

**КИЇВСЬКИЙ СТОЛИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ БОРИСА ГРІНЧЕНКА**

**ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ, СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ ТА  
СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ**

**Кафедра психології особистості та соціальних практик**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА**

**Навчально-професійний проєкт**

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти  
спеціальності 053 Психологія

освітньої програми 053.00.05 Екстремальна та кризова психологія

**ПСИХОКОРЕКЦІЯ НЕСПРИЯТЛИВИХ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У  
ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ЖІНОК ЗАСОБАМИ ТІЛЕСНО-  
ОРІЄНТОВАНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ**

Виконала: студентка  
II курсу групи ЕКПм-1-24-1.4з  
заочної форми навчання  
**Ковальова Катерина Вікторівна**

Науковий керівник:  
*Я.Ц.Зелінська*, доцент кафедри  
психології особистості та соціальних практик  
кандидат психологічних наук, доцент

## ЗМІСТ

<b>АНОТАЦІЯ</b> .....	3
<b>ВСТУП</b> .....	7
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОКОРЕКЦІЇ НЕСПРИЯТЛИВИХ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЗАСОБАМИ ТІЛЕСНО- ОРІЄНТОВАНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ</b> .....	10
1.1. Поняття тілесно-емоційного стану та його роль у збереженні психічного здоров'я .....	10
1.2. Психотравматичний досвід війни як чинник емоційних і соматичних розладів внутрішньо переміщених жінок .....	15
1.3. Сучасні тілесно-орієнтовані та інтегративні підходи психокорекції....	17
Висновки до першого розділу .....	28
<b>РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НЕСПРИЯТЛИВИХ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ЖІНОК</b> .....	30
2.1. Методологія та організація дослідження .....	30
2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження .....	31
Висновки до другого розділу .....	39
<b>РОЗДІЛ 3. ОПИС ТА ПРАКТИЧНА РЕАЛІЗАЦІЯ ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ У МЕТОДІ ТІЛЕСНО- ОРІЄНТОВАНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ «МИСТЕЦТВО ВІДЧУВАТИ»</b> .....	41
3.1. Концепція, цілі, завдання та структура програми.....	41
3.2. Впровадження авторської психокорекційної програми по стабілізації психоемоційного стану внутрішньо переміщених жінок.....	43
3.3. Оцінка ефективності програми та можливості її застосування у .....	49
практиці кризового психологічного супроводу .....	49
<b>Висновки до третього розділу</b> .....	51
<b>ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ</b> .....	53
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	57
<b>ДОДАТКИ</b> .....	59

## АНОТАЦІЯ

### **Психокорекція несприятливих емоційних станів у внутрішньо переміщених жінок засобами тілесно-орієнтованої психотерапії**

*Актуальність дослідження* полягає у тому, що повномасштабна війна в Україні спричинила масштабну психотравматизацію населення. Особливо вразливою групою стали жінки, які зазнали вимушеного переселення, втратили близьких, опинилися наодинці з дітьми або пережили різні форми насильства – психологічного, фізичного чи сексуального. Тривале перебування в умовах небезпеки, нестабільності та невизначеності формує несприятливі емоційні стани – підвищену тривожність, депресивні тенденції, психосоматичні порушення. У таких умовах особливого значення набувають психокорекційні підходи, що поєднують роботу з тілом, емоціями та свідомістю, сприяючи відновленню внутрішньої рівноваги, тілесної усвідомленості та навичок саморегуляції.

Проблема тілесного реагування на травматичний досвід розглядалася у працях відомих фахівців: Бессела Ван дер Колка, Пітера Левіна, Донни Джексон Наказави, Стівена Порджеса та інших. Вони доводять, що травма зберігається не лише в пам'яті чи емоціях, а й у самому тілі людини – у напруженні м'язів, диханні, серцевому ритмі, голосі, позі. Згідно з полівагальною теорією, саме тілесна робота активує парасимпатичну систему, що відновлює почуття безпеки та стабільності.

У сучасній психологічній практиці доведено, що лише вербальні методи терапії не завжди є ефективними при роботі з глибокими травмами. Саме тому тілесно-орієнтована психотерапія (ТОП) стає одним із провідних напрямів, який дозволяє через тіло впливати на психіку, допомагаючи людині інтегрувати травматичний досвід і повернути цілісність.

*Метою роботи є* теоретично обґрунтувати та емпірично перевірити ефективність авторської психокорекційної програми «Мистецтво відчувати» у

методі тілесно-орієнтованої психотерапії для зниження рівня тривоги, депресії та емоційної напруги у внутрішньо переміщених жінок.

