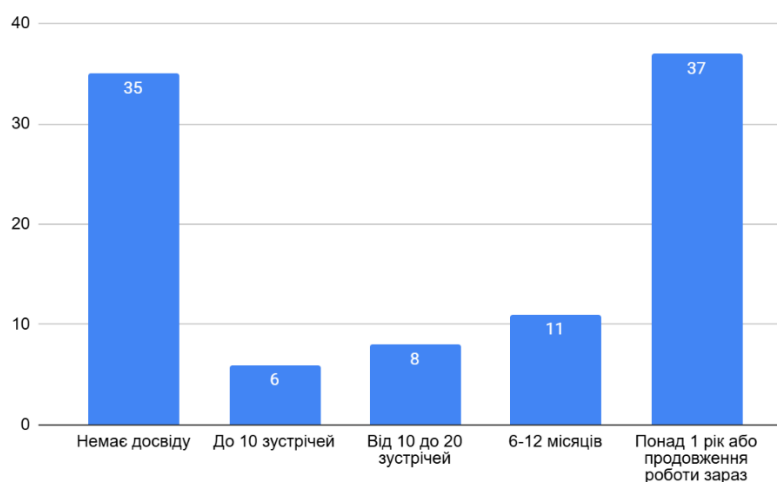


Рис. 2.6. Розподіл респондентів за тривалістю роботи з психологом / психотерапевтом

Враховуючи особливості вибірки, варто провести дослідження також на більш різноманітній та репрезентативній вибірці, що включатиме більш збалансоване представництво за статтю, віком, місцезнаходженням та досвідом роботи з психологом / психотерапевтом.

Висновки до розділу II

Для реалізації мети дослідження було сформовано батарею з п'яти стандартизованих методик, кожна з яких має українську адаптацію: MAIA-2 (Mehling, 2018; адаптація Волощенко, 2023) для оцінки інтероцептивного усвідомлення, DERS (Gratz & Roemer, 2004; адаптація Сак і Федотової, 2023) для вимірювання труднощів емоційної регуляції, TAS-20 (Taylor, 1991; адаптація Васильця та ін., 2023) для діагностики алекситимії, PSS-10 (Cohen & Williamson, 1988; адаптація Вельдбрехт і Тавровецької, 2022) для оцінки сприйнятого стресу та PC-PTSD-5 (Prins et al., 2015; адаптація Павленко, 2024) для скринінгу ПТСР-симптоматики. Обраний комплекс методик забезпечує комплексне вимірювання всіх ключових змінних дослідження та дозволяє аналізувати як основний зв'язок між інтероцептивним усвідомленням та емоційною регуляцією, так і роль опосередковуючих чинників.

Перевірка внутрішньої узгодженості методик на нашій вибірці засвідчила достатню надійність усього інструментарію. Чотири з п'яти методик продемонстрували добрий або відмінний рівень альфа Кронбаха: DERS (альфа Кронбаха = 0,93), MAIA-2 (альфа Кронбаха субшкал від 0,74 до 0,92), PSS-10 (альфа Кронбаха = 0,86) та TAS-20 (альфа Кронбаха = 0,81). Для PC-PTSD-5 отримано нижчий показник (альфа Кронбаха = 0,58), що є прийнятним для короткого скринінгового інструменту з дихотомічними пунктами та пояснюється обмеженою варіативністю відповідей у вибірці.

Вибірку дослідження склали 97 респондентів, переважно жінки (85%), молоді дорослі у віці 18–45 років (86%), з вищою освітою. Для групових порівнянь було виділено ключову змінну: досвід психотерапії/роботи з психологом (36,1% без досвіду, 63,9% з досвідом). Відносна однорідність вибірки за статтю, віком та освітнім рівнем, з одного боку, забезпечує високу послідовність відповідей і надійність вимірювань, з іншого боку обмежує узагальнюваність результатів на ширшу популяцію. Подальші дослідження доцільно проводити на більш збалансованій за соціально-демографічними характеристиками вибірці.

РОЗДІЛ III

РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ, ЇХ АНАЛІЗ ТА ОБГОВОРЕННЯ

3.1. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження

Аналіз даних емпіричного досліджування здійснювався поетапно і включав в себе дискриптивний, порівняльний, кореляційний, регресійний та медіаційний аналізи.

Дискриптивний аналіз та описові статистики

Аналіз описових статистик шкал МАІА-2 на нашій вибірці ($N = 97$) та їх порівняння з даними українськомовної адаптації Ю. Волощенка (2023) та оригінального дослідження W. Mehling (2018) дозволяє охарактеризувати профіль інтероцептивного усвідомлення респондентів (Табл. 3.1.).

За середніми значеннями наша вибірка переважно займає проміжне положення між двома джерелами порівняння або дещо нижче за обидва. Найвищі бали зафіксовано для шкал «Довіряння» (3,65) та «Емоційне Усвідомлення» (3,35). Найнижчі бали зафіксовано для шкал «Не Турбування» (2,12) та «Не Відволікання» (2,28). Шкала «Не Турбування» демонструє найнижчий показник серед трьох вибірок (2,12 vs 2,27 vs 2,52), тоді як «Емоційне Усвідомлення» є єдиною субшкалою, де наш показник перевищує українську адаптацію (3,35 vs 3,25).

Стандартні відхилення у нашій вибірці є систематично нижчими за українську адаптацію за всіма шкалами, але порівнянними з оригінальним дослідженням.

Таким чином, профіль інтероцептивного усвідомлення нашої вибірки загалом відповідає міжнародним даним за структурою та варіативністю відповідей. Знижений показник «Не Турбування» може бути пов'язаний із контекстом повномасштабної війни, що підвищує реактивність до тілесного дискомфорту, а підвищений показник «Емоційного Усвідомлення» може бути пов'язаний зі значною часткою респондентів, які повідомили про наявність досвіду роботи з психологом або психотерапевтом у нашій вибірці (63,9%).

Описові статистики результатів за шкалами МАІА-2

Шкала МАІА-2	Наша вибірка (N = 97)					Укр. адаптація (Ю. Волощенко, 2023)		Оригін. дослідження (W. Mehling, 2018)	
	Сер. знач.	Станд. відхил.	Медіана	Мін.	Макс.	Сер. знач.	Станд. відхил.	Сер. знач.	Станд. відхил.
Помічання	3,04	1,08	3	0	5	3,18	1,54	3,34	0,90
Не Відволікання	2,28	0,83	2,17	0	4,17	2,31	1,55	2,06	0,80
Не Турбування	2,12	0,88	2,20	0	4,20	2,27	1,51	2,52	0,85
Регулювання Уваги	2,79	0,91	3	0,43	4,29	2,99	1,35	2,84	0,86
Емоційне Усвідомлення	3,35	1,26	3,80	0	5	3,25	1,58	3,44	0,96
Саморегулювання	2,65	1,06	3	0,25	4,50	3,07	1,50	2,78	1,01
Прослуховування Тіла	2,44	1,28	2,67	0	5	2,81	1,50	2,20	1,17
Довіряння	3,65	0,98	4	1	5	3,93	1,27	3,37	1,11

Порівняння описових статистик МАІА-2 за групами досвіду роботи з психологом або психотерапевтом (табл. 3.2) показує, що група з таким досвідом ($n = 62$) має вищі середні значення за всіма вісьмома шкалами. Найбільша різниця спостерігається для шкал «Прослуховування Тіла» (1,75 vs 2,83; різниця 1,08 бала на шкалі 0–5), «Емоційного Усвідомлення» (2,86 vs 3,63; різниця 0,77) та «Помічання» (2,70 vs 3,23; різниця 0,53). Найменші відмінності зафіксовано для шкал «Не Турбування» (2,05 vs 2,16; різниця 0,11) та «Довіряння» (3,61 vs 3,68; різниця 0,07).

Група з досвідом роботи з психологом також демонструє нижчі стандартні відхилення, що свідчить про більшу однорідність відповідей у цій групі.

Таким чином, досвід психотерапії пов'язаний із вищим рівнем інтероцептивного усвідомлення, причому найвиразніше, за субшкалами активного прослуховування тіла та усвідомлення зв'язку тілесних відчуттів з емоціями. Статистичну значущість цих відмінностей підтверджено критерієм Манна-Вітні (див. Додаток Б).

Описові статистики результатів за шкалами МАІА-2 у групах респондентів за досвідом роботи з психологом або психотерапевтом

Шкала МАІА-2	Без досвіду психотерапії (n = 35)			З досвідом психотерапії (n = 62)		
	Середнє значення	Стандартне відхилення	Медіана	Середнє значення	Стандартне відхилення	Медіана
Помічання	2,70	1,22	2,75	3,23	0,95	3,25
Не Відволікання	2,17	0,98	1,83	2,34	0,73	2,33
Не Турбування	2,05	0,93	2	2,16	0,86	2,20
Регулювання Уваги	2,55	0,92	2,86	2,92	0,89	3,14
Емоційне Усвідомлення	2,86	1,45	3,20	3,63	1,05	3,90
Саморегулювання	2,41	1,15	2,75	2,79	0,98	3
Прослуховування Тіла	1,75	1,22	1,67	2,83	1,15	3
Довіряння	3,61	1,01	4	3,68	0,97	4

Загальний бал DERS нашої вибірки ($M = 82$; $SD = 19,30$) є порівнянним з міжнародними даними Gratz та Roemer (2004): $M = 77,99$ для жінок та $M = 80,66$ для чоловіків. Враховуючи переважання жінок у нашій вибірці (84,5%), загальний бал є дещо вищим за жіночу норму (різниця 4 бали), що може свідчити про помірно підвищений рівень труднощів емоційної регуляції. Загальний бал української адаптації ($M = 47,61$; $SD = 7,87$) є значно нижчим, однак цей показник отримано на контрольній групі здорових дорослих (батьки/опікуни здорових підлітків), що обмежує пряме порівняння.

На рівні субшкал профіль нашої вибірки загалом відтворює міжнародну структуру з двома помітними відхиленнями. Субшкала «Усвідомлення» ($M = 17$; $SD = 3,46$) є суттєво вищою за міжнародні показники ($M = 14,34$ для жінок), що свідчить про більші труднощі з усвідомленням емоцій у наших респондентів. Субшкала «Стратегії» ($M = 18,20$; $SD = 6,31$) також дещо перевищує міжнародну норму ($M = 16,16$ для жінок). Натомість «Цілі» ($M = 12,90$) є нижчим за міжнародний показник ($M = 14,41$ для жінок), що свідчить про відносно збережену здатність респондентів до цілеспрямованої поведінки під час емоційного дистресу. Інші субшкали є порівнянними з міжнародними даними.

Описові статистики субшкал DERS (Шкала труднощів емоційної регуляції)

Шкала DERS	Наша вибірка (N = 97)					Укр. адапт.* (Сак & Федотова, 2023)		Міжн. дослідж. (Gratz & Roemer, 2004)	
	Сер. знач.	Станд. відхил.	Медіана	Мін.	Макс.	Сер. знач.	Станд. відхил.	Сер. знач.	Станд. відхил.
Неприйняття	11,80	5,49	10	6	30	-	-	11,65 (Ж) 11,55 (Ч)	4,72 (Ж) 4,20 (Ч)
Цілі	12,90	3,53	12	7	21	-	-	14,41 (Ж) 14,34 (Ч)	4,95 (Ж) 5,16 (Ч)
Імпульс	11,30	4,42	10	6	28	-	-	10,82 (Ж) 11,55 (Ч)	4,41 (Ж) 4,59 (Ч)
Усвідомлення	17	3,46	17	10	27	-	-	14,34 (Ж) 16,26 (Ч)	4,60 (Ж) 4,61 (Ч)
Стратегії	18,20	6,31	17	8	39	-	-	16,16 (Ж) 16,23 (Ч)	6,19 (Ж) 6,26 (Ч)
Чіткість	10,80	3,05	11	5	19	-	-	10,61 (Ж) 10,74 (Ч)	3,80 (Ж) 3,67 (Ч)
Загальний бал DERS	82	19,30	79	49	139	47,61	7,87	77,99 (Ж) 80,66 (Ч)	20,72 (Ж) 18,79 (Ч)

**Примітка.* Субшкальні показники для української адаптації DERS не наводяться, оскільки автори (Сак, Федотова, 2023) подають лише загальний бал та айтемний аналіз. У таблиці наведені середнє значення та стандартне відхилення для дорослих представників групи контролю

Порівняння груп за досвідом психотерапії (табл. 3.4) показує, що група без досвіду має дещо вищий загальний бал DERS (84,80 vs 80,40), а також вищі показники за субшкалами «Імпульс» (12,10 vs 10,80), «Цілі» (13,50 vs 12,60) та «Чіткість» (11,30 vs 10,50). Субшкала «Стратегії» є ідентичною в обох групах (M = 18,20), що свідчить про те, що обмежений доступ до стратегій регуляції є спільною проблемою незалежно від досвіду терапії. Статистичну значущість цих відмінностей перевірено за допомогою критерію Манна-Вітні (див. Додаток Б), який не виявив значущих міжгрупових відмінностей за жодною субшкалою DERS. Це свідчить про те, що досвід психотерапії не пов'язаний з прямим зниженням показників емоційної дисрегуляції, хоча, як показано в розділі кореляційного аналізу, він суттєво модерує зв'язок між інтероцепцією та регуляцією.

Описові статистики субшкал DERS у групах респондентів за досвідом роботи з психологом або психотерапевтом

Шкала DERS	Без досвіду психотерапії (n = 35)			З досвідом психотерапії (n = 62)		
	Середнє значення	Стандартне відхилення	Медіана	Середнє значення	Стандартне відхилення	Медіана
Неприйняття	12,20	6,03	10	11,50	5,20	10
Цілі	13,50	3,70	13	12,60	3,42	12
Імпульс	12,10	4,78	11	10,80	4,18	10
Усвідомлення	17,50	3,78	17	16,70	3,25	16,50
Стратегії	18,20	6,79	17	18,20	6,09	16,50
Чіткість	11,30	3,23	11	10,50	2,93	10
Загальний бал DERS	84,80	20,70	82	80,40	18,40	77

Загальний бал TAS-20 нашої вибірки ($M = 41,10$; $SD = 10,10$) є порівнянним з українською адаптацією ($M = 39,89$; $SD = 8,73$) та помітно нижчим за оригінальне дослідження на канадській популяції ($M = 45,57$; $SD = 11,35$). За стандартними критеріями інтерпретації (≤ 51 – відсутність алекситимії), середній показник вибірки потрапляє у зону відсутності алекситимії, хоча значний розкид (від 22 до 67) вказує на наявність респондентів з різним рівнем вираженості цієї характеристики.

Профіль субшкал виявляє цікаві крос-культурні відмінності. Субшкала EOT-F3 (зовнішньоорієнтоване мислення) у нашій вибірці ($M = 16,30$) є помітно нижчою за обидва джерела порівняння, які демонструють майже ідентичні значення між собою (укр. адаптація: $M = 18,71$; оригінал: $M = 18,70$). Це може свідчити про нижчу виразність зовнішньоорієнтованого когнітивного стилю серед наших респондентів, ймовірно, завдяки значній частці осіб з досвідом психотерапії (63,9%), яка сприяє розвитку внутрішньої рефлексії. Натомість субшкали DIF-F1 (Ідентифікація почуттів) ($M = 13,30$) та DDF-F2 (Опис почуттів) ($M = 11,50$) займають проміжне положення: вищі за українську адаптацію (DIF: 11,83; DDF: 9,34), але нижчі за оригінальне дослідження (DIF:

14,38; DDF: 12,50). Це вказує на помірний рівень труднощів з ідентифікацією та описом почуттів у нашій вибірці.

Табл. 3.5.

Описові статистики шкал TAS-20 (Торонтська шкала алекситимії)

Шкала TAS-20	Наша вибірка (N = 97)					Укр. адаптація (Василець & Шаповал та співавт., 2023)*		Оригін. дослідж. (Parker, Taylor & Bagby, 2003).**	
	Сер. знач.	Станд. відхил.	Медіана	Мін.	Макс.	Сер. знач.	Станд. відхил.	Сер. знач.	Станд. відхил.
DIF-F1 (Ідентифікація почуттів)	13,30	4,59	13	6	25	11,83	4,43	14,38	5,21
DDF-F2 (Опис почуттів)	11,50	3,81	11	5	20	9,34	3,43	12,50	4,20
EOT-F3 (Зовнішнє мислення)	16,30	4,40	16	8	32	18,71	4,23	18,70	4,72
Загальний бал TAS-20	41,10	10,10	40	22	67	39,89	8,73	45,57	11,35

Примітка. *Значення української адаптації наведено для контрольної групи практично здорових осіб

**Значення оригінального дослідження наведені на підставі дослідження 2003 року для загальної канадської популяції

Порівняння груп за досвідом психотерапії (табл. 3.6) демонструє послідовну тенденцію: група з досвідом терапії має нижчі показники за всіма субшкалами TAS-20 та загальним балом (39,30 vs 44,20). Найбільша різниця спостерігається для EOT-F3 (Зовнішнє мислення) (15,50 vs 17,70; різниця 2,20 бали) та DDF-F2 (Опис почуттів) (10,80 vs 12,70; різниця 1,90 бали), що свідчить про те, що досвід психотерапії найбільше пов'язаний зі зниженням зовнішньоорієнтованого мислення та покращенням здатності описувати почуття. Субшкала DIF-F1 (Ідентифікація почуттів) демонструє найменшу різницю (13,00 vs 13,90), що може вказувати на більшу стійкість труднощів з ідентифікацією почуттів до впливу психотерапії. Примітно, що загальний бал TAS-20 у групі без досвіду терапії (M = 44,20) наближається до рівня канадської популяції (M =

45,57), тоді як у групі з досвідом терапії ($M = 39,30$) – до рівня контрольної групи української адаптації ($M = 39,89$).