Відповідно до мети визначені такі **завдання**:

1. Проаналізувати особливості психоемоційного стану внутрішньо переміщених жінок.
2. Вивчити теоретичні підходи у методі тілесно-орієнтованої психотерапії.
3. Розробити й апробувати авторську групову психокорекційну програму у методі тілесно-орієнтованої психотерапії «Мистецтво відчувати».
4. Дослідити динаміку змін емоційного стану учасниць за допомогою тестових та проєктивних методик.
5. Оцінити ефективність програми.

**Шляхи реалізації мети та завдань дослідження:** теоретичні методи (аналіз, порівняння, узагальнення наукових джерел із тілесно-орієнтованої психотерапії, психосоматики, травматерапії); емпіричні методи (тестування за шкалами HADS, MMPI (377), «Тест руки Вагнера», спостереження, аналіз рефлексій і відгуків учасниць); статистичні методи (кількісна обробка результатів, порівняльний аналіз до та після інтервенційних показників).

**Ключові слова:** тілесно-орієнтована психотерапія, психокорекція, психоемоційний стан, внутрішньо переміщені жінки, травма, тривога, депресія, саморегуляція.

## ABSTRACT

### **Psychocorrection of Unfavorable Emotional States in Internally Displaced Women through Body-Oriented Psychotherapy**

*The relevance* of this study lies in the fact that the full-scale war in Ukraine has caused widespread psychological trauma among the population. Particularly vulnerable are women who have experienced forced displacement, lost loved ones, found themselves alone with children, or suffered various forms of violence – psychological, physical, or sexual. Prolonged exposure to conditions of danger, instability, and uncertainty leads to unfavorable emotional states, including heightened anxiety, depressive tendencies, and psychosomatic disorders. In such circumstances, psychocorrectional approaches that combine work with the body, emotions, and consciousness become especially important, contributing to the restoration of inner balance, bodily awareness, and self-regulation skills.

The issue of bodily responses to traumatic experiences has been explored by prominent specialists such as Bessel van der Kolk, Peter Levine, Donna Jackson Nakazawa, Stephen Porges, and others. They demonstrate that trauma is stored not only in memory or emotions but also in the body itself – in muscle tension, breathing, heart rate, voice, and posture. According to polyvagal theory, it is through work with the body that the parasympathetic system is activated, restoring the sense of safety and stability.

Contemporary psychological practice has shown that verbal therapy methods alone are not always effective when working with deep trauma. For this reason, body-oriented psychotherapy (BOP) has become one of the leading approaches, allowing the body to influence the psyche, helping individuals integrate traumatic experiences and regain wholeness.

*The aim* of this study is to theoretically substantiate and empirically test the effectiveness of the author's psychocorrectional program «The Art of Feeling» within the framework of body-oriented psychotherapy to reduce anxiety, depression, and emotional tension in internally displaced women.

To achieve this aim, the following objectives were set:

1. To analyze the features of the psycho-emotional state of internally displaced women.
2. To study theoretical approaches in the method of body-oriented psychotherapy.
3. To develop and pilot the author's group psychocorrectional program in body-oriented psychotherapy, «The Art of Feeling».
4. To investigate changes in participants' emotional states using test and projective methods.
5. To assess the effectiveness of the program.

***Methods used to achieve the aim and objectives include:*** theoretical methods (analysis, comparison, generalization of scientific sources in body-oriented psychotherapy, psychosomatics, and trauma therapy); empirical methods (assessment using HADS and MMPI (377) scales, Vagner Hand Test, observation, and analysis of participants' reflections and feedback); statistical methods (quantitative data processing, comparative analysis of pre- and post-intervention indicators).

***Keywords:*** body-oriented psychotherapy, psychocorrection, psycho-emotional state, internally displaced women, trauma, anxiety, depression, self-regulation.

## ВСТУП

**Актуальність нашого дослідження** полягає у тому, що повномасштабна війна в Україні спричинила масову психотравматизацію населення. Особливо вразливою категорією стали жінки, які змушені були покинути свої домівки, втратили близьких, залишилися одні з дітьми, зазнали різних форм насильства – психологічного, фізичного чи сексуального. Тривале перебування в умовах небезпеки та нестабільності призводить до формування несприятливих емоційних станів – тривожності, депресії, психосоматичних розладів. Тому, особливої актуальності набувають психокорекційні підходи, що сприяють відновленню емоційної рівноваги через тілесну усвідомленість і розвиток навичок саморегуляції.

Проблему впливу травматичного досвіду на психоемоційний стан особистості досліджували відомі фахівці у сфері психологічного здоров'я, зокрема психіатр Бессел Ван дер Колк, який довів, що тіло може зберігати відбитки пережитого травматичного досвіду. Він наголошував на тому, що ми, як фахівці, можемо впливати лише на «рани», які травма залишає у тілі, у свідомості та душі людини і головний шлях до видужання – усвідомлення клієнтом, що він володіє своїм тілом і розумом, а значить і власним «я». У своїй книзі «Тіло веде лік» Бессел Ван дер Колк пише, що джерело посттравматичних реакцій «живе» в емоційному мозку, а не раціональному. Тому, він дає про себе знати не за допомогою думок, а – спазмами у животі, пришвидшеним серцебиттям, поверхневим диханням, щемінням у серці. Голос клієнта може ставати напруженим, незвично високим, а рухи та постава свідчити про гнів, захисну позицію або внутрішній хаос.

Тему тілесної реакції на травму також розглядав і доктор медицини Пітер Левін у своїй праці «Пробудження тигра. Зцілення травми» [6]. Він зазначає, що травма запускає біологічну реакцію, яка має залишитися гнучкою й здатною до адаптації, а не застигати у дезадаптивному стані. Реакція, що перешкоджає пристосуванню до обставин, не завжди є хворобою – радше це порушення гармонії здоров'я, стан дискомфорту, який може коливатися від

легкого занепокоєння до повного виснаження. Навіть за зниженої адаптивності зберігається потенціал до змін – його потрібно розблокувати, щоб повернути внутрішню свободу й відновити природну життєздатність. Якщо ж цій заблокованій енергії не дати виходу, травма переходить у хронічну форму, і тоді для повернення внутрішньої рівноваги та здоров'я знадобиться значно більше часу та зусиль.

Згідно з дослідженнями Донни Джексон Наказави, які вона зібрала у своїй книзі «Уламки дитячих травм. Чому ми хворіємо і як це припинити», жіночий організм реагує на травму та стрес не так, як чоловічий. Через вищий рівень кортизолу та естрогену жінки мають більшу схильність до емоційного виснаження, запальних та психосоматичних розладів у стані хронічного стресу. Це пояснює підвищену потребу у психотерапевтичній підтримці та відновлення психоемоційного балансу саме серед жінок, які пережили травматичні події війни [10]. Тому, ця проблема є особливо актуальною для сучасної психологічної практики. Застосування лише вербальних методів у таких випадках не завжди є ефективним. Саме через це тілесно-орієнтована психотерапія (ТОП) стає ключем до відновлення після травматичних подій, оскільки вона дозволяє працювати не тільки зі свідомими переживаннями, а й із тілесною пам'яттю.

**Об'єкт дослідження** – психоемоційний стан внутрішньо переміщених жінок.

**Предмет дослідження** – психокорекція несприятливих емоційних станів внутрішньо переміщених жінок методом тілесно-орієнтованої психотерапії.

**Мета дослідження** – на основі теоретичного аналізу й емпіричного дослідження встановити специфіку несприятливих емоційних станів внутрішньо переміщених жінок та розробити психокорекційну програму стабілізації їх психоемоційного стану.

**Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати особливості психоемоційного стану внутрішньо переміщених жінок.
2. Вивчити теоретичні підходи у методі тілесно-орієнтованої психотерапії.
3. Розробити й апробувати авторську психокорекційну програму у методі тілесно-орієнтованої психотерапії «Мистецтво відчувати».
4. Дослідити динаміку змін емоційного стану учасниць за допомогою тестових та проєктивних методик.
5. Оцінити ефективність програми.

#### **Методи дослідження:**

1. **теоретичні:** аналіз наукової літератури з тілесно-орієнтованої психотерапії, травматерапії, психосоматики;
2. **емпіричні:** психодіагностичні методики (тестування HADS (Госпітальна шкала тривоги та депресії), MMPI (377 пунктів), «Тест руки Вагнера»), спостереження, аналіз рефлексії та відгуків учасниць;
3. **статистичні:** кількісна обробка результатів (обчислення балів, відсоткове співвідношення), порівняльний аналіз до та після інтервенційних результатів за HADS.

Дослідження проводилося на базі центру психологічної допомоги Смуґахаб від БО БФ «Юнайтед Хелп Юкрейн», що надає психологічну допомогу людям, які пережили психотравматичні події, пов'язані з війною, насильством, втратою або вимушеним переселенням.

# РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОКОРЕКЦІЇ НЕСПРИЯТЛИВИХ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЗАСОБАМИ ТІЛЕСНО- ОРІЄНТОВАНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ

## 1.1. Поняття тілесно-емоційного стану та його роль у збереженні психічного здоров'я

Людина проживає кризові ситуації не лише на рівні свідомості, а й крізь все своє тіло. Під впливом хронічного стресу відбувається домінування симпатичної нервової системи над парасимпатичною, що призводить до тривалої мобілізації психофізіологічних ресурсів організму, підвищення рівня кортизолу та зниження здатності до відновлення.