Табл. 3.6.

Описові статистики шкал TAS-20 у групах респондентів за досвідом роботи з психологом або психотерапевтом

Шкала TAS-20	Без досвіду психотерапії (n = 35)			З досвідом психотерапії (n = 62)		
	Середнє значення	Станд. відхил.	Медіана	Середнє значення	Станд. відхил.	Медіана
DIF-F1 (Ідентифікація почуттів)	13,90	4,63	14	13	4,57	12
DDF-F2 (Опис почуттів)	12,70	3,70	13	10,80	3,73	10
EOT-F3 (Зовнішнє мислення)	17,70	4,88	18	15,50	3,94	15,50
Загальний бал TAS-20	44,20	9,97	44	39,30	9,76	38

Загальний бал PSS-10 нашої вибірки ($M = 19,80$; $SD = 6,22$) займає проміжне положення між двома джерелами порівняння. Він є суттєво нижчим за показник української адаптації ($M = 25,64$; $SD = 6,72$), яку було проведено в умовах перших місяців повномасштабної війни 2022 року (Вельдбрехт & Тавровецька, 2022), що природно зумовило підвищений рівень сприйнятого стресу серед українських респондентів на той момент. Водночас наш показник є помітно вищим за дані міжнародного дослідження Cohen та Janicki-Deverts (2012) ($M = 15,21$; $SD = 7,28$), що базується на американській вибірці 2009 року. Різниця у 4,59 бала з міжнародним показником може відображати як культурні відмінності у сприйнятті стресу, так і об'єктивно вищий рівень стресогенних чинників, пов'язаних із тривалою війною в Україні. Стандартне відхилення нашої вибірки ($SD = 6,22$) є найнижчим серед трьох вибірок, що свідчить про відносну однорідність у сприйнятті стресу серед наших респондентів.

Описові статистики PSS-10 (Шкала сприйнятого стресу)

Шкала	Наша вибірка (N = 97)					Укр. адаптація (Вельдбрехт & Тавровецька, 2022).		Міжнар. дослідж. (Cohen & Janicki-Deverts, 2012)*.	
	Сер. знач.	Станд. відхил.	Медіана	Мін	Макс	Сер. знач.	Станд. відхил.	Сер. знач.	Станд. відхил.
Загальн. бал PSS-10	19,80	6,22	19	4	35	25,6 4	6,72	15,21	7,28

**Примітка. Дані міжнародного дослідження наведені на підставі даних опитування за 2009 р.*

Порівняння груп за досвідом психотерапії (табл. 3.8) не виявило суттєвих відмінностей у рівні сприйнятого стресу: група без досвіду терапії ($M = 20,00$; $SD = 6,75$) та група з досвідом ($M = 19,70$; $SD = 5,95$) демонструють практично ідентичні середні значення та медіани. Цей результат узгоджується з даними критерію Манна-Вітні ($p = ,833$) та з висновками регресійного аналізу, де стрес виявився «універсальним» предиктором труднощів емоційної регуляції, однаково вираженим в обох групах. Відсутність різниці у рівні стресу між групами означає, що виявлені в кореляційному аналізі відмінності у структурі зв'язків між інтероцепцією та регуляцією не можуть бути пояснені різним рівнем стресу і, ймовірно, зумовлені саме досвідом психотерапії.

Табл. 3.8.

Описові статистики PSS-10 за групами досвіду роботи з психологом або психотерапевтом

Шкала	Без досвіду психотерапії (N = 35)			З досвідом психотерапії (N = 62)		
	Сер. значення	Станд. відхил.	Медіана	Сер. значення	Станд. відхил.	Медіана
Загальний бал PSS-10	20	6,75	19	19,70	5,95	19,50

Загальний бал PC-PTSD-5 нашої вибірки ($M = 1,79$; $SD = 1,46$) займає проміжне положення між двома джерелами порівняння (див. Табл. 3.9.). Він є нижчим за показник української адаптації Н. Павленко (2024) ($M = 2,62$; $SD = 1,60$), яку проведено на неклінічній вибірці в умовах воєнного часу, але вищим за міжнародне дослідження Ченг та співавт. (2021) ($M = 1,37$; $SD = 1,64$). При пороговому значенні 3 балів для жінок, 4 балів для чоловіків для скринінгу ймовірного ПТСР середній показник нашої вибірки знаходиться нижче цієї межі. Нижчий показник порівняно з українською адаптацією може бути пов'язаний з тим, що збір даних у нашому дослідженні проводився пізніше (кінець 2025 - початок 2026 року), коли можливі адаптаційні процеси до хронічного стресу воєнного часу, а також це може бути пов'язано з тим, що 36,1% вибірки перебувають за кордоном і можуть мати нижчу експозицію до безпосередніх травматичних подій порівняно з респондентами, які залишаються проживати в Україні.

Табл. 3.9.

Описові статистики PC-PTSD-5 (Шкала первинної діагностики ПТСР)

Шкала	Наша вибірка (N = 97)					Укр. адаптація* (Павленко, 2024).		Міжн. дослідж. (Cheng та співавт., 2021)	
	Сер. знач.	Станд. відхил	Медіана	Мін.	Макс.	Сер. знач.	Станд. відхил.	Сер. знач.*	Станд. відхил.
Загальн. бал PC-PTSD-5	1,79	1,46	2	0	5	2,62	1,60	1,37	1,64

Примітка. *Середні значення та стандартне відхилення наведені для неклінічної вибірки

Порівняння груп за досвідом психотерапії (табл. 3.10) виявляє тенденцію, зворотну до решти методик: група з досвідом терапії має дещо вищий середній бал PC-PTSD-5 (1,97 vs 1,49), хоча медіана є однаковою в обох групах ($Mdn = 2$). Ця відмінність не досягає статистичної значущості за критерієм Манна-Вітні ($p = ,158$), проте її напрямок є цілком логічним: саме наявність ПТСР-симптоматики може бути мотивом звернення за психологічною допомогою. Цей результат

набуває додаткового значення у контексті регресійного аналізу, де PC-PTSD-5 виявив діаметрально протилежну роль у двох групах: у групі без терапії ПТСР-симптоматика є найсильнішим предиктором емоційної дисрегуляції ($\beta = +,416$; $p = ,007$), тоді як у групі з терапією вона пов'язана з кращою регуляцією ($\beta = -,188$; $p = ,025$), що може відображати набуті в процесі терапії навички подолання.

Табл. 3.10.

Описові статистики PC-PTSD-5 за групами досвіду психотерапії

Шкала	Без досвіду психотерапії (n = 35)			З досвідом психотерапії (n = 62)		
	Середнє значення	Стандартне відхилення	Медіана	Середнє значення	Стандартне відхилення	Медіана
Загальний бал PC-PTSD-5	1,49	1,29	2	1,97	1,54	2

Порівняльний аналіз та оцінка нормальності розподілу

Перевірка нормальності розподілу отриманих показників за допомогою тесту Шапіро-Вілка показала, що значна частина досліджуваних змінних порушує припущення про нормальність як на рівні загальної вибірки, так і на рівні окремих підгруп (за досвідом роботи з психологом/психотерапевтом і без досвіду). Враховуючи ці результати, а також відносно невеликий обсяг підгруп, для подальшого порівняння груп було обрано непараметричний критерій Манна-Вітні, а для кореляційного аналізу – коефіцієнт кореляції Спірмена. У додатку А представлені результати оцінки нормальності розподілу у нашій вибірці у підгрупах.

Для перевірки значущості відмінностей між групами за досвідом роботи з психологом/психотерапевтом застосовано критерій Манна-Вітні (Додаток Б). Результати виявили два кластери значущих відмінностей: за показниками інтероцептивного усвідомлення (MAIA-2) та алекситимії (TAS-20), тоді як за показниками емоційної регуляції (DERS), стресу (PSS-10) та ПТСР (PC-PTSD-5) значущих міжгрупових відмінностей не виявлено.

За шкалою MAIA-2 група з досвідом психотерапії демонструє значуще вищі бали за чотирма з восьми субшкал. Найбільший розмір ефекту зафіксовано для «Прослуховування Тіла» ($U = 566$; $p < ,001$; $r_{rb} = ,478$ – середній ефект):

респонденти з досвідом терапії суттєво більше схильні активно слухати тіло для розуміння свого стану. Середній ефект також виявлено для «Емоційного Усвідомлення» ($U = 740$; $p = ,009$; $r_{rb} = ,318$). Малий, але значущий ефект – для «Помічання» ($U = 809$; $p = ,037$; $r_{rb} = ,255$) та «Регулювання Уваги» ($U = 811$; $p = ,039$; $r_{rb} = ,253$). Субшкали «Не Відволікання», «Не Турбування», «Саморегулювання» та «Довіряння» не демонструють значущих відмінностей.

За шкалою TAS-20 група з досвідом психотерапії має значуще нижчий загальний бал алекситимії ($U = 736$; $p = ,009$; $r_{rb} = -,322$ – середній ефект). Значущі відмінності виявлено також для субшкал «Опис почуттів» (DDF-F2: $U = 780$; $p = ,021$; $r_{rb} = -,282$) та «Зовнішнє мислення» (EOT-F3: $U = 795$; $p = ,029$; $r_{rb} = -,267$). Субшкала «Ідентифікація почуттів» (DIF-F1) не досягає значущості ($p = ,313$), що може свідчити про більшу стійкість труднощів з розпізнаванням почуттів порівняно з труднощами їх вербалізації.

За жодною субшкалою та загальним балом DERS значущих відмінностей між групами не виявлено (усі $p > ,05$). Загальний бал PSS-10 ($p = ,833$) та PC-PTSD-5 ($p = ,158$) також не відрізняються між групами. Відсутність прямих відмінностей за DERS є важливим контекстом для інтерпретації кореляційного та регресійного аналізів: досвід психотерапії не знижує безпосередньо рівень емоційної дисрегуляції, але, принципово змінює структуру зв'язків між інтероцепцією та регуляцією.

Кореляційний аналіз

Для визначення характеру зв'язків між досліджуваними конструктами було проведено кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта кореляції Спірмена (ρ), що обумовлено результатами перевірки нормальності розподілу (тест Шапіро-Вілکا), який засвідчив порушення нормальності для більшості досліджуваних змінних. Аналіз проведено на трьох рівнях: (1) на загальній вибірці ($N = 97$), (2) окремо для групи без досвіду психотерапії ($n = 35$) та (3) для групи з досвідом психотерапії ($n = 62$).

Кореляційний аналіз на загальній вибірці

Зв'язок інтероцептивного усвідомлення з емоційною регуляцією.

Результати кореляційного аналізу (див. Додаток В) підтвердили наявність значущого від'ємного зв'язку між загальним рівнем інтероцептивного усвідомлення (Загальний бал MAIA-2) та загальним показником труднощів емоційної регуляції (Загальний бал DERS): $\rho = -,455$ ($p < ,001$). Це може свідчити про те, що вищий рівень інтероцептивного усвідомлення пов'язаний з меншими труднощами емоційної регуляції, і навпаки. За класифікацією Cohen (1988), сила зв'язку є помірною.

Аналіз на рівні окремих субшкал MAIA-2 виявив важливу диференціацію: найсильніші від'ємні кореляції з загальним балом DERS продемонстрували так звані «регуляторні» компоненти інтероцепції: Регулювання Уваги ($\rho = -,441$; $p < ,001$), Саморегулювання ($\rho = -,437$; $p < ,001$), Не Відволікання ($\rho = -,400$; $p < ,001$), Довіряння ($\rho = -,379$; $p < ,001$) та Прослуховування Тіла ($\rho = -,346$; $p < ,001$). Натомість «рецептивні» компоненти: Помічання ($\rho = -,168$; $p = ,100$) та Емоційне Усвідомлення ($\rho = -,057$; $p = ,581$) не виявили значущих зв'язків з труднощами емоційної регуляції.

Цей результат узгоджується з теоретичною моделлю W. Mehling (2012), який розрізняє «рецептивне» та «регуляторне» інтероцептивне усвідомлення. Отримані дані свідчать про те, що саме активні навички роботи з тілесними відчуттями, такі як здатність регулювати увагу, не відволікатися від дискомфорту та довіряти тілу є значущими предикторами ефективної емоційної регуляції. Натомість, пасивне помічання тілесних сигналів або навіть усвідомлення їхнього зв'язку з емоціями саме по собі не зменшує труднощів з емоційною регуляцією.

На рівні субшкал DERS найсильніші від'ємні кореляції з загальним балом MAIA-2 виявлено для субшкал Усвідомлення ($\rho = -,487$; $p < ,001$) та Чіткість ($\rho = -,479$; $p < ,001$). Це означає, що інтероцептивне усвідомлення найтісніше пов'язане саме з емоційною усвідомленістю та чіткістю розуміння емоцій, тобто з когнітивними аспектами емоційної регуляції.

Зв'язок інтероцептивного усвідомлення з алекситимією. Загальний бал MAIA-2 значуще від'ємно корелює з загальним балом TAS-20 ($\rho = -,403$; $p < ,001$).

,001), що свідчить про помірний обернений зв'язок: вищий рівень інтероцептивного усвідомлення асоціюється з нижчим рівнем алекситимії. Окремо з субшкалою DIF-F1 (труднощі з ідентифікацією почуттів) найсильніші зв'язки виявлено для Регулювання Уваги ($\rho = -,401$; $p < ,001$), Довіряння ($\rho = -,359$; $p < ,001$) та Не Відволікання ($\rho = -,349$; $p < ,001$). Це свідчить про те, що здатність направляти увагу на тілесні відчуття та довіряти їм сприяє кращому розпізнаванню власних емоцій.

Примітно, що субшкала Не Турбування практично не корелює з алекситимією ($\rho = -,002$; $p = ,986$), що свідчить про концептуальну незалежність здатності не хвилюватися через тілесний дискомфорт від труднощів розпізнавання емоцій.

Зв'язок інтероцептивного усвідомлення зі стресом. Загальний бал MAIA-2 помірно від'ємно корелює з PSS-10 ($\rho = -,318$; $p = ,002$). Найсильніший зв'язок зі стресом виявлено для субшкали Саморегулювання ($\rho = -,422$; $p < ,001$) – це єдина субшкала MAIA-2, що демонструє помірну кореляцію зі сприйнятим стресом. Також значущими є кореляції з Довірянням ($\rho = -,290$; $p = ,004$), Регулюванням Уваги ($\rho = -,285$; $p = ,005$) та Прослуховуванням Тіла ($\rho = -,274$; $p = ,007$). Водночас Помічання ($\rho = -,004$) та Емоційне Усвідомлення ($\rho = -,033$) не пов'язані зі стресом, що ще раз підтверджує: саме активні регуляторні навички, а не пасивні, відіграють захисну роль щодо стресу.

Зв'язок інтероцептивного усвідомлення з ПТСР-симптоматикою. Загальний бал MAIA-2 слабо, але значуще від'ємно корелює з PC-PTSD-5 ($\rho = -,228$; $p = ,025$). Серед окремих субшкал значущими виявились лише Саморегулювання ($\rho = -,220$; $p = ,030$) та Не Турбування ($\rho = -,216$; $p = ,034$). Загалом зв'язок інтероцепції з ПТСР є найслабшим серед усіх досліджуваних конструктів, що може пояснюватися обмеженою варіативністю балів PC-PTSD-5 у нашій вибірці ($M = 1,79$ з максимальних 5).

Зв'язки між іншими конструктами дослідження. Виявлено сильні додатні кореляції між загальним балом DERS та PSS-10 ($\rho = ,565$; $p < ,001$), а також між DERS та TAS-20 ($\rho = ,559$; $p < ,001$). Це свідчить про те, що труднощі

емоційної регуляції тісно пов'язані як зі сприйнятим стресом, так і з алекситимією. Помірна кореляція виявлена між DERS та PC-PTSD-5 ($\rho = ,333$; $p < ,001$) та між PSS-10 і PC-PTSD-5 ($\rho = ,351$; $p < ,001$).

Важливим є те, що TAS-20 та PSS-10 між собою не мають значущої кореляції ($\rho = ,155$; $p = ,129$), незважаючи на те, що обидва конструкти сильно пов'язані з DERS. Це свідчить про те, що алекситимія та сприйнятий стрес впливають на емоційну регуляцію через різні, незалежні механізми. Алекситимія відображає дефіцит емоційної обробки (труднощі з розпізнаванням та описом почуттів), тоді як стрес відображує перевантаження зовнішніми вимогами, що перевищують ресурси людини.

Порівняння кореляційних структур за групами досвіду психотерапії

Для перевірки гіпотези про модеруючу роль досвіду психотерапії у зв'язку між інтероцептивним усвідомленням та емоційною регуляцією було проведено кореляційний аналіз окремо для двох груп: без досвіду психотерапії ($n = 35$) та з досвідом психотерапії ($n = 62$). Отримані результати виявили принципові відмінності у структурі зв'язків між групами (див. Додаток Г).

Центральний зв'язок між інтероцептивним усвідомленням та емоційною регуляцією. У групі без досвіду психотерапії кореляція між загальним балом MAIA-2 та загальним балом DERS є незначущою ($\rho = -,124$; $p > ,05$), тоді як у групі з досвідом психотерапії ця кореляція є сильною та високозначущою ($\rho = -,591$; $p < ,001$). Різниця між коефіцієнтами кореляцій двох груп ($\Delta\rho = ,467$) є значущою. Це може означати, що зв'язок між інтероцептивним усвідомленням та емоційною регуляцією є значущим у групі осіб, які мають досвід психотерапії.

На рівні окремих субшкал MAIA-2 виявлено аналогічний патерн. У групі без терапії лише одна субшкала Не Турбування ($\rho = -,351$; $p < ,05$) має значущу кореляцію з DERS. Натомість у групі з терапією значущими є шість із восьми субшкал, причому найсильніші зв'язки демонструють Саморегулювання ($\rho = -,560$; $p < ,001$), Регулювання Уваги ($\rho = -,559$; $p < ,001$), Не Відволікання

($\rho = -.475$; $p < .001$), Прослуховування Тіла ($\rho = -.440$; $p < .001$), Довіряння ($\rho = -.399$; $p < .01$) та Помічання ($\rho = -.347$; $p < .01$).

Слід зазначити також два окремих патерни. По-перше, субшкала Помічання у групі без терапії демонструє навіть позитивну, хоч і незначущу, кореляцію з DERS ($\rho = +.152$), тоді як у групі з терапією – значущу від’ємну ($\rho = -.347$; $p < .01$). Цей результат може свідчити про те, що без психотерапевтичного контексту підвищене помічання тілесних відчуттів може бути ознакою гіперпильності, яка не сприяє, а навпаки ускладнює емоційну регуляцію. По-друге, субшкала Не Турбування є єдиною, де кореляція значуща лише у групі без терапії ($\rho = -.351$; $p < .05$ vs $\rho = -.174$; ns), що може свідчити про те, що для людей без досвіду терапії саме здатність «не хвилюватися» через дискомфорт є єдиним інтероцептивним ресурсом, пов’язаним із зниженням емоційної дисрегуляції.

Інтероцептивне усвідомлення та алекситимія. Подібний контраст спостерігається і для зв’язку з алекситимією. Загальний бал MAIA-2 не корелює з TAS-20 у групі без терапії ($\rho = -.137$; ns), але має помірну від’ємну кореляцію у групі з терапією ($\rho = -.436$; $p < .001$). Ще більш виразним є контраст для субшкали DIF-F1 (труднощі з ідентифікацією почуттів): у групі без терапії загальний бал MAIA-2 практично не пов’язаний з DIF ($\rho = -.022$; ns), тоді як у групі з терапією ця кореляція є сильною ($\rho = -.507$; $p < .001$; $\Delta\rho = .485$). Це може свідчити про те, що після досвіду психотерапії інтероцептивне усвідомлення починає «працювати» на покращення розпізнавання емоцій, тоді як без терапії ці системи функціонують автономно.

Інтероцептивне усвідомлення та стрес. Найдраматичніший контраст між групами виявлено для зв’язку інтероцепції зі стресом. Загальний бал MAIA-2 у групі без терапії навіть слабо позитивно (хоч і незначущо) корелює з PSS-10 ($\rho = +.040$), тоді як у групі з терапією ця кореляція є сильною від’ємною ($\rho = -.505$; $p < .001$; $\Delta\rho = .545$ – це найбільша різниця між групами серед усіх пар конструктів). Особливої уваги заслуговує субшкала Помічання, яка у групі без терапії має значущу позитивну кореляцію зі стресом ($\rho = +.401$; $p < .05$): тобто

більше помічання тілесних відчуттів пов'язане з вищим стресом. Це може відображати механізм соматичної тривоги: без психотерапевтичного контексту підвищена увага до тілесних сигналів може посилювати тривожність та сприйнятий стрес.

Інтероцептивне усвідомлення та ПТСР. Для зв'язку з ПТСР-симптоматикою спостерігається аналогічний патерн, хоча менш виражений: загальний бал MAIA-2 не корелює з PC-PTSD-5 у групі без терапії ($\rho = -.056$; ns), але помірно корелює у групі з терапією ($\rho = -.404$; $p < .01$). Найсильніші зв'язки у групі з терапією виявлено для субшкал Саморегулювання ($\rho = -.356$; $p < .01$), Регулювання Уваги ($\rho = -.351$; $p < .01$) та Прослуховування Тіла ($\rho = -.334$; $p < .01$).

Зв'язки між іншими конструктами за групами. Варто зазначити, що деякі зв'язки між «негативними» конструктами також відрізняються за групами. Кореляція між DERS та TAS-20 є значно сильнішою у групі з терапією ($\rho = .690$; $p < .001$) порівняно з групою без терапії ($\rho = .298$; ns). Це може свідчити про те, що після досвіду психотерапії зв'язок між алекситимією та емоційною дисрегуляцією стає більш «прозорим», оскільки людина починає краще усвідомлювати, як труднощі з розпізнаванням почуттів впливають на здатність їх регулювати. Водночас кореляція DERS з PSS-10 залишається стабільною в обох групах ($\rho \approx .56$; $p < .001$), що свідчить про універсальний характер зв'язку між стресом та емоційною дисрегуляцією незалежно від досвіду психотерапії.

Перевірка значущості відмінностей між кореляціями за групами (тест Фішера)

Для формальної перевірки того, чи відмінності між коефіцієнтами кореляції Спірмена у двох групах (без досвіду та з досвідом психотерапії) є статистично значущими, було застосовано тест Фішера для порівняння кореляцій. Цей метод передбачає перетворення кожного коефіцієнта кореляції у Z-значення Фішера з подальшим обчисленням Z-статистики різниці, яка враховує обсяги обох груп. Тест Фішера підтвердив статистичну значущість відмінностей

між кореляціями для 6 з 10 перевірених пар конструктів, результати тесту Фішера наведено у Додатку Д.

Центральний зв'язок дослідження. Різниця кореляцій між інтероцептивним усвідомленням (MAIA-2) та труднощами емоційної регуляції (DERS) у двох групах ($\rho = -,124$ у групі без терапії vs $\rho = -,591$ у групі з терапією) є статистично значущою ($Z = 2,53$; $p = ,012$). Цей результат формально підтверджує модеруючу роль досвіду психотерапії у зв'язку між інтероцепцією та емоційною регуляцією.

Інтероцепція та стрес. Найбільшу та найзначущішу різницю виявлено для пари MAIA-2 – PSS-10 ($\Delta\rho = ,545$; $Z = 2,72$; $p = ,007$). У групі без терапії зв'язок між інтероцепцією та стресом є практично нульовим ($\rho = +,040$), тоді як у групі з терапією він є сильним від'ємним ($\rho = -,505$). Це свідчить про те, що захисна роль інтероцептивного усвідомлення щодо стресу реалізується за наявності терапевтичного досвіду.

Інтероцепція та ідентифікація почуттів. Різниця кореляцій MAIA-2 – DIF-F1 є статистично значущою ($Z = 2,45$; $p = ,015$): у групі без терапії інтероцепція не пов'язана з ідентифікацією почуттів ($\rho = -,022$), тоді як у групі з терапією цей зв'язок є сильним ($\rho = -,507$). Психотерапія, ймовірно, допомагає «пов'язати» тілесні відчуття з розпізнаванням емоцій.

Субшкала «Помічання» – зміна знаку кореляції. Два найдраматичніші контрасти стосуються субшкали «Помічання» MAIA-2. Кореляція Помічання – PSS-10 змінює напрямок: від значущо додатної у групі без терапії ($\rho = +,401$) до від'ємної у групі з терапією ($\rho = -,246$). Ця різниця є високозначущою ($Z = 3,08$; $p = ,002$) і є найбільшою за абсолютним значенням серед усіх перевірених пар ($\Delta\rho = ,647$). Аналогічний патерн спостерігається для пари Помічання – DERS ($Z = 2,35$; $p = ,019$). Ці результати мають важливе теоретичне значення: без психотерапевтичного контексту підвищене помічання тілесних відчуттів може бути ознакою гіперпильності, яка пов'язана з вищим стресом та більшою дисрегуляцією. Після отримання терапевтичного досвіду помічання набуває адаптивного характеру і починає виконувати захисну функцію.

Зв'язок дисрегуляції з алекситимією. Різниця кореляцій DERS – TAS-20 між групами також є статистично значущою ($Z = 2,46$; $p = ,014$): зв'язок між труднощами емоційної регуляції та алекситимією є значно тіснішим у групі з терапією ($\rho = ,690$) порівняно з групою без терапії ($\rho = ,298$). Цей результат узгоджується з даними регресійного аналізу, де TAS-20 виступив найсильнішим предиктором DERS у групі з терапією ($\beta = ,569$), але був повністю незначущим у групі без терапії ($\beta = ,050$).

Незначущі відмінності. Різниці кореляцій MAIA-2 – TAS-20 загальний ($p = ,134$), MAIA-2 – PC-PTSD-5 ($p = ,090$), DERS – PC-PTSD-5 ($p = ,217$) та PSS-10 – PC-PTSD-5 ($p = ,112$) не досягають статистичної значущості. Для MAIA-2 – PC-PTSD-5 результат наближається до значущості ($p = ,090$), що може бути пов'язано з обмеженим обсягом групи без терапії ($n = 35$), який знижує статистичну потужність тесту.

Таким чином, тест Фішера надає формальне статистичне підтвердження модеруючої ролі досвіду психотерапії: зв'язок інтероцептивного усвідомлення з емоційною регуляцією, стресом та ідентифікацією почуттів є статистично значуще сильнішим у групі з досвідом терапії. Окрім того, для субшкали «Помічання» виявлено значущу зміну напрямку зв'язку зі стресом та дисрегуляцією, що свідчить про якісну трансформацію ролі інтероцепції під впливом психотерапії.

Теоретична інтерпретація отриманих результатів кореляційного аналізу

Отримані результати дозволяють сформулювати кілька обережних, але важливих висновків щодо характеру зв'язку між інтероцептивним усвідомленням та емоційною регуляцією.

По-перше, підтверджено наявність значущого від'ємного зв'язку між інтероцептивним усвідомленням та труднощами емоційної регуляції на загальній вибірці ($\rho = -,455$; $p < ,001$). Цей результат узгоджується з даними зарубіжних досліджень: W. Mehling та колеги (2012) та Price & Hooven (2018) повідомляли

про аналогічні від'ємні кореляції між MAIA та показниками емоційної дисрегуляції.

По-друге, виявлена чітка диференціація між «регуляторними» та «рецептивними» компонентами інтероцептивного усвідомлення. Субшкали, що відображають активну роботу з тілесними відчуттями (Саморегулювання, Регулювання Уваги, Довіряння), мають значно сильніші зв'язки з емоційною регуляцією, стресом та алекситимією, ніж субшкали пасивного сприйняття (Помічання, Емоційне Усвідомлення). Цей результат підтверджує модель W. Mehling (2012), де інтероцептивне усвідомлення розглядається не як унітарний конструкт, а як багатовимірний спектр від пасивної рецепції до активної саморегуляції.

По-третє, і це є центральним результатом дослідження, виявлено модеруючу роль досвіду психотерапії у зв'язку між інтероцептивним усвідомленням та емоційною регуляцією. У групі без досвіду психотерапії зв'язок між загальним балом MAIA-2 та загальним балом DERS є незначущим ($p = -,124$), тоді як у групі з досвідом він є сильним ($p = -,591$). Цей результат свідчить про те, що саме по собі інтероцептивне усвідомлення є необхідною, але недостатньою умовою ефективної емоційної регуляції. Для «конвертації» інтероцептивних навичок у регуляторні ресурси потрібен додатковий чинник – і цим чинником, за нашими даними, може бути досвід психотерапії.

Цей висновок узгоджується з концепцією «інтероцептивної грамотності» (Khoury et al., 2018; Farb et al., 2015), яка передбачає, що ефективне використання тілесних сигналів для емоційної регуляції потребує не лише здатності їх відчувати, а й здатності інтерпретувати та інтегрувати їх у емоційний контекст. Психотерапія, очевидно, сприяє формуванню саме цієї інтегративної здатності: люди з досвідом терапії не просто відчують тіло, а вміють використовувати тілесну інформацію як ресурс для управління емоціями.

По-четверте, виявлено, що алекситимія та сприйнятий стрес, будучи однаково сильно пов'язаними з труднощами емоційної регуляції ($p \approx ,56$), не корелюють між собою ($p = ,155$; ns). Це свідчить про їхній незалежний внесок у

порушення емоційної регуляції через принципово різні механізми: алекситимія робить внесок через дефіцит емоційної обробки на рівні ідентифікації та вербалізації почуттів, а стрес – через перевантаження регуляторних ресурсів зовнішніми вимогами. Цей результат має важливе практичне значення: інтервенції, спрямовані на зниження алекситимії (наприклад, розвиток інтероцептивного усвідомлення та емоційного словника) та на зниження стресу (наприклад, техніки релаксації та стрес-менеджмент), є комплементарними і можуть взаємно підсилювати ефект психотерапії.

Регресійний аналіз і побудова моделі ієрархічної множинної лінійної регресії

Для визначення предикторів труднощів емоційної регуляції та оцінки відносного внеску кожного з досліджуваних конструктів було побудовано ієрархічну множинну лінійну регресію. Залежною змінною виступив загальний бал DERS. Предиктори додавалися послідовно чотирма блоками: (1) субшкали MAIA-2 (Не Відволікання, Не Турбування, Регулювання Уваги, Саморегулювання, Прослуховування Тіла, Довіряння), (2) загальний бал TAS-20, (3) загальний бал PSS-10, (4) загальний бал PC-PTSD-5. Аналіз проведено на загальній вибірці ($n = 97$) і результати наведено в таблицях 3.11. та 3.12, а також окремо для групи без досвіду психотерапії ($n = 35$) та з досвідом ($n = 62$), результати наведено в таблицях 3.13 та 3.14.

Перевірка допущень лінійної регресії засвідчила коректність моделі. Тест Дарбіна-Вотсона (Durbin-Watson) для перевірки автокореляції залишків показав значення в діапазоні 1,9–2,2 у всіх моделях, що свідчить про відсутність автокореляції (норма – значення близькі до 2). Фактор інфляції дисперсії (VIF), який оцінює мультиколінеарність предикторів, не перевищував 4,0 для жодного з предикторів (при нормі $VIF < 5$), що підтверджує відсутність надмірної взаємної кореляції між незалежними змінними.

Результати ієрархічної регресії на загальній вибірці

Модель 1 (шість субшкал MAIA-2) пояснює 35,4% дисперсії загального балу DERS, про що свідчить коефіцієнт детермінації ($R^2 = ,354$). Модель є

статистично значущою за F-критерієм ($F(6, 90) = 8,24$; $p < ,001$). Значущими предикторами є лише дві субшкали: Не Турбування зі стандартизованим коефіцієнтом регресії $\beta = -,328$ ($p < ,001$) та Не Відволікання ($\beta = -,244$; $p = ,010$). Решта субшкал не є значущими предикторами, що пояснюється їхньою високою взаємною кореляцією: фактор інфляції дисперсії (VIF) для цих субшкал сягає 2,81, тобто вони «конкурують» за пояснення подібної частини дисперсії залежної змінної.

Додавання TAS-20 (Модель 2) значуще збільшує коефіцієнт детермінації (R^2) на 13,0 відсоткових пунктів. Зміна коефіцієнта детермінації ($\Delta R^2 = ,130$) є статистично значущою за F-критерієм зміни ($F = 22,4$; $p < ,001$). Алекситимія стає найсильнішим предиктором зі стандартизованим коефіцієнтом регресії $\beta = ,410$ ($p < ,001$), а субшкала Не Відволікання втрачає значущість (стандартизований коефіцієнт знижується з $\beta = -,244$ до $\beta = -,141$; $p > ,05$). Це свідчить про часткову медіацію: вплив субшкали «Не Відволікання» на труднощі емоційної регуляції частково опосередковується алекситимією.