Тілесний, або ще можна сказати «соматичний», досвід є найпершим способом пізнання світу, доступним людині ще до моменту появи здатності свідомо мислити чи говорити. Перш ніж індивід навчиться раціональному мисленню, побудові логічних зв'язків або висловлюванню своїх потреб словами, його тіло вже активно взаємодіє з навколишнім середовищем, реагуючи на різноманітні подразники, рухаючись і пристосовуючись до умов існування. Саме через рух, дотик, зорові та слухові відчуття дитина починає усвідомлювати себе у просторі та формує первинний образ власного «Я».

До початку становлення аналітичного мислення мозок уже виконує складну роботу – обробляє велику кількість сенсорної інформації, яку тіло отримує через органи чуття. Зорові, слухові, нюхові, смакові й тактильні сигнали перетворюються на рухові реакції, забезпечуючи пристосування до зовнішнього середовища. Паралельно з цим функціонує система внутрішнього сприйняття – пропріоцепція, що дає змогу відчувати положення тіла, напруження м'язів, ритм серця, дихання, температуру, внутрішні коливання. Завдяки цим процесам людина не лише сприймає світ зовні, а й розуміє внутрішні стани свого організму.

На основі зовнішніх і внутрішніх сигналів тіло спільно з мозком формує певну поведінкову реакцію – рух, дію або емоційний відгук. Така безперервна взаємодія сенсорної, нервової та моторної систем створює цілісну динамічну структуру, що забезпечує якісну адаптацію людини до світу. Це можна розглядати як прояв первинного тілесного інтелекту – вродженого механізму саморегуляції, спрямованого на виживання. Він формується природно, але потребує подальшого постійного розвитку впродовж життя через усвідомлене ставлення до власного тіла.

З моменту народження тіло дитини проходить процес навчання – воно освоює себе, свої рухи, реакції та межі можливостей. На цьому етапі надзвичайно важливою є роль дорослих – батьків, педагогів, терапевтів, адже саме вони можуть допомогти дитині встановити гармонійний зв'язок між тілом та психікою. Якість цих ранніх взаємодій формує фундамент для майбутнього розвитку тілесної чутливості, самоусвідомлення та емоційної стабільності. На жаль, сучасна система виховання і освіти часто ігнорує цю сферу, приділяючи значно більше уваги когнітивному розвитку, ніж тілесно-емоційному.

Базові тілесні навички, способи реагування, а також тілесні обмеження закладаються в перші роки життя. Саме тому сім'я виступає головним середовищем, у якому формується тілесна усвідомленість дитини. Проте з віком цей процес не завершується – людина має продовжувати розвивати тілесний інтелект, підвищувати чутливість до сигналів тіла, вчитися розпізнавати напруження, регулювати дихання, рух і стан свідомості.

Зріла тілесна свідомість дає змогу не лише пристосовуватись до зовнішніх умов, але й активно впливати на них. Коли людина здатна відчувати своє тіло, сприймати його як повноцінну частину особистості, вона може свідомо керувати своїм станом, зберігати життєвий тонус, підтримувати внутрішню гармонію та рівновагу. Це дозволяє не просто виживати в середовищі, а якісно проживати своє життя, використовуючи регуляторні механізми тіла як інструменти самопізнання та розвитку.

З позитивних моментів, сучасна психологія розглядає тіло не лише як фізичну оболонку, а як інтегральну частину психіки, що зберігає сліди минулого досвіду, пережитих емоцій і психічних захистів. Особливо значущою ця категорія є у вивченні стану жінок, які опинилися в умовах тривалого стресу, психологічної травми або емоційного вигорання.

У тілесно-орієнтованій психотерапії (за В. Райхом, А. Лоуеном) тіло розглядається як носій пам'яті про незавершені емоційні реакції. М'язові затиски – так званий «м'язовий панцир», формуються як захисна реакція організму на емоційні перевантаження, внутрішні конфлікти або пригнічення почуттів. Вони можуть бути хронічними й непомітними для самої людини, однак впливають на якість її життя, самооцінку, самоцінність, тілесність і здатність до емоційного контакту.

Дослідження тілесності за Вільгельмом Райхом вказують на те, що емоційні стани часто мають тілесні кореляти – наприклад, тривога проявляється як скутість грудного відділу, фантомні болі у зоні серця, стискання живота, порушення дихання; депресивний стан – як загальна млявість, втрата життєвого тону, згорбленість, схильність до замкненості у тілі, відсутність контакту з ним. У жінок частіше, ніж у чоловіків, спостерігається соматизація емоційних проблем – тілесні симптоми, які не мають органічної причини, але є відображенням психоемоційних переживань.