Додавання PSS-10 (Модель 3) дає ще один значущий приріст: зміна коефіцієнта детермінації становить $\Delta R^2 = ,100$ ($F = 21,1$; $p < ,001$). Загальний коефіцієнт детермінації (R^2) сягає ,584, а скоригований коефіцієнт детермінації ($\text{Adj. } R^2$) – ,546, тобто модель пояснює понад 58% дисперсії DERS з урахуванням кількості предикторів. Стандартизовані коефіцієнти регресії TAS-20 ($\beta = ,408$; $p < ,001$) та PSS-10 ($\beta = ,361$; $p < ,001$) мають подібну силу впливу, а Не Турбування залишається єдиним значущим інтероцептивним предиктором ($\beta = -,236$; $p = ,001$).

Додавання PC-PTSD-5 (Модель 4) не покращує модель: зміна коефіцієнта детермінації є мінімальною ($\Delta R^2 = ,001$), а F-критерій зміни незначущий ($F = 0,23$; $p = ,633$). Стандартизований коефіцієнт регресії для PC-PTSD-5 становить лише $\beta = ,037$ ($p > ,05$). Отже, ПТСР-симптоматика не робить незалежного внеску у пояснення труднощів емоційної регуляції після контролю інших чинників.

**Показники моделі ієрархічної регресії (залежна змінна заг. бал DERS,
N = 97)**

Модель	R	R ²	Adj. R ²	ΔR^2	F(ΔR^2)	p(ΔR^2)
1. MAIA-2 (6 субшкал)	,595	,354	,311	,354	8,24	<,001
2. + TAS-20	,696	,484	,444	,130	22,4	<,001
3. + PSS-10	,764	,584	,546	,100	21,1	<,001
4. + PC-PTSD-5	,765	,585	,542	,001	0,23	,633

Примітка. R – коефіцієнт множинної кореляції; R² – коефіцієнт детермінації; Adj. R² – скоригований коефіцієнт детермінації; ΔR^2 – зміна коефіцієнта детермінації; F(ΔR^2) – F-критерій зміни; p – рівень значущості. Жирним шрифтом виділені значущі p (p < ,05).

Таким чином, фінальна модель на загальній вибірці включає три значущі предиктори: алекситимію ($\beta = ,403$), сприйнятий стрес ($\beta = ,352$) та «Не Турбування» MAIA-2 ($\beta = -,230$) (див. Табл. 3.12), які разом забезпечують коефіцієнт детермінації R² = ,585, що відповідає 58,5% поясненої дисперсії труднощів емоційної регуляції.

Табл. 3.12.

Стандартизовані коефіцієнти регресії (β) для кожної моделі (N = 97)

Предиктор	Модель 1	Модель 2	Модель 3	Модель 4
Не Відволікання	-0,244*	-0,141	-0,095	-0,091
Не Турбування	-0,328***	-0,310***	-0,236**	-0,230**
Регулюв. Уваги	-0,189	-0,095	-0,164	-0,165
Саморегулювання	-0,245	-0,245	-0,047	-0,043
Прослухов. Тіла	0,083	0,096	0,047	0,047
Довіряння	-0,056	-0,009	0,025	0,024
TAS-20	—	0,410***	0,408***	0,403***
PSS-10	—	—	0,361***	0,352***
PC-PTSD-5	—	—	—	0,037

Примітка. * p < ,05; ** p < ,01; *** p < ,001. β – стандартизований коефіцієнт регресії. «—» – предиктор не включений до моделі.

Порівняння регресійних моделей за групами досвіду психотерапії

Порівняння регресійних моделей за групами виявило принципові відмінності у структурі предикторів труднощів емоційної регуляції (Табл. 3.13).

Роль алекситимії. Найдраматичніша відмінність стосується TAS-20. У групі з досвідом психотерапії алекситимія є найсильнішим предиктором DERS зі стандартизованим коефіцієнтом регресії $\beta = ,569$ ($p < ,001$) і забезпечує найбільшу зміну коефіцієнта детермінації ($\Delta R^2 = ,221$; $p < ,001$), тобто додає 22,1% поясненої дисперсії. У групі без досвіду психотерапії алекситимія є повністю незначущим предиктором: стандартизований коефіцієнт регресії становить лише $\beta = ,050$, а зміна коефіцієнта детермінації мінімальна та незначуща ($\Delta R^2 = ,023$; $p = ,324$). Цей результат свідчить про те, що без досвіду терапії зв'язок між труднощами розпізнавання почуттів та труднощами їх регуляції не усвідомлюється і не реалізується як функціональна залежність. Психотерапія, ймовірно, сприяє інтеграції процесів ідентифікації та регуляції емоцій, роблячи цей зв'язок функціонально значущим.

Роль ПТСР-симптоматики. Другою принциповою відмінністю є діаметрально протилежний напрямок впливу PC-PTSD-5. У групі без терапії ПТСР є найсильнішим предиктором дисрегуляції зі стандартизованим коефіцієнтом регресії $\beta = +,416$ ($p = ,007$) і забезпечує значущу зміну коефіцієнта детермінації ($\Delta R^2 = ,130$; $p = ,007$): травматичний досвід безпосередньо руйнує емоційну регуляцію за відсутності терапевтичного ресурсу. У групі з терапією цей зв'язок є від'ємним ($\beta = -,188$; $p = ,025$): після статистичного контролю алекситимії та стресу наявність ПТСР-симптоматики парадоксально пов'язана з *меншою* дисрегуляцією. Цей супресорний ефект може пояснюватися тим, що в групі з досвідом терапії особи з ПТСР-симптоматикою вже пройшли або проходять лікування і набули певних навичок емоційної регуляції. Крім того, саме ПТСР-симптоматика часто є мотивом звернення за психологічною допомогою, що обумовлює більш активну роботу над емоційною регуляцією.

Роль стресу. На відміну від алекситимії та ПТСР, сприйнятий стрес є стабільним предиктором труднощів емоційної регуляції в обох групах з

подібними стандартизованими коефіцієнтами регресії: $\beta = ,365$ ($p = ,023$) у групі без терапії та $\beta = ,377$ ($p < ,001$) у групі з терапією. Це свідчить про універсальний характер зв'язку між стресом та емоційною дисрегуляцією: перевантаження зовнішніми вимогами однаково підриває емоційну регуляцію незалежно від наявності терапевтичного досвіду.

Роль інтероцептивних субшкал. У фінальній моделі (Block 4) жодна субшкала MAIA-2 не досягає статистичної значущості на рівні $p < ,05$ в жодній із груп, хоча Не Турбування та Регулювання Уваги наближаються до значущості в обох групах ($p = ,065$ – $,094$). Це підтверджує висновок про те, що вплив інтероцептивного усвідомлення на емоційну регуляцію є переважно опосередкованим – він реалізується через зниження алекситимії та стресу, а не напряму.

Табл. 3.13.

Порівняння показників ієрархічної регресії за групами досвіду психотерапії

Модель	Група без досвіду психотерапії (N = 35)			Група з досвідом психотерапії (N = 62)		
	R ²	ΔR^2	p	R ²	ΔR^2	p
1. MAIA-2 субшкали	,369	,369	,032	,435	,435	<,001
2. + TAS-20	,392	,023	,324	,656	,221	<,001
3. + PSS-10	,488	,096	,036	,730	,073	<,001
4. + PC-PTSD-5	,618	,130	,007	,755	,025	,025

Примітка. R² – коефіцієнт детермінації; ΔR^2 – зміна коефіцієнта детермінації; p – рівень значущості F-критерію зміни. Жирним – значущі p.

Пояснювальна сила моделей. Повна модель (Block 4) забезпечує коефіцієнт детермінації (R^2) = ,755 у групі з досвідом терапії (скоригований коефіцієнт детермінації Adj. R^2 = ,712) та R^2 = ,618 у групі без терапії (Adj. R^2 = ,480) (див. Табл. 3.14.). Вища пояснювальна сила моделі у групі з терапією свідчить про те, що психотерапевтичний досвід сприяє формуванню більш «зв'язної» системи емоційної регуляції, де компоненти інтероцептивного

усвідомлення, алекситимії та стресу функціонують як єдина інтегрована структура.

Табл. 3.14.

Порівняння стандартизованих коефіцієнтів регресії (β) фінальної моделі за групами

Предиктор	Група без досвіду психотерапії (N = 35)	Група з досвідом психотерапії (N = 62)	Загальна вибірка (N=97)
Не Відволікання	-0,067	-0,131	-0,091
Не Турбування	-0,287 (p=,065)	-0,130 (p=,078)	-0,230**
Регулювання Уваги	-0,343 (p=,090)	-0,230 (p=,094)	-0,165
Саморегулювання	0,033	-0,046	-0,043
Прослуховування Тіла	0,221	0,023	0,047
Довіряння	-0,093	0,096	0,024
TAS-20	0,050	0,569***	0,403***
PSS-10	0,365*	0,377***	0,352***
PC-PTSD-5	0,416**	-0,188*	0,037
R ² / Adj. R ²	,618 / ,480	,755 / ,712	,585 / ,542

Примітка. * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$. β – стандартизований коефіцієнт регресії; R^2 – коефіцієнт детермінації; Adj. R^2 – скоригований коефіцієнт детермінації.

Рисунок 3.1. відображає результати ієрархічної множинної регресії з порівнянням двох груп. Верхня частина кожної панелі показує кумулятивний приріст коефіцієнта детермінації (R^2) по блоках: кольорові сегменти відповідають внеску кожного блоку предикторів (фіолетовий – MAIA-2, темно-фіолетовий – TAS-20, зелений – PSS-10, червоний/салатовий – PC-PTSD-5). Нижня частина порівнює стандартизовані коефіцієнти регресії (β) фінальної моделі; жовтим виділено рядки з ключовими контрастами між групами.

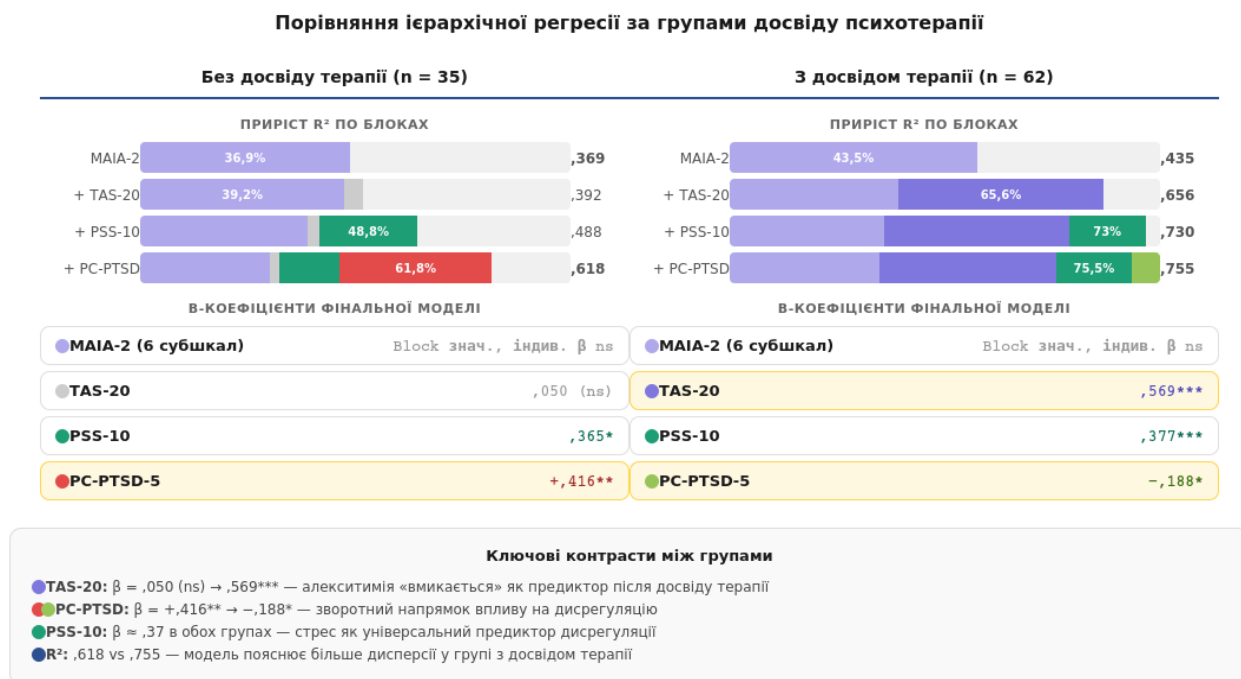


Рис. 3.1. Порівняння ієрархічної регресії за групами досвіду психотерапії

Найвиразніші відмінності стосуються двох предикторів. По-перше, алекситимія (TAS-20) є найсильнішим предиктором у групі з досвідом терапії ($\beta = ,569$; $p < ,001$), але повністю незначущою у групі без терапії ($\beta = ,050$). На візуалізації це відображено як різке розширення темно-фіолетового сегмента у правій панелі порівняно зі сірим у лівій. По-друге, PC-PTSD-5 діє у протилежних напрямках: руйнує регуляцію без терапії ($\beta = +,416$; червоний сегмент) та пов'язаний з кращою регуляцією після терапії ($\beta = -,188$; салатовий сегмент). Стрес (PSS-10) залишається стабільним предиктором в обох групах ($\beta \approx ,37$; зелений сегмент однакового розміру).

Загалом повна модель забезпечує коефіцієнт детермінації $R^2 = ,755$ у групі з досвідом терапії та $R^2 = ,618$ у групі без терапії, що свідчить про більш інтегровану систему емоційної регуляції у осіб з психотерапевтичним досвідом.

Узагальнення результатів регресійного аналізу

Результати ієрархічної множинної регресії дозволяють сформулювати такі основні висновки.

По-перше, три конструкти: алекситимія (TAS-20), сприйнятий стрес (PSS-10) та інтероцептивне усвідомлення (шість субшкал MAIA-2) — разом

забезпечують коефіцієнт детермінації (R^2) = ,584 на загальній вибірці, тобто пояснюють 58,4% дисперсії труднощів емоційної регуляції. Це свідчить про значну пояснювальну силу моделі для крос-секційного дослідження.

По-друге, алекситимія та стрес є двома найсильнішими незалежними предикторами дисрегуляції зі стандартизованими коефіцієнтами регресії $\beta \approx ,40$ та $\beta \approx ,36$ відповідно, які впливають через різні механізми: алекситимія впливає через дефіцит емоційної обробки, а стрес – через перевантаження регуляторних ресурсів.

По-третє, вплив інтероцептивного усвідомлення на емоційну регуляцію є переважно опосередкованим: більшість субшкал MAIA-2 втрачають значущість після контролю алекситимії та стресу. Лише субшкала «Не Турбування», яка обумовлює здатність не реагувати емоційним дистресом на тілесний дискомфорт зберігає прямий вплив зі стандартизованим коефіцієнтом регресії $\beta = -,230$ ($p < ,01$). Це вказує на особливу роль «толерантності до дискомфорту» як незалежного регуляторного ресурсу.

По-четверте, досвід психотерапії принципово змінює структуру предикторів: у групі з терапією алекситимія є ключовим чинником зі стандартизованим коефіцієнтом регресії $\beta = ,569$, тоді як у групі без терапії її роль нульова ($\beta = ,050$). ПТСР-симптоматика діє в протилежних напрямках: руйнує регуляцію без терапії ($\beta = +,416$), але пов'язана з кращою регуляцією за наявності терапевтичного досвіду ($\beta = -,188$). Стрес залишається універсальним предиктором незалежно від групи зі стабільним стандартизованим коефіцієнтом регресії ($\beta \approx ,37$).

По-п'яте, повна модель забезпечує більш високий коефіцієнт детермінації (R^2) у групі з досвідом терапії ($R^2 = ,755$; скоригований коефіцієнт детермінації $\text{Adj. } R^2 = ,712$) порівняно з групою без терапії ($R^2 = ,618$; $\text{Adj. } R^2 = ,480$). Вища пояснювальна сила моделі у групі з терапією свідчить про те, що психотерапевтичний досвід сприяє формуванню більш «зв'язної» системи емоційної регуляції, де компоненти інтероцептивного усвідомлення, алекситимії та стресу функціонують як єдина інтегрована структура.

Перевірка опосередкованого впливу інтероцептивного усвідомлення на емоційну регуляцію (медіаційний аналіз)

Кореляційний та регресійний аналізи засвідчили, що зв'язок інтероцептивного усвідомлення з труднощами емоційної регуляції значною мірою послаблюється після введення алекситимії та сприйнятого стресу. Для формальної перевірки гіпотези про опосередкований характер цього зв'язку було побудовано медіаційну модель методом структурного моделювання (пакет jAMM в jamovi). Незалежною змінною (X) виступив загальний бал інтероцептивного усвідомлення (MAIA-2), залежною змінною (Y) виступив загальний бал труднощів емоційної регуляції (DERS), а медіаторами (M) алекситимія (TAS-20) і сприйнятий стрес (PSS-10). Оскільки непрямий ефект є добутком коефіцієнтів ($a \times b$) і має несиметричний розподіл, довірчі інтервали обчислювалися методом бутстрепа (5000 ітерацій, перцентильний метод) (див. Табл. 3.15).

Табл. 3.15.

Результати медіаційного аналізу (X – Загальний бал MAIA-2; M – TAS-20, PSS-10; Y – DERS; N = 97)

Ефект	Оцінка (b)	SE	95% ДІ [Lower; Upper]	β	z	p
Непрямі ефекти (Indirect)						
MAIA-2 $\Rightarrow$ TAS-20 $\Rightarrow$ DERS	-5,21	1,47	[-8,73; -2,26]	-0,185	-3,55	<,001
MAIA-2 $\Rightarrow$ PSS-10 $\Rightarrow$ DERS	-2,75	1,29	[-7,18; 0,33]	-0,098	-2,13	,033
Компонентні шляхи (Component)						
MAIA-2 $\Rightarrow$ TAS-20 (a ₁)	-6,17	1,35	[-8,66; -3,53]	-0,420	-4,55	<,001
TAS-20 $\Rightarrow$ DERS (b ₁)	0,84	0,15	[0,49; 1,22]	0,441	5,68	<,001
MAIA-2 $\Rightarrow$ PSS-10 (a ₂)	-2,04	0,90	[-4,64; 0,26]	-0,225	-2,28	,023
PSS-10 $\Rightarrow$ DERS (b ₂)	1,34	0,22	[0,90; 1,88]	0,433	5,99	<,001

Результати медіаційного аналізу (X – Загальний бал MAIA-2; M – TAS-20, PSS-10; Y – DERS; N = 97) (продовження)

Ефект	Оцінка (b)	SE	95% ДІ [Lower; Upper]	β	z	p
<i>Прямий та загальний ефекти</i>						
Прямий: MAIA-2 $\Rightarrow$ DERS	-3,55	2,22	[-8,31; 1,49]	-0,126	-1,60	,110
Загальний: MAIA-2 $\Rightarrow$ DERS	-11,50	2,62	[-16,87; -6,38]	-0,409	-4,39	<,001

Примітка. b – нестандартизований коефіцієнт; SE – стандартна похибка; β – повністю стандартизований коефіцієнт; ДІ – довірчий інтервал, обчислений бутстреп-методом (перцентильний, 5000 ітерацій). a_1 , a_2 – шляхи від предиктора до медіаторів; b_1 , b_2 – шляхи від медіаторів до залежної змінної.

Загальний ефект інтероцептивного усвідомлення на труднощі емоційної регуляції виявився значущим і від'ємним ($b = -11,50$; $\beta = -0,409$; $p < ,001$): вищий рівень інтероцептивного усвідомлення в цілому пов'язаний з меншими труднощами емоційної регуляції. Однак після введення в модель медіаторів прямий ефект став статистично незначущим ($b = -3,55$; $\beta = -0,126$; $p = ,110$; 95% ДІ [-8,31; 1,49] містить нуль). Це свідчить про те, що інтероцептивне усвідомлення впливає на емоційну регуляцію не безпосередньо, а опосередковано через інші конструкти.

Аналіз непрямих ефектів показав, що ключовим медіатором є алекситимія. Непрямий ефект через TAS-20 є значущим ($b = -5,21$; $\beta = -0,185$; $p < ,001$), причому його бутстреп-довірчий інтервал [-8,73; -2,26] не містить нуля, що підтверджує надійність опосередкування. Механізм цього шляху розкривають компонентні коефіцієнти: вищий рівень інтероцептивного усвідомлення пов'язаний з нижчою алекситимією (шлях a_1 : $b = -6,17$; $p < ,001$), а нижча алекситимія пов'язана з меншими труднощами емоційної регуляції (шлях b_1 : $b = 0,84$; $p < ,001$).

Непрямий ефект через сприйнятий стрес (PSS-10) є слабшим і менш стійким: за z -критерієм він досягає значущості ($b = -2,75$; $\beta = -0,098$; $p = ,033$), проте його бутстреп-довірчий інтервал [-7,18; 0,33] перетинає нуль. Оскільки

бутстреп-інтервал є надійнішим критерієм для непрямих ефектів, цей шлях доцільно інтерпретувати як тенденцію, а не як стійке опосередкування. Слабкість цього каналу зумовлена насамперед помірним зв'язком інтероцепції зі стресом (шлях a_2 : $b = -2,04$; $p = ,023$), тоді як вплив самого стресу на дисрегуляцію є сильним (шлях b_2 : $b = 1,34$; $p < ,001$).

Отримані результати узгоджуються з нещодавнім дослідженням Türkel et al. (2025), проведеним на клінічній вибірці з 306 пацієнтів консультативно-зв'язкової психіатрії, де також застосовано тріаду методик MAIA-2, DERS і TAS-20 та медіаційний аналіз із бутстреп-оцінюванням (5000 ітерацій). Як і в нашому дослідженні, автори виявили значущий від'ємний зв'язок між загальним інтероцептивним усвідомленням та труднощами емоційної регуляції ($r = -0,487$; $p < 0,001$), а також між інтероцепцією та алекситимією ($r = -0,493$; $p < 0,001$). Близькість цих коефіцієнтів до отриманих нами на українській вибірці свідчить про стійкість тріадної структури «інтероцепція – алекситимія – емоційна регуляція» в різних популяціях і культурах. Але відмінність полягає в тому, що Türkel et al. (2025) побудували модель, у якій медіатором виступають труднощі емоційної регуляції, що опосередковують зв'язок між інтероцепцією та алекситимією. У нашому ж дослідженні медіатором є алекситимія, що опосередковує зв'язок між інтероцепцією та емоційною регуляцією. Така розбіжність не є суперечністю: самі автори зазначають, що традиційно в літературі підкреслювалася саме опосередковуюча роль алекситимії, і пояснюють її через модель «уваги-оцінки», за якою обробка емоційної інформації передуює її регуляції. Наша модель, де алекситимія постає безпосереднім чинником дисрегуляції, спирається саме на цей традиційний теоретичний підхід (Türkel et al., 2025).

Отримані результати дають формальне підтвердження висновку, зробленого на основі регресійного аналізу: вплив інтероцептивного усвідомлення на емоційну регуляцію є переважно опосередкованим. Інтероцептивне усвідомлення знижує труднощі емоційної регуляції насамперед тому, що вищий його рівень пов'язаний з нижчою алекситимією, яка є

безпосереднім чинником емоційної дисрегуляції. Це узгоджується з концепцією «інтероцептивної грамотності» та обґрунтовує доцільність розробленої тренінгової програми, центральним завданням якої є побудова «містка» між тілесним усвідомленням і розпізнаванням емоцій (зниження алекситимії). Водночас слід зважати на обмеження, пов'язане з крос-секційним дизайном дослідження: медіаційна модель відображає статистичне опосередкування на основі одночасно виміряних змінних і не є прямим доказом причинно-наслідкової послідовності в часі.

3.2. Програма психологічного тренінгу «Тіло як ресурс: розвиток емоційної регуляції через інтероцептивне усвідомлення»

На основі результатів емпіричного дослідження було розроблено програму психологічного тренінгу, спрямовану на покращення емоційної регуляції через розвиток інтероцептивного усвідомлення, зниження алекситимії та управління стресом. Концептуальною основою тренінгу є результати ієрархічної регресії, яка показала, що три чинники алекситимія, сприйнятий стрес та інтероцептивна толерантність до дискомфорту разом пояснюють 58,4% дисперсії труднощів емоційної регуляції. Ключова знахідка дослідження полягає у тому, що у групі без досвіду психотерапії інтероцептивне усвідомлення не «конвертується» у кращу регуляцію. Тому тренінг має на меті створити цей «місток» між тілесним усвідомленням та емоційною регуляцією.

При розробці психологічного тренінгу до уваги взято рекомендації Завгородньої, Степури та Шаталіної (2020) щодо профілактики та подолання алекситимічних проявів в умовах групових занять з використанням невербальних форм самовираження, релаксаційних технік, створення безпечного та підтримувального середовища, поступового розвитку навичок вербалізації емоційного досвіду та стимулювання креативності (Завгородня, Степура & Шаталіна, 2020), а також напрацювання з дванадцятикрокової програми зцілення від травми Пітера Левіна (2022).

Також, при розробці тренінгу використано інструменти тілесно-орієнтованої психотерапії. Як відзначають І. Клименко та співавтори (2024),

одним із завдань тілесно-орієнтованої психотерапії є відновлення контакту людини з власними відчуттями, емоціями та потребами. Робота з тілесними реакціями допомагає усвідомити зв'язок між психоемоційним станом і фізичними проявами стресу, а також сприяє інтеграції травматичного досвіду. Найбільшої ефективності вдається досягти за умови поєднання тілесних технік із методами психологічного опрацювання пережитого досвіду. До основних інструментів цього підходу належать дихальні практики, вправи на розвиток тілесної усвідомленості, техніки релаксації та різні форми рухової активності. Їх застосування сприяє зниженню психофізіологічного напруження, покращенню емоційної регуляції та формуванню більшої чутливості до власних внутрішніх станів (Клименко та співавт., 2024).

Також, психологічний тренінг розроблено з урахуванням основних принципів тілесно-орієнтованої психотерапії, виокремлених О. С. Івановою (2025):

Принцип єдності тіла і психіки, який передбачає, що психічні процеси завжди мають тілесний прояв, а тілесні зміни впливають на емоційний стан.

Принцип саморегуляції, згідно з яким людина має внутрішню здатність до відновлення рівноваги, якщо створити умови для вільного прояву енергії.

Принцип усвідомлення, який передбачає, що зцілення починається з уважного ставлення до тілесних відчуттів, дихання, ритму, напруги, руху.

Принцип безпеки, відповідно до якого робота з тілом завжди проводиться поступово, без примусу чи тиску, з повагою до меж клієнта (Іванова, 2025: 61).

Загальна характеристика програми психологічного тренінгу

Назва: «Тіло як ресурс: розвиток емоційної регуляції через інтероцептивне усвідомлення». Тематичну структуру психологічного тренінгу наведено в таблиці 3.17.

Мета: Покращення емоційної регуляції через розвиток інтероцептивного усвідомлення, зниження алекситимії та управління стресом.

Цільова аудиторія: Дорослі без досвіду психотерапії, які хочуть покращити розуміння власних емоцій та здатність їх регулювати

Формат: 5 сесій × 4 години (1 раз на тиждень, 5 тижнів), загальний обсяг – 20 годин

Розмір групи: 8–12 осіб

Оцінка ефективності: Вхідне та вихідне оцінювання за методиками MAIA-2 та TAS-20.

Табл. 3.17.

Тематична структура тренінгу

№	Назва сесії	Ключовий конструкт	Емпіричне обґрунтування
1	Знайомство з тілом: безпечне помічання та регулювання уваги	Інтероцептивне усвідомлення (MAIA-2: Помічання, Регулювання Уваги)	Mann-Whitney: Помічання $p=,037$; Регулювання Уваги $p=,039$
2	Довіра тілу та міст між тілом і емоціями	Толерантність до дискомфорту (MAIA-2: Не Турбування, Довіряння, Прослуховування Тіла)	Регресія: Не Турбування $\beta=-,230^{**}$; Mann-Whitney: Прослуховування Тіла $r=,478$
3	Емоційний словник: від алекситимії до усвідомлення	Алекситимія (TAS-20)	Регресія: TAS-20 $\beta=,403^{***}$; Fisher Z: Заг. бал MAIA-2 ↔ DIF $p=,015$
4	Стрес-менеджмент через тіло	Сприйнятий стрес (PSS-10)	Регресія: PSS-10 $\beta=,352^{***}$; Fisher Z: Заг. бал MAIA-2 ↔ PSS $p=,007$
5	Інтеграція: моя система емоційної регуляції	Інтеграція всіх компонентів	$R^2=,755$ у групі з терапією: компоненти як єдина структура

Сесія 1 (тиждень 1). «Знайомство з тілом: безпечне помічання та регулювання уваги» (4 год)

Блок 1. Вступ та діагностика (60 хв)

Знайомство учасників, обговорення очікувань та правил групи (20 хв). Міні-лекція «Що таке інтероцепція та навіщо слухати тіло» про зв'язок тілесних сигналів з емоціями, приклади з повсякденного життя (20 хв). Вхідне оцінювання за скороченими версіями MAIA-2 та TAS-20 для відстеження прогресу (20 хв).

Блок 2. Базове помічання (60 хв)

Вправа «Заземлення та центрування» (П. Левін, 2022: 76) (7 хв) – завдання відчувати землю/підлогу під ногами, помітити пружність ніг, відчувати як ноги спираються на землю, далі повільно розхитуватись з боку в бік, уперед – назад, далі виявити, де розташований центр тяжіння, покласти на нього руки.

Вправа «Сканування тіла» (13 хв). Послідовне направлення уваги від стоп до голови з голосовим супроводом тренера. Учасники відмічають відчуття без оцінки (тепло, тиск, пульсація, порожнеча). Ведучий акцентує на тому, що відчуття несуть в собі інформацію, а не загрозу.

Вправа «Описування та відстеження фізичних відчуттів» (П. Левін, 2022: 86) (20 хв) – у парах описати тілесні відчуття за допомогою запропонованого списку (поколювання, стискання, розширення, вібрація, теплота, важкість, легкість тощо). Метою є розширити сенсорний словник і здатність до опису тілесних відчуттів. Партнер може допомагати запитаннями: «Яким є це фізичне відчуття?», «Де у тілі ви це відчуваєте?», «Як ви дихаєте?», «Яке у вас зараз серцебиття?», тощо.

Групове обговорення: що було легко чи складно помітити, які відчуття виявились несподіваними (20 хв).

Перерва (20 хвилин)

Блок 3. Регулювання уваги (60 хв)

Танцювально-рухова розминка (10 хв).

Вправа «Три зони усвідомлення» (Skottun, G., & Krüger, Å., 2021) (35 хв). В парах учасники розповідають один одному (по 15 хв.) про свої усвідомлення фразою «Зараз я усвідомлюю, що...», переключаючи увагу між зовнішньою зоною усвідомлення (звуки, зорові об'єкти, запахи, дотики), середньою зоною думок (інтерпретації, думки, спогади) та внутрішніми відчуттями (дихання, серцебиття, тілесні відчуття, напруга в тілі) за сигналом ведучого. Після виконання вправи вільне обговорення (5 хв.)

Вправа «Дихальний якір» (15 хв) – фокусування на відчуттях від дихання в конкретній точці (ніс, грудна клітка, живіт) за допомогою голосового супроводу

ведучого/аудіо. При відволіканні необхідно м'яко повертати увагу. Ця техніка стає базовою для всіх наступних сесій.

Блок 4. Закріплення та домашнє завдання (40 хв)

Підсумок сесії, вільне обговорення.

Пояснення домашнього завдання, що складатиметься з щоденних практик: «Дихальний якір» (5 хв. вранці) та «Сканування тіла» (10 хв. ввечері).

Сесія 2 (тиждень 2). «Довіра тілу та міст між тілом і емоціями» (4 год)

Блок 1. Обговорення та розминка (60 хв)

Вільне обговорення домашнього завдання, своїх спостережень (15 хв.)

Розминка (20 хв.). Міні-лекція: «Толерантність до дискомфорту як ключ до емоційної стійкості» (20 хв.). Питання (5 хв.)

Блок 2. Довіра тілу та толерантність до дискомфорту (60 хв)

Вправа «Утримання пози» (20 хв). Потрібно зайняти помірно некомфортну позу (стійка на одній нозі, планка, залежно від рівня фізичної підготовки). Завдання: спостерігати за дискомфортом без реагування дією. Почергово виконати в парах та обговорити як змінювались відчуття, що відбувалося з бажанням зупинитися або змінити позу.

Вправа «Дискомфорт без катастрофи» (20 хв) – керована візуалізація тілесних відчуттів, асоційованих з дискомфортом (місця, де є напруга в тілі, затиск або біль). Ведучий моделює спокійне ставлення: «Відчуття є, але це безпечно. Тіло повідомляє, а не загрожує».

Вільний діалог із обговоренням спостережень в міні групах по 3-4 людини (20 хв.)

Перерва (20 хв.)

Блок 3. Міст «тіло – емоція» (75 хв)

Вправа «Карта емоцій тіла» (40 хв). На контурі тіла кольорами позначити, де відчувається кожна з 5 базових емоцій (радість, любов, сум, гнів, страх). Групове порівняння «карт»: спільні патерни та індивідуальні відмінності.

Вправа «Зворотний шлях: від тіла до емоції» в парах (20 хв). Сканування тіла з фіксацією найяскравішого відчуття та спробою визначити

пов'язану емоцію. Ведучий допомагає: «Якби це тілесне відчуття (наприклад, стискання у грудях) могло говорити, що б воно сказало?»

Фінальна стабілізаційна вправа (15 хв).

Домашнє завдання на роздаткових матеріалах: «Тілесний чек-ін», пропонується двічі на день фіксувати тілесні відчуття та спробувати назвати пов'язану емоцію за формулою: «Я відчуваю (назвати відчуття) в (назвати частину тіла), дати інтерпретацію: можливо, це (назвати емоцію) в контексті (назвати ситуацію)».