Переживання травми залишає слід не лише на психіці, але й у тілі. Воно «запам'ятовує» пережиту небезпеку та продовжує залишатися в стані гіпертонусу навіть після завершення загрози. У жінок, які пережили насильство, втрату, вимушену міграцію або інші кризові події спричинені війною, часто фіксується підвищений рівень базового м'язового напруження, проблеми зі сном, труднощі в емоційному контакті з тілом, порушення менструального циклу, зниження лібідо та навіть гінекологічні проблеми.

Жінки, які пережили окупацію, евакуацію, життя у сховищах або тривалий стрес, часто стикалися з відсутністю доступу до медичної допомоги, що призводило до ускладнень вже на запущених стадіях хвороб.

Серед найпоширеніших наслідків відзначаються:

- порушення менструального циклу;
- патології ендометрію;
- пухлини яєчників і матки;
- гострі та хронічні запальні процеси внутрішніх статевих органів;
- ускладнені вагітності та підвищений ризик викиднів.

Медики пов'язують це не лише з фізичними умовами (переохолодження в укриттях, відсутність належної гігієни), але й з інтенсивним психологічним навантаженням: постійна небезпека, пережиті втрати, страх за близьких. Такий стрес погіршує загальний стан організму, знижує репродуктивне здоров'я та може сприяти розвитку гінекологічних патологій, у тому числі кіст, поліпів і фіброміом [20].

Соціокультурні фактори також сильно впливають на те, як жінка сприймає своє тіло. У патріархальних суспільствах тіло жінки часто розглядали як об'єкт контролю, оцінки й навіть сорому. У підсвідомості багатьох українських жінок і досі живуть старі уявлення, що пов'язують зовнішність, цноту чи навіть волосся із гідністю та моральністю. Ще кілька століть тому краса для жінки була майже єдиним способом підвищити свій соціальний статус – наприклад, через вдале заміжжя. У ті часи довга товста коса вважалася головним символом жіночої привабливості й цноти. Коли дівчина виходила заміж, вона мала обов'язково покривати голову – адже «відкрите волосся» асоціювалося з незайманістю. Якщо ж жінка втрачала цноту до шлюбу або порушувала соціальні норми, їй могли обрізати чи навіть спалити волосся – як спосіб публічного приниження. Хоч і минули століття, сліди таких уявлень усе ще впливають на те, як жінки ставляться до свого тіла, краси й власної гідності [5]. Контакт з тілом під заборонами, соромом та приниженнями у таких умовах був майже неможливим і все це жінки несвідомо продовжують нести у своїй ДНК, накладаючи шар за шаром додаткові травми та патерни поведінки для наступних поколінь.

Водночас сучасна система освіти, на жаль, не компенсує цей розрив між свідомістю й тілом. Попри те, що у школах дітей навчають широкому переліку предметів, не менш цінні знання про власне тіло, його функції, потреби та способи регуляції залишаються поза увагою. У результаті більшість людей засвоюють елементарні навички тілесної грамотності вже у дорослому віці – часто через прояви хвороб або емоційного виснаження. Значна частина соматичних скарг пов'язана не стільки з патологією, скільки з невмінням правильно користуватися своїм тілом, розподіляти навантаження, розслабитися, реагувати на стрес і відновлювати баланс.

Система освіти мала б формувати не лише когнітивні, а й тілесно-емоційні компетентності. Школярі потребують базових знань про принципи здорового руху, дихання, постави, усвідомлення власних тілесних меж, розвиток чутливості до сигналів власного тіла та навичок емоційної саморегуляції. Таке навчання є основою для збереження психічного і фізичного здоров'я, формування адекватного образу тіла, здатності до усвідомлених рішень та зрілої відповідальності у стосунках.

Натомість сучасна шкільна практика часто сприяє відчуженню дитини від власного тіла. Тривале сидіння за партою, нестача рухливості, відсутність тілесного усвідомлення поступово формують дисбаланс між тілесним і розумовим розвитком. Це призводить до формування хронічної напруги, порушень постави, а згодом – до психосоматичних розладів.

У світі, де інтелектуальні та технологічні процеси розвиваються значно швидше, ніж людське тіло встигає адаптуватися, цей розрив стає все більш помітним. Якщо не відновлювати зв'язок із тілом, людство ризикує втратити один із найголовніших ресурсів виживання – здатність відчувати, розпізнавати сигнали свого організму та реагувати на них природним шляхом. Як наслідок, ми отримуємо значне зростання рівня психопатологій, зокрема тривожних розладів та депресій – адже людина втрачає здатність відчувати, реагувати та інтегрувати тілесні сигнали, як частину психічного функціонування. Це все має прямий зв'язок із підвищеним ризиком передчасної смертності внаслідок

постійної активації симпатичної нервової системи, яка виснажує серцево-судинну систему людини, також порушується робота ендокринної системи, зокрема робота надниркових залоз. Крім того, формується метаболічний синдром, що значно підвищує ризик серцево-судинних захворювань, діабету та навіть інсульту, а емоційна відчуженість призведе до зниження здатності розпізнавати тілесні сигнали «небезпеки», такі як втома, біль і люди будуть відкладати звернення по допомогу та втрачати дорогоцінний час.