Сесія 3 (тиждень 3). «Емоційний словник: від алекситимії до усвідомлення» (4 год)

Блок 1. Обговорення та розминка (45 хв)

Обмін досвідом «Тілесного чек-іну»: чи вдалось пов'язати відчуття з емоціями, які труднощі виникли (25 хв). Міні-лекція: «Алекситимія – коли важко назвати, що відчуваєш», метою якої є нормалізація труднощів та пояснення зв'язку з емоційною регуляцією (10 хв). Танцювально-рухова розминка (10 хв).

Блок 2. Розширення емоційного словника (60 хв)

Вправа «Таблиця емоцій, почуттів і станів Клода Штайнера» (25 хв) – знайомство з розширеною класифікацією емоцій, почуттів, станів та їхніх відтінків. Практика розрізнення близьких емоцій: тривога vs страх, роздратування vs гнів, сум vs розчарування. Обговорення в парах (Фабрічева, М., 2022).

Вправа в парах «Шкалювання емоцій» (15 хв) – для кожної базової емоції визначити 5 рівнів інтенсивності (наприклад: роздратування - невдоволення - злість - гнів - лють) з описом тілесних проявів на кожному рівні. Обговорення в парах.

Вправа «Опис без оцінки» (20 хв). У парах один учасник описує свій емоційний стан, використовуючи лише відчуття та їхні характеристики (інтенсивність, локалізація, динаміка), без інтерпретацій «добре/погано». Другий перефразовує та уточнює.

Блок 3. Від зовнішнього мислення до внутрішнього усвідомлення (60 хв)

Вправа «Емоційний переклад» (20 хв). Ведучий зачитує типові «алекситимічні» фрази («мені погано», «я не знаю, що відчуваю», «у мене болить голова, коли ми сваримось»). Групова робота (3-4 людини): «перекласти» кожен фразу мовою емоцій із залученням тілесних відчуттів.

Практика «Тілесно-емоційне усвідомлення» (О. Сабадуха, 2025) (25 хв). Ведучий модерує візуалізацію образу соматичної дисфункції та пропонує спостереження за тілесними відчуттями, що виникають у відповідь на цей образ. У процесі інтерпретації тілесних відчуттів відбувається усвідомлення емоції та ситуації, що стали причиною дисфункції. Після цього застосовується процес прийняття виявленого травматичного досвіду у вербальній та образній формах. Завершальним етапом є практика усвідомленого дихання та візуалізація конструктивного варіанта поведінки з позиції зрілої особистості.

Групова рефлексія: що змінюється, коли ми називаємо емоції точно? (15 хв). Домашнє завдання: «Емоційний журнал» – щовечора записувати 1-2 найяскравіші емоції дня: назва, інтенсивність (1–10), тілесні прояви, тригер, тривалість.

Сесія 4 (тиждень 4). «Стрес-менеджмент через тіло» (4 год)

Блок 1. Обговорення та розминка (45 хв)

Обмін досвідом ведення «Емоційного журналу» (20 хв). Розминка (15 хв). Міні-лекція: «Стрес і тіло: як інтероцептивне усвідомлення може бути і проблемою, і рішенням» (10 хв).

Блок 2. Розпізнавання та регуляція стресу через тіло (75 хв)

Вправа «Мій профіль стресу» (30 хв) – складання індивідуальної «карти стресових сигналів тіла»: які відчуття виникають при стресі, в якій послідовності, в яких частинах тіла, з якою інтенсивністю та обговорення в міні-групах.

Вправа «Прогресивна м'язова релаксація за Джекобсоном» (10 хв) – послідовне напруження та розслаблення груп м'язів з акцентом на різниці

відчуттів напруги та розслаблення (Центральноукраїнський національний технічний університет, б. д.).

Вправа «Дихання 4-7-8» (5 хв) – техніка подовженого видиху (вдих на 4, затримка на 7, видих на 8) з фокусом на тілесних відчуттях кожної фази (М. Фабрічева, 2026: с. 8).

Вправа «Метелик» (5 хв.) (з «Аптечки психологічної самодопомоги» Координаційного центру з психічного здоров'я Кабінету Міністрів України: с. 29) – потрібно встати та схрестити долоні на грудях, зачепившись великими пальцями так, щоб вони нагадували метелика. Ритмічно постукувати долонями по грудях по чергово то лівою, то правою рукою. Прислуховуватися до внутрішніх вібрацій, можна почути звуки, схожі на гучне серцебиття. Вправа продовжується доки вирівнюється дихання.

Групова рефлексія: яка техніка найбільше підходить саме вам? (25 хв)

Блок 3. Інтеграція у повсякденність (60 хв)

Вправа «STOP-техніка з тілесним компонентом» (25 хв) – модифікована послідовність: Stop (зупинись) – Tune in (прислухайся до тіла) – Observe (спостерігай за емоцією, назви її) – Proceed (дій усвідомлено). Відпрацювання в парах (Координаційний центр з психічного здоров'я Кабінету Міністрів).

Вправа «Ресурсний стан через тіло» (20 хв). Медитація із супроводом ведучого для згадування ситуації спокою та безпеки, з метою зафіксувати тілесні відчуття цього стану. Навчитися «викликати» ці відчуття як якір для саморегуляції.

Вправа «Особистий план стрес-менеджменту» (15 хв). На основі всіх опрацьованих технік скласти індивідуальний протокол: «Коли я відчуваю (описати стресовий сигнал тіла), я розпізнаю це як (назвати емоцію) і використовую (техніку саморегуляції)».

Домашнє завдання: застосувати STOP-техніку мінімум 2 рази протягом тижня.

Сесія 5 (тиждень 5). «Інтеграція: моя система емоційної регуляції» (4 год)

Блок 1. Рефлексія прогресу (45 хв)

Обмін досвідом протягом минулих тижнів (20 хв).

Танцювально-рухова розминка, вправа на центрування та заземлення (25 хв.)

Блок 2. Повний цикл саморегуляції (75 хв)

Вправа «Повний цикл» (15 хв). Групова практика інтегрованого циклу: сканування тіла, ідентифікація найяскравішого відчуття, визначення пов'язаної емоції, вербалізація, оцінка рівня стресу, вибір та застосування техніки регуляції, повторний сканування тіла для оцінки змін.

Вправа «Складна ситуація» (45 хв). У трійках (по черзі) один учасник описує реальну стресову ситуацію з минулого тижня. Група разом проходить «повний цикл», допомагаючи шляхом інтерв'ю визначити тілесні сигнали, назвати емоцію та обрати стратегію регуляції в моменті.

Групова рефлексія: що працює найкраще саме для вас? (15 хв)

Перерва

Блок 3. Персональна стратегія (60 хв)

Вправа «Мій протокол саморегуляції» (30 хв) – кожен учасник складає персональний документ: мої типові тілесні сигнали стресу; мої типові емоції; мої найефективніші техніки саморегуляції; мій план регулярної практики.

Вправа «Лист собі через місяць» (15 хв). Описати в довільній формі набуті навички, наміри та нагадування про зв'язок між тілом та емоціями, виокремити, що було найбільш цінним під час проходження тренінгу. Перечитати написані листи через місяць.

Обговорення: як підтримувати практику після завершення тренінгу, ресурси для самостійного розвитку (15 хв).

Блок 4. Вихідне оцінювання та завершення (60 хв.)

Повторне заповнення MAIA-2 та TAS-20 для оцінки ефективності тренінгу (15 хв).

Групова рефлексія про те, як змінилась здатність помічати тіло, називати емоції, регулювати стрес (15 хв.).

Зворотний зв'язок учасників: що було найкориснішим, що варто змінити (10 хв). Завершальне коло: «Я беру з собою» (15 хв).

Заминка, тілесна вправа (5 хв).

Доцільність розробленої тренінгової програми підтверджується рандомізованим контрольованим дослідженням Mehling et al. (2018): 12-тижнева програма інтегративних вправ (фізичне навантаження з елементами усвідомленості та йоги) у ветеранів із ПТСР привела до значущого зростання «регуляторних» компонентів MAIA-2, а саме Саморегулювання ($d = 1,05$), Прослуховування Тіла ($d = 0,80$) та Емоційного Усвідомлення ($d = 0,71$), тоді як «рецептивні» субшкали («Не Турбування», «Не Відволікання») не змінилися. Це збігається з виявленою в нашому дослідженні провідною роллю регуляторних компонентів інтероцептивного усвідомлення та дає експериментальний доказ того, що ці навички піддаються цілеспрямованому тренуванню (Mehling et al., 2018).

Висновки до розділу III

Нами було проведено комплексний статистичний аналіз емпіричних даних, який включав описові статистики з порівнянням із референтними значеннями, непараметричний аналіз міжгрупових відмінностей (критерій Манна-Вітні), кореляційний аналіз (коефіцієнт Спірмена) з перевіркою значущості відмінностей між групами (тест Фішера), ієрархічну множинну регресію, медіаційний аналіз та розробку програми психологічного тренінгу на основі отриманих результатів.

Кореляційний аналіз на загальній вибірці підтвердив наявність значущого від'ємного зв'язку між інтероцептивним усвідомленням та труднощами емоційної регуляції. Виявлено чітку диференціацію між компонентами інтероцепції: «регуляторні» субшкали MAIA-2 (Саморегулювання, Регулювання Уваги, Довіряння) мають значно сильніші зв'язки з усіма досліджуваними конструктами, ніж «рецептивні» (Помічання, Емоційне Усвідомлення). Алекситимія (TAS-20) та сприйнятий стрес (PSS-10) однаково сильно пов'язані з

труднощами емоційної регуляції, але не корелюють між собою, що свідчить про їх незалежний внесок через різні механізми.

Центральним результатом дослідження є виявлення модеруючої ролі досвіду психотерапії у зв'язку між інтероцептивним усвідомленням та емоційною регуляцією. У групі без досвіду психотерапії кореляція між загальним балом MAIA-2 та DERS є незначущою, тоді як у групі з досвідом кореляція є сильною. Тест Фішера підтвердив статистичну значущість цієї різниці. Найдраматичніший контраст виявлено для субшкали «Помічання», яка змінює напрямок зв'язку зі стресом: від позитивного у групі без терапії до від'ємного у групі з терапією, що підтверджено тестом Фішера.

Ієрархічна множинна регресія показала, що три чинники – алекситимія, сприйнятий стрес та інтероцептивне усвідомлення (зокрема, компонент «Не Турбування») разом пояснюють 58,4% дисперсії труднощів емоційної регуляції. Вплив інтероцептивного усвідомлення на емоційну регуляцію є переважно опосередкованим: більшість субшкал MAIA-2 втрачають значущість після контролю алекситимії та стресу.

Медіаційний аналіз методом структурного моделювання формально підтвердив опосередкований характер цього зв'язку: прямий ефект інтероцептивного усвідомлення на труднощі емоційної регуляції після контролю медіаторів став незначущим, тоді як непрямий ефект через алекситимію виявився значущим і стійким (за бутстреп-довірчим інтервалом). Таким чином, інтероцептивне усвідомлення знижує труднощі емоційної регуляції насамперед через нижчий рівень алекситимії. Цей результат отримано в межах крос-секційного дизайну, тож він відображає статистичне опосередкування, а не доведену причинно-наслідкову послідовність у часі.

Порівняння регресійних моделей за групами виявило три принципові відмінності. По-перше, алекситимія є найсильнішим предиктором дисрегуляції у групі з терапією, але повністю незначущою у групі без терапії. По-друге, ПТСР-симптоматика діє у протилежних напрямках: руйнує регуляцію без терапії, але

пов'язана з кращою регуляцією за наявності терапевтичного досвіду. По-третє, стрес залишається універсальним предиктором в обох групах.

Критерій Манна-Вітні виявив значущі міжгрупові відмінності за чотирма субшкалами MAIA-2 (Прослуховування Тіла; Емоційне Усвідомлення; Помічання; Регулювання Уваги) та загальним балом TAS-20, при цьому показники DERS, PSS-10 та PC-PTSD-5 не відрізняються між групами. Отже, досвід психотерапії пов'язаний із вищим інтероцептивним усвідомленням та нижчою алекситимією, а не з прямим зниженням рівня емоційної дисрегуляції чи стресу.

На основі отриманих результатів було розроблено програму психологічного тренінгу «Тіло як ресурс: розвиток емоційної регуляції через інтероцептивне усвідомлення», яка інтегрує три емпірично обґрунтовані напрямки: розвиток інтероцептивного усвідомлення, зниження алекситимії та управління стресом. Програма спрямована на створення «містка» між тілесним усвідомленням та емоційною регуляцією.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі досліджено зв'язок інтероцептивного усвідомлення з емоційною регуляцією у дорослих, а також роль алекситимії, сприйнятого стресу та ПТСР-симптоматики у цьому зв'язку. На основі проведеного теоретико-методологічного аналізу та емпіричного дослідження сформульовано такі висновки відповідно до завдань дослідження.

Теоретичний аналіз засвідчив, що інтероцептивне усвідомлення є багатовимірним конструктом, який включає як пасивні (помічання тілесних сигналів), так і активні (саморегуляція через тіло, довіра тілу) компоненти. У сучасній літературі зв'язок між інтероцепцією та емоційною регуляцією розглядається як опосередкований здатністю інтерпретувати тілесні сигнали в емоційному контексті, що відповідає концепції «інтероцептивної грамотності». Алекситимія, стрес та ПТСР-симптоматика теоретично виступають чинниками, що можуть модерувати або опосередковувати цей зв'язок.

Дібраний діагностичний комплекс із п'яти адаптованих в Україні методик (MAIA-2, DERS, TAS-20, PSS-10, PC-PTSD-5) забезпечив вимірювання всіх ключових змінних і виявив задовільну внутрішню узгодженість. Дослідження проведено онлайн за участю 97 дорослих (85% – жінки, переважно молоді дорослі 18–45 років з вищою освітою) в умовах хронічного стресу війни. Порушення нормальності розподілу більшості показників (за критерієм Шапіро-Вілка) обґрунтувало застосування непараметричних процедур поряд із регресійним і медіаційним моделюванням.

Кореляційний аналіз підтвердив наявність значущого від'ємного зв'язку між інтероцептивним усвідомленням та труднощами емоційної регуляції. Виявлено, що «регуляторні» компоненти інтероцептивного усвідомлення мають значно сильніші зв'язки з емоційною регуляцією, ніж «рецептивні» компоненти, що узгоджується з концепцією W. Mehling (2012), яка передбачає, що саме активні навички роботи з тілесними відчуттями є предикторами ефективної емоційної регуляції.

Регресійний та медіаційний аналіз продемонстрували, що провідними й незалежними чинниками емоційної дисрегуляції є алекситимія та сприйнятий стрес, які діють через відмінні механізми (дефіцит опрацювання емоцій і перевантаження ресурсів відповідно), тоді як внесок самого інтероцептивного усвідомлення є переважно непрямим, оскільки реалізується насамперед через нижчий рівень алекситимії. На загальній вибірці три ці чинники пояснюють близько 58% дисперсії труднощів емоційної регуляції; медіаційна модель формально підтвердила, що прямий ефект інтероцепції після введення медіаторів стає незначущим.

Виявлено, що досвід психотерапії статистично значуще змінює саму конфігурацію зв'язків, оскільки без цього досвіду інтероцептивні навички майже не «конвертуються» в регуляторний ресурс, тоді як за його наявності цей зв'язок стає виразним, алекситимія перетворюється на провідний предиктор дисрегуляції, а ПТСР-симптоматика змінює напрям впливу на протилежний; натомість стрес лишається універсальним чинником незалежно від групи. Це дозволяє трактувати інтероцептивне усвідомлення як необхідну, але недостатню передумову емоційної регуляції, яка потребує спеціального досвіду (терапевтичного або спеціально організованого тренінгового) для свого розгортання.

На основі емпіричних результатів розроблено програму тренінгу «Тіло як ресурс: розвиток емоційної регуляції через інтероцептивне усвідомлення», яка поєднує розвиток інтероцептивного усвідомлення; зниження алекситимії через розширення емоційного словника та побудову зв'язку між тілом та емоціями; також управління стресом через тілесно-орієнтовані техніки саморегуляції. Програма спрямована на осіб без досвіду психотерапії і має на меті створення інтегрованої системи емоційної регуляції, подібної до тієї, яку, за нашими даними, формує психотерапевтичний досвід.

Обмеження дослідження пов'язані з крос-секційним дизайном, який не дозволяє робити висновки про причинно-наслідкову послідовність у часі, а також із відносною однорідністю вибірки за статтю, віком та освітнім рівнем, що

звужує узагальнюваність результатів. Перспективою подальших досліджень є перевірка виявлених закономірностей на більш збалансованій вибірці, а також оцінка ефективності розробленої тренінгової програми в умовах експерименту.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Василюк, В. В., Шаповал, І. І., Шалковський, Є. І., Клебанська, А. О., & Станіславчук, М. А. (2023). Крос-культурна адаптація україномовної версії торонтської шкали алекситимії TAS-20: апробація у хворих на анкілозивний спондиліт. Український ревматологічний журнал, 91(1), 24-30.
2. Вельдбрехт, О. О., & Тавровецька, Н. І. (2022). Шкала сприйнятого стресу (PSS-10): адаптація та апробація в умовах війни. Проблеми сучасної психології, 2(25), 16-27.
3. Волощенко, Ю. М. (2024). Дисертація «Розвиток інтероцептивного усвідомлення здобувачів вищої освіти на основі соматичних рухів у процесі фізичного виховання» (Doctoral dissertation, Київський столичний університет імені Бориса Грінченка).
4. Готич, В. О., & Федик, О. В. (2025). ПРОБЛЕМА АЛЕКСИТИМІЇ В СУЧАСНОМУ НАУКОВОМУ ДИСКУРСІ. Наукові записки. Серія: Психологія, (1), 58-62.
5. Завгородня, О. В., Степура, Є. В., & Депутат, В. В. (2020). Алекситимія як гетерогенний феномен. Актуальні проблеми психології. Методологія і теорія психології, 5(14), 50-64.
6. Завязкіна, Н., & Ведмеденко, А. (2020). Алекситимія як чинник соматизації психологічних проблем. Збірник наукових праць " Проблеми сучасної психології", (50), 11-30.
7. Іванова, О. С. (2025). Основний зміст лекцій з дисципліни «Методи корекції стресових станів».
8. Клименко, І. С., Галадза, М. В., Бондарчук, А. Г., Писаренко, Т. В., & Шльонська, О. О. (2024). Body-oriented psychotherapy in working with dissociative disorders in military personnel. Психіатрія, неврологія та медична психологія, 11(4 (26)), 399-410.
9. Кокур, О. М., Агаєв, Н. А., Пішко, І. О., Лозінська, Н. С., & Остапчук, В. В. (2017). Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник.

10. Координаційний центр з психічного здоров'я Кабінету Міністрів України. (n.d.). Аптечка психологічної самодопомоги [PDF]. Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?». <https://howareu.com/static-objects/howareu/media/Posibnuki/Aptechka.pdf>
11. Координаційний центр з психічного здоров'я Кабінету Міністрів України. (n.d.). СТОПП: пауза між емоцією та реакцією. Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?». https://howareu.com/tekhnika_stopp
12. Левін, П. А. (2022). Зцілення від травми: Новаторська програма з відновлення мудрості тіла (Н. Монахова, пер.). Видавництво Ростислава Бурлаки.
13. Михайлишин, У. Б., & Скрипинець, С. М. (2025). Інтегративні механізми впливу майндфулнес-базованих втручань на емоційну регуляцію.
14. Павленко, Н. О. (2024). Україномовна адаптація шкали первинної діагностики посттравматичного стресового розладу (PC-PTSD-5).
15. Павленко, Н. О. (2024). PC-PTSD-5 – шкала первинної діагностики посттравматичного стресового розладу: Керівництво (версія 1.0). ТОВ «ЮЕЙ-ТЕСТ». Доступ: <https://start.ua-test.com/pub/files/pc-ptsd-5-manual.pdf>
16. ПРОХОРОВА, О. (2025). ЕМОЦІЙНІ СТАНИ У КОНТЕКСТІ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ: СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ. Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія, (3 (68)), 172-177.
17. Сак, Л. В., & Федотова, З. В. (2023). Крос-культурна адаптація та валідизація україномовної версії шкали труднощів емоційної регуляції DERS: апробація у хворих підлітків на нервову анорексію та їх батьків/опікунів. Психіатрія, неврологія та медична психологія, (21), 38-45. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2023-21-05>
18. Скар, О. М. (2020). Тілесні практики емоційної саморегуляції як інструмент психологічної самодопомоги при стресі. Простір арт-терапії, 1(27), 58-68.

19. Фабрічева, М. (2022, 7 березня). *Таблиця емоцій, почуттів та станів*. Доступ: <https://www.fabriceva.com.ua/magazin/testy-i-metodiki/tablicya-emocij-pochuttiv-ta-staniv>
20. Фабрічева, М. (2024). Методичний посібник: Практики для саморегуляції [PDF]. Доступ: https://www.fabriceva.com.ua/wp-content/uploads/2026/03/%D0%9C%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%B9-%D0%BF%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA_- %D0%BF%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B8-%D0%B4%D0%BB%D1%8F-%D1%81%D0%B0%D0%BC%D0%BE%D1%80%D0%B5%D0%B3%D1%83%D0%BB%D1%8F%D1%86%D1%96%D1%97_2024.pdf
21. Фабрічева, М. (2026). Доступ: Техніки заземлення та стабілізації. <https://www.fabriceva.com.ua/news/tehniki-zazemlennya-ta-stabilizaci%D1%97>
22. Фадєєва, К. М. (2013). Вимірювання специфічних конструктів тілесності у психології. Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки, (3), 165-170.
23. Фролова, Н. В. (2024). Психологічні особливості травматичного досвіду українців під час війни. Психологія і суспільство, 1, 188–196.
24. Центральноукраїнський національний технічний університет. (б. д.). Скринька психологічних технік. <https://kntu.kr.ua/studentu/skrynka-psykholohichnykh-tehnik>
25. Arora, I., & Raj, R. (2024). Exploring the influence of emotion regulation on adult's perceived stress & life satisfaction. *International Journal of Indian Psychology*, 12(2), 127–134. <https://ijip.in/articles/perceived-stress-life-satisfaction/>
26. Bagby R.M., Parker J.D., Taylor G.J. (1994) The twenty-item Toronto Alexithymia Scale I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J. Psychosom. Res.*, 38(1): 23–32. doi. org/10.1016/0022-3999(94)90005-1.

27. Bagby R.M., Taylor G.J., Parker J.D. (1994) The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J. Psychosom. Res.*, 38(1): 33–40. doi.org/10.1016/00223999(94)90006-x.
28. Ceunen, E., Vlaeyen, J. W., & Van Diest, I. (2016). On the origin of interoception. *Frontiers in psychology*, 7, 743.
29. Chen, W. G., Schloesser, D., Arensdorf, A. M., Simmons, J. M., Cui, C., Valentino, R., ... & Langevin, H. M. (2021). The emerging science of interoception: sensing, integrating, interpreting, and regulating signals within the self. *Trends in neurosciences*, 44(1), 3-16.
30. Cheng, P., Jasinski, N., Zheng, W., Yadava, A., Wang, L., Li, L., ... & Li, W. (2021). Psychometric properties of the primary care PTSD screen for DSM-5: findings from family members of Chinese healthcare workers during the outbreak of COVID-19. *Frontiers in psychiatry*, 12, 695678.
31. Coates, D., Lewis, S., & Burge-Ferrow, G. (2025). The relationship between interoception and experiences of stress, trauma, and mental illness: A scoping review. *Psychotherapy and Counselling Journal of Australia*, 13(2).
32. Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
33. Cohen, S. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States.
34. Cohen, S., & Janicki-Deverts, D. E. N. I. S. E. (2012). Who's stressed? Distributions of psychological stress in the United States in probability samples from 1983, 2006, and 2009 1. *Journal of applied social psychology*, 42(6), 1320-1334.
35. Craig, A. D. (2008). Interoception and emotion: a neuroanatomical perspective. *Handbook of emotions*, 3(602), 272-88.
36. Critchley, H. D., & Garfinkel, S. N. (2017). Interoception and emotion. *Current opinion in psychology*, 17, 7-14.
37. Damasio, A. R. (1996). The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 351(1346), 1413–1420.

38. Füstös, J., Gramann, K., Herbert, B. M., & Pollatos, O. (2013). On the embodiment of emotion regulation: interoceptive awareness facilitates reappraisal. *Social cognitive and affective neuroscience*, 8(8), 911-917.
39. Farb, N., Daubenmier, J., Price, C. J., Gard, T., Kerr, C., Dunn, B. D., ... & Mehling, W. E. (2015). Interoception, contemplative practice, and health. *Frontiers in psychology*, 6, 763.
40. Fine, N. B., Ben-Aharon, N., Armon, D. B., Seligman, Z., Helpman, L., Bloch, M., ... & Sheppes, G. (2023). Reduced emotion regulatory selection flexibility in post-traumatic stress disorder: Converging performance-based evidence from two PTSD populations. *Psychological medicine*, 53(7), 2758-2767.
41. Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218–226.
42. Gaggero, G., Dellantonio, S., Pastore, L., Sng, K. H., & Esposito, G. (2022). Shared and unique interoceptive deficits in high alexithymia and neuroticism. *Plos one*, 17(8), e0273922.
43. Gallagher, A. (2025). The brain-body link: The impact of trauma on interoceptive awareness & the presence of psychosomatic symptoms in adolescents, a community sample (Doctoral dissertation, University of Essex).
44. Garfinkel, S. N., & Critchley, H. D. (2013). Interoception, emotion and brain: new insights link internal physiology to social behaviour. Commentary on: “Anterior insular cortex mediates bodily sensibility and social anxiety” by Terasawa et al.(2012). *Social cognitive and affective neuroscience*, 8(3), 231-234.
45. Gibson, J. (2019). Mindfulness, interoception, and the body: A contemporary perspective. *Frontiers in psychology*, 10, 475917.
46. Goerlich, K. S. (2018). The multifaceted nature of alexithymia—a neuroscientific perspective. *Frontiers in psychology*, 9, 1614.
47. Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial

validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.

48. Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W., & Gunderson, J. G. (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of abnormal psychology*, 115(4), 850.

49. Gross, A. M., Lai, J., Eckland, N. S., & Thompson, R. J. (2025). Interoceptive awareness and clarity of one's emotions and goals: A naturalistic investigation. *Emotion*. Advance online publication. <https://dx.doi.org/10.1037/emo0001510>

50. Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. *Handbook of emotion regulation*, 2(1), 3-20.

51. Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical psychological science*, 2(4), 387-401.

52. Hartmann, M., Lenggenhager, B., & Stocker, K. (2023). Happiness feels light and sadness feels heavy: introducing valence-related bodily sensation maps of emotions. *Psychological research*, 87(1), 59-83.

53. Herbert, B. M., & Pollatos, O. (2012). The body in the mind: on the relationship between interoception and embodiment. *Topics in cognitive science*, 4(4), 692-704.

54. Herbert, B. M., Herbert, C., & Pollatos, O. (2011). On the relationship between interoceptive awareness and alexithymia: is interoceptive awareness related to emotional awareness?. *Journal of personality*, 79(5), 1149-1175.

55. Herrera, E., Gutierrez-Sterling, D., Barrera-Ocampo, A., Jaramillo, J. O., Santamaría-García, H., & Birba, A. (2025). Impaired interoception in Colombian victims of armed conflict with PTSD: a preliminary HEP study. *Frontiers in Psychology*, 16, 1567574.

56. John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of personality*, 72(6), 1301-1334.

57. Jungilligens, J., Paredes-Echeverri, S., Popkirov, S., Barrett, L. F., & Perez, D. L. (2022). A new science of emotion: implications for functional neurological disorder. *Brain*, 145(8), 2648-2663.
58. Kang, S. S., Sponheim, S. R., & Lim, K. O. (2022). Interoception underlies therapeutic effects of mindfulness meditation for posttraumatic stress disorder: A randomized clinical trial. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 7(8), 793-804.
59. Katana, M., Röcke, C., Spain, S. M., & Allemand, M. (2019). Emotion regulation, subjective well-being, and perceived stress in daily life of geriatric nurses. *Frontiers in Psychology*, 10, 1097.
60. Khalsa, S. S., Adolphs, R., Cameron, O. G., Critchley, H. D., Davenport, P. W., Feinstein, J. S., ... & Zucker, N. (2018). Interoception and mental health: a roadmap. *Biological psychiatry: cognitive neuroscience and neuroimaging*, 3(6), 501-513.
61. Khoury, B., Knäuper, B., Pagnini, F., Trent, N., Chiesa, A., & Carrière, K. (2017). Embodied mindfulness. *Mindfulness*, 8(5), 1160-1171.
62. Komaki, G. (2013). Alexithymia and somatic symptoms. In *Somatization and psychosomatic symptoms* (pp. 41-49). New York, NY: Springer New York.
63. Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual review of psychology*, 44(1), 1-22.
64. Lazzarelli, A., Scafuto, F., Crescentini, C., Matiz, A., Orrù, G., Ciacchini, R., ... & Conversano, C. (2024). Interoceptive ability and emotion regulation in mind-body interventions: An integrative review. *Behavioral Sciences*, 14(11), 1107.
65. Leech, K. (2023). The felt sense of the body: An empirical evaluation of a mindful-interoceptive approach to post-traumatic stress disorder.
66. Leech, K., Stapleton, P., & Patching, A. (2024). A roadmap to understanding interoceptive awareness and post-traumatic stress disorder: a scoping review. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1355442.
67. Malikova, O. Psychic capacity and body awareness as psychophysiological factors of stress resistance and resilience.

68. Mehling, W. E., Acree, M., Stewart, A., Silas, J., & Jones, A. (2018). The multidimensional assessment of interoceptive awareness, version 2 (MAIA-2). *PloS one*, 13(12), e0208034.
69. Mehling, W. E., Chesney, M. A., Metzler, T. J., Goldstein, L. A., Maguen, S., Geronimo, C., ... Neylan, T. C. (2018). A 12-week integrative exercise program improves self-reported mindfulness and interoceptive awareness in war veterans with posttraumatic stress symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, 74(4), 554–565.
70. Mehling, W. E., Price, C., Daubenmier, J. J., Acree, M., Bartmess, E., & Stewart, A. (2012). The multidimensional assessment of interoceptive awareness (MAIA). *PloS one*, 7(11), e48230.
71. Murphy, J., Catmur, C., & Bird, G. (2018). Alexithymia is associated with a multidomain, multidimensional failure of interoception: Evidence from novel tests. *Journal of Experimental Psychology: General*, 147(3), 398.
72. Nummenmaa, L. (2022). Mapping emotions on the body. *Scandinavian Journal of Pain*, 22(4), 667-669.
73. Nummenmaa, L., Glerean, E., Hari, R., & Hietanen, J. K. (2014). Bodily maps of emotions. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(2), 646-651.
74. Parker, J. D., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale: III. Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of psychosomatic research*, 55(3), 269-275.
75. Pizarro, C., & Ceric, F. (2023). Interoception in emotional processing: from sensation to psychopathology. *Papeles del Psicólogo*, 44(2), 102-109.
76. Plaitano, E. G., Frumkin, M. R., Jacobson, N. C., Gray, J. J., Panchal, A. R., Watson, P. J., & Marsch, L. A. (2026). Dynamic bidirectional relationships between perceived stress and emotion regulation in emergency medical service clinicians. *npj Mental Health Research*, 5(1), 20.
77. Price CJ and Hooven C (2018) Interoceptive Awareness Skills for Emotion Regulation: Theory and Approach of Mindful Awareness in Body-Oriented Therapy (MABT). *Front. Psychol.* 9:798. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00798

78. Prins, A., Bovin, M. J., Kimerling, R., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., Pless Kaiser, A., & Schnurr, P. P. (2015). The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5) [Measurement instrument]. U.S. Department of Veterans Affairs. <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/screens/pc-ptsd.asp>
79. Sabadukha, O. (2025). Практика «Тілесно-емоційне усвідомлення» в роботі з психосоматичними розладами. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 10(4).
80. Scarpazza, C., & Di Pellegrino, G. (2018). Alexithymia, embodiment of emotions and interoceptive abilities. Current developments in alexithymia: A cognitive and affective deficit, 35-53.
81. Schmitt, C. M., & Schoen, S. (2022). Interoception: A multi-sensory foundation of participation in daily life. *Frontiers in neuroscience*, 16, 875200.
82. Schulz, A., & Vögele, C. (2015). Interoception and stress. *Frontiers in psychology*, 6, 993.
83. Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 22(2-6), 255-262.
84. Skottun, G., & Krüger, Å. (2021). *Gestalt therapy practice: Theory and experiential learning*. Routledge.
85. Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1991). The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32(2), 153-164.
86. Türkel, N. N., Aksu, M. H., Ekmekçi Ertek, İ., & Coşar, B. (2025). The effect of emotion regulation difficulties on interoceptive awareness and alexithymia: An example of consultation-liaison psychiatry. *Psychiatry Investigation*, 22(8), 906–913.
87. Van Bael, K. (2024). *Uniting the Mind and Body in Psychological Measurement: The Influence of Mind-Body Connections on Indicators of Emotional Functioning* (Doctoral dissertation, Victoria University).

88. van der Kolk, B. A., & McFarlane, A. C. (2026). Somatic symptoms and sensory dysregulation are central to the clinical presentation of PTSD. *World Psychiatry*, 25(2), 227.

89. Voloshchenko, Y. (2023). Interoceptive awareness: Verification of the adaptation of the Ukrainian version of the Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (Version 2) questionnaire among first-year students of Borys Grinchenko Kyiv University. *Спортивна наука та здоров'я людини*, (1 (9)).

90. World Health Organization. (2019). 6B40 Post traumatic stress disorder. In *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/2070699808>

91. Zavgorodnia, O., Stepura, E., & Shatalina, V. (2020). Алекситимія в «умовно здорових» людей: труднощі та можливості корекції. *Психологія і особистість*, (2), 247-262.