Сучасна психологічна практика свідчить про високу ефективність застосування тілесно-орієнтованої терапії у роботі з жіночими групами – особливо у випадках підвищеного рівня тривоги, депресивних тенденцій, втрати тілесної ідентичності. Повернення уваги до відчуттів, дихання, голосу, дотику сприяє активації парасимпатичної нервової системи, зниженню внутрішнього напруження та відновленню психічної саморегуляції. Особливо цінним є поєднання тілесних практик із вербальним усвідомленням та емоційною підтримкою в безпечному колі жінок.

Таким чином, поняття тілесно-емоційного стану є ключовим для розуміння психічного благополуччя жінки у теперішніх умовах. Воно одночасно інтегрує тілесні, емоційні, психофізіологічні та соціокультурні аспекти, що відкриває широкі можливості для подальших досліджень і психокорекційних інтервенцій.

## **1.2. Психотравматичний досвід війни як чинник емоційних і соматичних розладів внутрішньо переміщених жінок**

Психотравматичні події, спричинені збройним конфліктом, суттєво впливають на загальний психоемоційний та соматичний стан жінок, особливо внутрішньо переміщених осіб. Вимушене переселення, втрата близьких, досвід насильства, загроза життю, постійні обстріли, руйнування житла, відсутність опори та стабільності – усе це є потужними тригерами розвитку

посттравматичних стресових розладів (ПТСР), депресії, тривожних станів, а також психосоматичних розладів.

Згідно з сучасними дослідженнями, саме жінки більш схильні до соматизації психологічної травми [17]. Це може проявлятися у формі порушень сну, головного болю, м'язової напруги, болю в ділянці грудної клітки або живота, порушень менструального циклу, загального виснаження організму. До прикладу, хронічне відчуття страху чи гніву супроводжується м'язовим напруженням, яке з часом спричиняє спазми, біль у спині, мігрень, фіброміалгію та інші форми хронічного болю [2]. Тривале перебування жінки у стресовому стані призводить до дисбалансу гормональної системи, перш за все – кортизолу та естрогену. Порушується регуляція запалення та знижується стійкість організму [10]. Часто подібні стани мають хронічний характер і не піддаються медикаментозному лікуванню, якщо не працювати з емоційною складовою. Такі люди можуть відвідувати багатьох спеціалістів, витратити гроші на дорогі обстеження й аналізи, вживати різні препарати, які іноді полегшують симптоми, але не здатні усунути основну причину такого стану. Діагнози цих пацієнтів часто охоплюють усе, що з ними відбувається, крім одного – усі ці симптоми спричинені спробами впоратися зі своєю травмою [2].

Окремої уваги заслуговує вплив війни як тривалої психотравми, що зумовлює зміни в автономній нервовій системі. Жінки, які тривалий час перебували у стані «завмирання», пригнічення, можуть втратити зв'язок із тілом, перестають відчувати базові сигнали (голод, біль, втому). Нерідко це супроводжується розладами харчової поведінки, підвищеним або зниженим апетитом, відчуттям постійного внутрішнього напруження.

Крім того, досвід війни часто супроводжується втратою базової довіри до світу та безпеки. У жінок, які пережили травму, формується новий внутрішній образ себе як вразливої, травмованої або незахищеної. У випадках сексуального насильства чи агресії спостерігається також блокування тілесних

реакцій, уникнення тілесного контакту, що впливає не лише на фізичне здоров'я, а й на інтимні стосунки.

Варто також зазначити, що психотравма, якщо вона не була інтегрована, може трансформуватись у так звану «тілесну броню» – хронічні м'язові затиски, які несвідомо підтримують стан захисту і готовності до загрози, сюди ж можна віднести і «рятувальний круг» у вигляді кортизолового живота, як спосіб відгородити себе від чогось. Саме з цими явищами активно працює тілесно-орієнтована психотерапія, допомагаючи жінкам повертати чутливість, безпеку та контроль над тілом.

Таким чином, психотравматичні події, зокрема пов'язані з війною, мають глибокий вплив не лише на психологічну сферу жінки, а й на її фізичний стан. Саме тому важливо використовувати інтегративні психокорекційні підходи, які включають роботу з тілом, емоціями, безпекою та стабілізацією внутрішнього стану.

### **1.3. Сучасні тілесно-орієнтовані та інтегративні підходи психокорекції**

У сучасній психології дедалі більше уваги приділяється цілісному підходу до особистості, який передбачає інтеграцію психіки та тіла. Тілесно-орієнтована психотерапія (ТОП) – напрямок у психотерапії, який орієнтований на усунення проблем клієнта через роботу з фізичним тілом. Вона бере свій початок у першій чверті ХХ століття й базується на ідеї нерозривного зв'язку між тілом і психікою. Її становлення тісно пов'язане з розвитком психоаналітичних підходів, гештальт-терапії та нейрофізіологічних досліджень.

Засновником тілесно-орієнтованої психотерапії, як окремого напряму, став Вільгельм Райх, учень Зигмунда Фрейда. Він поглибив уявлення про психосексуальний розвиток особистості та запропонував поняття «м'язового панцира» – хронічної напруги в тілі, яка формується як несвідома захисна реакція на витіснені емоції. Ця теорія ґрунтується на принципі, що здоров'я

людського організму має безпосередній вплив на появу тілесних затисків, а емоції та почуття, в свою чергу, формують м'язову напругу, яка може закріплюватися в тілі. Робота з тілом за його методом дає можливість звільнити затиснуту енергію й активізувати процеси психічного відновлення.

Учні та послідовники Вільгельма Райха продовжили розвивати тілесно-орієнтовану психотерапію та створили неорайхіанські підходи. Один із найвідоміших став біоенергетичний аналіз Олександра Лоуена, який розглядав хронічну м'язову напругу як соматичний еквівалент психічного захисту. У своїх дослідженнях лікар-психотерапевт довів, що тіло та психіка нерозривно взаємопов'язані та функціонують як єдина система. Психічні процеси відображають стан тіла, а тілесні реакції – емоційні переживання людини. Лоуену вдалося поєднати роботу з тілом із аналітичним підходом, таким чином створивши більш м'яку форму психотерапії, яка заснована на природних фізіологічних позах, диханні та поступовому знятті напруги, на відміну від вправ Вільгельма Райха.

Далі розглянемо метод Фельденкрайза, який належить до функціонально-рухових підходів, зосереджених на нейропластичності й тілесному навчанні. Мета цього підходу – відновлення гнучкості тіла та психіки за допомогою усвідомленого руху. Практики Фельденкрайза базуються на дослідженні протилежних дій – зведення та розведення, стояння на місці та ходьба. Тобто, в основі методу чергуванні динамічних і статичних положень тіла, руху, вихідних положень, акцентування на рухах різних частин тіла відносно одна одної. Сюди ж можна віднести і метод соматика Ханни, тому що він був побудований саме на основних ідеях його наставника Моше Фельденкрайза. Томас Ханна ввів таке поняття, як «сенсомоторна амнезія» - втрата м'язової пам'яті внаслідок реагування нашим організмом на всі психологічні та фізичні травми за допомогою спеціальних м'язових рефлексів, які створюють постійне напруження у тілі. Такі підходи, зазвичай, широко використовуються у реабілітації, неврології та лікувальній фізкультурі.

До тілесно-орієнтованих підходів, які спрямовані на формування усвідомлених рухових навичок належить і метод Александера. Його ключова ідея полягає в розвитку здатності помічати та змінювати автоматичні рухові звички застосовуючи свідомий та якісний вибір дій з метою відновлення природної свободи руху, стану легкості та розслаблення. Наприклад, під час ходьби, стоячи чи сидячи.

Наступний підхід, який однозначно вартий уваги, трохи відрізняється від усіх попередніх своєю глибиною – метод Арнольда Мінделла, який був розроблений у рамках процесуально-орієнтованої психології. Головним моментом у ньому є процес зцілення, який відбувається та вирішується всередині психіки, при цьому важливо помічати не тільки думки та емоції, а й тонкі сигнали тіла (рухи, жести, міміку, дихання та зони напруги). Мінделл звертав увагу на сни, мрії, випадкові слова та тілесні прояви клієнта, які можуть відображати приховані поведінкові тенденції та внутрішні процеси людини.

Коли ми говоримо про тілесно-орієнтовану психотерапію, важливо згадати і внесок клінічного психолога Пітера Левіна у роботу з психотравмою. Він є автором новаторського методу соматичного переживання та запропонував ефективну модель роботи з травмою, що полягає в поступовому відновленні відчуття безпеки в тілі та поверненні контролю через мікрорухи та усвідомлення тілесних імпульсів. За Левіним, травма не обов'язково пов'язана з подією, а радше з тим, як тіло не змогло її інтегрувати.