ДОДАТКИ

Додаток А. Результати тесту Шапіро-Вілка за групами досвіду роботи з психологом/психотерапевтом

Шкала	Без досвіду психотерапії (n = 35)		З досвідом психотерапії (n = 62)	
	W	p	W	p
MAIA-2 (Інтероцептивне усвідомлення)				
Помічання	0,946	0,084	0,952	0,017
Не Відволікання	0,919	0,013	0,981	0,438
Не Турбування	0,988	0,957	0,974	0,218
Регулювання Уваги	0,955	0,162	0,941	0,005
Емоційне Усвідомлення	0,921	0,015	0,869	<,001
Саморегулювання	0,941	0,058	0,937	0,003
Прослуховування Тіла	0,921	0,015	0,962	0,052
Довіряння	0,934	0,037	0,934	0,002
DERS (Труднощі емоційної регуляції)				
Неприйняття	0,856	<,001	0,819	<,001
Цілі	0,947	0,092	0,931	0,002
Імпульс	0,932	0,032	0,846	<,001
Усвідомлення	0,975	0,597	0,979	0,382
Стратегії	0,874	<,001	0,931	0,002
Чіткість	0,982	0,822	0,968	0,103
Загальний бал DERS	0,962	0,265	0,940	0,005
TAS-20 (Алекситимія)				
DIF-F1 (Ідентифікація почуттів)	0,956	0,168	0,955	0,024
DDF-F2 (Опис почуттів)	0,934	0,037	0,946	0,008
EOT-F3 (Зовнішнє мислення)	0,922	0,016	0,975	0,226
Загальний бал TAS-20	0,967	0,370	0,960	0,040
PSS-10 (Сприйнятий стрес)				
Загальний бал PSS-10	0,985	0,905	0,966	0,080
PC-PTSD-5 (ПТСР-симптоматика)				
Загальний бал PC-PTSD-5	0,877	<,001	0,911	<,001

Примітка. W – статистика тесту Шапіро-Вілка; p – рівень значущості. Жирним виділено показники, де нормальність розподілу порушена ($p < ,05$). Порушення нормальності хоча б в одній групі обґрунтовує використання непараметричних методів аналізу.

Додаток Б. Результати тесту Манна-Вітні для порівняння груп за досвідом роботи з психологом/психотерапевтом

Шкала	U Манна-Вітні	p	Рангова бісеріальна кореляція (r _{rb})	Розмір ефекту
MAIA-2 (Інтероцептивне усвідомлення)				
Помічання	809	,037	0,255	малий
Не Відволікання	909	,186	0,162	малий
Не Турбування	994	,493	0,084	незначний
Регулювання Уваги	811	,039	0,253	малий
Емоційне Усвідомлення	740	,009	0,318	середній
Саморегулювання	868	,103	0,200	малий
Прослуховування Тіла	566	<,001	0,478	середній
Довіряння	1038	,722	0,044	незначний
DERs (Труднощі емоційної регуляції)				
Неприйняття	1044	,757	-0,038	незначний
Цілі	940	,274	-0,134	малий
Імпульс	911	,190	-0,160	малий
Усвідомлення	948	,301	-0,127	малий
Стратегії	1064	,877	0,019	незначний
Чіткість	941	,278	-0,133	малий
Загальний бал DERs	931	,249	-0,142	малий
TAS-20 (Алекситимія)				
DIF-F1 (Ідентифікація почуттів)	951	,313	-0,124	малий
DDF-F2 (Опис почуттів)	780	,021	-0,282	малий
EOT-F3 (Зовнішнє мислення)	795	,029	-0,267	малий
Загальний бал TAS-20	736	,009	-0,322	середній
PSS-10 (Сприйнятий стрес)				
Загальний бал PSS-10	1057	,833	-0,026	незначний
PC-PTSD-5 (ПТСР-симптоматика)				
Загальний бал PC-PTSD-5	901	,158	0,170	малий

Примітка. Група 0 без досвіду психотерапії (n = 35); Група 1 з досвідом психотерапії (n = 62). U – статистика Манна-Вітні; p – рівень значущості; r_{rb} – рангова бісеріальна кореляція (розмір ефекту). Додатні значення r_{rb} для MAIA-2 означають вищі бали у групі з досвідом терапії; від’ємні значення r_{rb} для TAS-20 означають нижчі бали (менше алекситимії) у групі з досвідом терапії. Жирним виділено статистично значущі результати (p < ,05). Інтерпретація розміру ефекту: |r| < 0,1 – незначний; 0,1–0,3 – малий; 0,3–0,5 – середній; ≥ 0,5 – великий.

Додаток В. Результати кореляційного аналізу

Таблиця 1. Кореляції Спірмена між субшкалами МАІА-2 та субшкалами DERS

МАІА-2	Неприйн.	Цілі	Імпульс	Усвідом	Стратегії	Чіткість	DERS заг.
Помічання	-0,115	0,016	0,163	-0,420***	-0,090	-0,222*	-0,168
Не Відволікання	-0,300**	-0,226*	-0,091	-0,419***	-0,294**	-0,446***	-0,400***
Не Турбування	-0,281**	-0,298**	-0,348***	-0,037	-0,195	-0,066	-0,255*
Регулюв. Уваги	-0,310**	-0,223*	-0,107	-0,451***	-0,320**	-0,476***	-0,441***
Емоц. Усвідомл.	0,011	0,110	0,196	-0,246*	0,011	-0,297**	-0,057
Саморегулюв.	-0,284**	-0,273**	-0,172	-0,277**	-0,417***	-0,314**	-0,437***
Прослух. Тіла	-0,258*	-0,163	-0,038	-0,427***	-0,203*	-0,341***	-0,346***
Довіряння	-0,204*	-0,161	-0,148	-0,470***	-0,264**	-0,480***	-0,379***
Загальний бал МАІА-2	-0,327**	-0,216*	-0,071	-0,487***	-0,329***	-0,479***	-0,455***

Примітка. * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$. ρ – коефіцієнт кореляції Спірмена. $N = 97$.

Таблиця 2. Кореляції Спірмена між субшкалами МАІА-2, субшкалами TAS-20, PSS-10 та PC-PTSD-5

МАІА-2	DIF-F1	DDF-F2	EOT-F3	TAS-20 заг.	PSS-10	PC-PTSD-5
Помічання	-0,193	-0,159	-0,183	-0,257*	-0,004	-0,004
Не Відволікання	-0,349***	-0,424***	-0,190	-0,408***	-0,214*	-0,186
Не Турбування	-0,038	0,032	-0,011	-0,002	-0,173	-0,216*
Регулюв. Уваги	-0,401***	-0,387***	-0,112	-0,416***	-0,285**	-0,199
Емоц. Усвідомл.	-0,221*	-0,243*	-0,089	-0,252*	-0,033	0,024
Саморегулюв.	-0,253*	-0,284**	-0,120	-0,273**	-0,422***	-0,220*
Прослух. Тіла	-0,200	-0,225*	-0,175	-0,291**	-0,274**	-0,175
Довіряння	-0,359***	-0,250*	-0,183	-0,369***	-0,290**	-0,152

Примітка. * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$. ρ – коефіцієнт кореляції Спірмена. $N = 97$.

Таблиця 2. Кореляції Спірмена між субшкалами MAIA-2, субшкалами TAS-20, PSS-10 та PC-PTSD-5 (продовження)

MAIA-2	DIF-F1	DDF-F2	EOT-F3	TAS-20 заг.	PSS-10	PC-PTSD-5
Загальний бал MAIA-2	-0,343***	-0,332***	-0,190	-0,403***	-0,318**	-0,228*

Таблиця 3. Кореляції Спірмена між загальними показниками основних конструктів дослідження

	DERS заг. бал	TAS-20 заг. бал	PSS-10 заг. бал	PC-PTSD-5 заг. бал
Загальний бал MAIA-2	-0,455***	-0,403***	-0,318**	-0,228*
Загальний бал DERS	—	0,559***	0,565***	0,333***
Загальний бал TAS-20	0,559***	—	0,155	0,213*
Загальний бал PSS-10	0,565***	0,155	—	0,351***
Загальний бал PC-PTSD-5	0,333***	0,213*	0,351***	—

Примітка. * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$. ρ – коефіцієнт кореляції Спірмена. $N = 97$.

Таблиця 4. Інтеркореляційна матриця субшкал MAIA-2 (Спірмен)

MAIA-2	Поміч.	Не Відв.	Не Турб.	Рег.Ув.	Ем.Усв .	Самор ег.	Просл. Т.	Довір .
Помічання	—							
Не Відволікання	0,207*	—						
Не Турбування	-0,080	-0,059	—					
Регулювання Уваги	0,619***	0,373** *	0,018	—				
Емоційне Усвідомлення	0,584***	0,109	-0,169	0,497** *	—			
Саморегулювання	0,436***	0,247*	0,064	0,671** *	0,516** *	—		
Прослуховування Тіла	0,615***	0,287**	0,021	0,684** *	0,604** *	0,728** *	—	
Довіряння	0,298**	0,363** *	-0,021	0,511** *	0,216*	0,374** *	0,413** *	—

Примітка. * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$. ρ – коефіцієнт кореляції Спірмена. $N = 97$. Субшкала «Не Турбування» не має значущих кореляцій з жодною іншою субшкалою MAIA-2.

**Додаток Г. Порівняльний кореляційний аналіз за групами досвіду
психотерапії (Метод: коефіцієнт кореляції Спірмена (ρ))**

**Таблиця 1. Кореляції MAIA-2 з загальним балом DERS та субшкалою
Неприйняття за групами**

MAIA-2	DERS загальний бал		Неприйняття		Заг. вибірка (N=97)	
	Група без психотерап. (N = 35)	Група з психотерап. (N = 62)	Група без психотерап. (N = 35)	Група з психотерапією (N = 62)	DERS заг. бал	Неприйняття
Помічання	0,152	-0,347**	0,311	-0,392**	-0,168	-0,115
Не Відволікання	-0,244	-0,475***	-0,183	-0,357**	-0,400***	-0,300**
Не Турбування	-0,351*	-0,174	-0,425*	-0,181	-0,255*	-0,281**
Регулюв. Уваги	-0,126	-0,559***	0,041	-0,484***	-0,441***	-0,310**
Емоц. Усвідомл.	0,271	-0,200	0,324	-0,164	-0,057	0,011
Саморегулюв.	-0,208	-0,560***	-0,054	-0,437***	-0,437***	-0,284**
Прослух. Тіла	-0,086	-0,440***	0,003	-0,424***	-0,346***	-0,258*
Довіряння	-0,289	-0,399**	-0,014	-0,336**	-0,379***	-0,204*
Загальний бал MAIA-2	-0,124	-0,591***	0,047	-0,529***	-0,455***	-0,327**

Примітка. * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$. ρ – коефіцієнт кореляції Спірмена

Таблиця 2. Кореляції MAIA-2 з TAS-20 загальним та субшкалою DIF-F1 за групами

MAIA-2	TAS-20 загальний		DIF-F1		Заг. вибірка (N=97)	
	Група без психотерап. (N = 35)	Група з психотерап. (N = 62)	Група без психотерап. (N = 35)	Група з психотерап. (N = 62)	TAS-20 заг.	DIF-F1
Помічання	-0,108	-0,282*	0,047	-0,313*	-0,257*	-0,193
Не Відволікання	-0,431**	-0,295*	-0,381*	-0,275*	-0,408***	-0,349***
Не Турбування	0,160	-0,074	0,021	-0,032	-0,002	-0,038
Регулюв. Уваги	-0,233	-0,389**	-0,164	-0,490***	-0,416***	-0,401***

Таблиця 2. Кореляції МАІА-2 з TAS-20 загальним та субшкалою DIF-F1 за групами (продовження)

МАІА-2	TAS-20 загальний		DIF-F1		Заг. вибірка (N=97)	
	Група без психотерапії (N = 35)	Група з психотерапією (N = 62)	Група без психотерапії (N = 35)	Група з психотерапією (N = 62)	TAS-20 заг.	DIF-F1
Емоц. Усвідомл.	0,098	-0,308*	0,103	-0,369**	-0,252*	-0,221*
Саморегулюв.	0,001	-0,373**	-0,010	-0,374**	-0,273**	-0,253*
Прослух. Тіла	0,020	-0,303*	0,213	-0,359**	-0,291**	-0,200
Довіряння	-0,393*	-0,339**	-0,203	-0,449***	-0,369***	-0,359***
Загальний бал МАІА-2I	-0,137	-0,436***	-0,022	-0,507***	-0,403***	-0,343***

Примітка. * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$. ρ – коефіцієнт кореляції Спірмена.

Таблиця 3. Кореляції МАІА-2 з PSS-10 та PC-PTSD-5 за групами

МАІА-2	PSS-10		PC-PTSD-5		Заг. вибірка (N=97)	
	Група без психотерап. (N = 35)	Група з психотерап. (N = 62)	Група без психотерап. (N = 35)	Група з психотерап. (N = 62)	PSS-10	PC-PTSD
Помічання	0,401*	-0,246	0,142	-0,168	-0,004	-0,004
Не Відволікання	0,028	-0,365**	-0,126	-0,255*	-0,214*	-0,186
Не Турбування	-0,224	-0,119	-0,340*	-0,157	-0,173	-0,216*
Регулюв. Уваги	0,113	-0,476***	0,053	-0,351**	-0,285**	-0,199
Емоц. Усвідомл.	0,228	-0,167	0,225	-0,138	-0,033	0,024
Саморегулюв.	-0,238	-0,555***	-0,056	-0,356**	-0,422***	-0,220*
Прослух. Тіла	0,015	-0,477***	-0,141	-0,334**	-0,274**	-0,175
Довіряння	-0,231	-0,313*	-0,055	-0,233	-0,290**	-0,152
Загальний бал МАІА-2	0,040	-0,505***	-0,056	-0,404**	-0,318**	-0,228*

Примітка. * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$. ρ – коефіцієнт кореляції Спірмена.

Таблиця 4. Зведена таблиця кореляцій між основними конструктами за групами

Пара конструктів	Група без психотерапії (N = 35)	Група з психотерапією (N = 62)	Загальна вибірка (N=97)	$\Delta\rho$
MAIA-2 заг. бал ↔ DERS заг. бал	-0,124	-0,591***	-0,455***	-0,467
MAIA-2 заг. бал ↔ TAS-20 заг. бал	-0,137	-0,436***	-0,403***	-0,299
MAIA-2 заг. бал ↔ PSS-10 заг. бал	0,040	-0,505***	-0,318**	-0,545
MAIA-2 заг. бал ↔ PC-PTSD-5 заг. бал	-0,056	-0,404**	-0,228*	-0,348
MAIA-2 заг. бал ↔ DIF-F1	-0,022	-0,507***	-0,343***	-0,485
DERS заг. бал ↔ TAS-20 заг. бал	0,298	0,690***	0,559***	0,392
DERS заг. бал ↔ PSS-10 заг. бал	0,561***	0,564***	0,565***	0,003
DERS заг. бал ↔ PC-PTSD-5 заг. бал	0,494**	0,264*	0,333***	-0,230
TAS-20 заг. бал ↔ PSS-10 заг. бал	0,045	0,160	0,155	0,115
PSS-10 заг. бал ↔ PC-PTSD-5 заг. бал	0,151	0,463***	0,351***	0,312

Примітка. * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$. ρ – коефіцієнт кореляції Спірмена.. $\Delta\rho$ – різниця між коефіцієнтами кореляції

**Додаток Д. Результати тесту Фішера для порівняння кореляцій між
групами досвіду психотерапії**

Пара конструктів	ρ , Група без досвіду психотерапії (n = 35)	ρ , Група з психотерапією (N = 62)	$\Delta\rho$	Z Фішера	p
Інтероцептивне усвідомлення (MAIA-2) ↔ інші конструкти					
MAIA-2 ↔ DERS загальний	-0,124	-0,591	,467	2,53	,012
MAIA-2 ↔ PSS-10	+0,040	-0,505	,545	2,72	,007
MAIA-2 ↔ DIF-F1 (ідентиф. почуттів)	-0,022	-0,507	,485	2,45	,015
MAIA-2 ↔ TAS-20 загальний	-0,137	-0,436	,299	1,50	,134
MAIA-2 ↔ PC-PTSD-5	-0,056	-0,404	,348	1,70	,090
Субшкала «Помічання» (MAIA-2) ↔ інші конструкти					
Помічання ↔ DERS загальний	+0,152	-0,347	,499	2,35	,019
Помічання ↔ PSS-10	+0,401	-0,246	,647	3,08	,002
Між іншими конструктами					
DERS заг. ↔ TAS-20 загальний	+0,298	+0,690	,392	2,46	,014
DERS заг. ↔ PC-PTSD-5	+0,494	+0,264	,230	1,23	,217
PSS-10 ↔ PC-PTSD-5	+0,151	+0,463	,312	1,59	,112

Примітка. ρ – коефіцієнт кореляції Спірмена; $\Delta\rho$ – абсолютна різниця між коефіцієнтами; Z Фішера – Z-статистика тесту Фішера для порівняння кореляцій; p – двосторонній рівень значущості. Жирним виділено статистично значущі результати ($p < ,05$).