Інші підходи, зокрема прогресивна релаксація Джекобсона, бодинаміка Лісбет Марчер, а також новітні техніки терапії голосом, дихальної інтеграції, також знаходять широке застосування в роботі з психотравмами, тривожними станами, депресією та психосоматичними розладами. Більшість із цих підходів поєднують такі елементи:

- дихання та голос (для регуляції емоційної складової),
- руху та пози тіла (для зняття хронічної напруги),
- усвідомлення тілесних відчуттів (як способу інтеграції досвіду).

Серед загальних механізмів дії тілесно-орієнтованої терапії спостерігається відновлення вегетативного балансу, зменшення гіперзбудження, нормалізація сну, зменшення соматичних скарг, активація ресурсних станів, пошук та проживання травми через «звернення» до власного тілесного інтелекту. Тілесно-орієнтовані практики дозволяють м'яко, без вербалізації травми, якщо клієнт ще не готовий, поступово повернути здатність відчувати себе, власні межі, відновити відчуття безпеки та внутрішню опору.

У контексті психокорекційної роботи з жінками, які зазнали психотравматичного досвіду, особливо в умовах війни, вимушеного переміщення, втрати близьких або досвіду насильства, важливою складовою терапевтичного процесу стає розвиток навичок саморегуляції. Це здатність самотійно впливати на власний психоемоційний стан через свідоме використання ресурсів власного тіла та голосу. Саморегуляція дозволяє знизити рівень внутрішнього напруження, активувати парасимпатичну нервову систему, повернутися до відчуття безпеки та присутності «тут і зараз».

Згідно з усіма переліченими вище методами, можемо підсумувати, що одним із ключових ресурсів для саморегуляції є тіло, яке реагує на стрес через зміну дихання, м'язового тону, положення в просторі. Практики самодослідження тіла передбачають усвідомлення тілесних відчуттів, відстеження наявності напруги у різних сегментах тіла та їх свідоме розслаблення, розвиток здатності перебувати в тілі, а не в голові. Зокрема, до таких практик належать:

- вправи на заземлення, які дають відчуття опори через ноги, сідниці, спину, контакт із поверхнею;
- м'які похитування, розкачування тіла, які активують заспокійливі ритми;
- дихальні вправи з акцентом на подовженому видиху, що стимулює парасимпатичну нервову систему;
- фокусування уваги на тілесних сигналах: «що я зараз відчуваю в тілі?», «де саме в тілі знаходиться напруга?»;

- мікрорухи або «дозволи тілу» рухатися у власному темпі (елементи соматики Томаса Ханни, методу Моше Фельденкрайза).

Жертви психологічної травми зможуть одужати лише тоді, коли приймуть відчуття у своєму організмі та примиряться з ними. Тіло людини у стані постійного страху завжди готове до реакцій «бий або тікай», а у сердитих людей «сердиті» тіла. Щоб змінитись, людина повинна розуміти, що означають її фізичні відчуття і як її тіло взаємодіє із зовнішнім світом. Фізичне самоусвідомлення – це перший крок на шляху до звільнення від тиранії минулого [2].

Тіло нічого не забуває. Спогади про травму заковані в реакціях наших внутрішніх органів, у «щемінні» серця і «порожнечі» в животі, в автоімунних захворюваннях та хворобах опорно-рухового апарату. Взаємодія між розумом, мозком і внутрішніми органами – це прямий шлях до емоційної регуляції [2].

Другим ресурсом для саморегуляції є голос, зокрема його вібраційна та ритмічна природа. Згідно з полівагальною теорією Стівена Порджеса, вокалізація активує блукаючий нерв, що, у свою чергу, впливає на зниження частоти серцевих скорочень, дихання, зменшення тривоги та відчуття небезпеки. У практиках вокалотерапії, які елементами застосовувалися в авторській психокорекційній програмі «Мистецтво відчувати», жінки опановували техніки:

- гудіння з вібрацією у грудях, животі або голові;
- довгий видих зі звуками, що поєднувався з рухами тіла;
- спів звуків, які викликали «відгук» в окремих частинах тіла та їх обговорення;
- вправи на спонтанне звучання;
- звільнення від «застряглих в горлі» емоцій.

У західній медицині не просто так завжди застосовувалися дихальні вправи, такі як пранаяма, наспівування мантр та бойові мистецтва, як-от цигун, гра на барабанах, хоровий спів і танці. В основі всіх цих методів лежить ритмічна взаємодія, внутрішнє усвідомлення, вербальна і невербальна комунікація, які

допомагають людям вийти зі стану «бий або тікай», змінити своє сприйняття небезпеки й повернути собі здатність підтримувати взаємодію з іншими [2]. А деякі ритми навіть мають анестезуючий ефект, як стверджують дослідники, наприклад, у народності маорі, які проживають на території Нової Зеландії під час пологів жінки співають традиційні для їх культури пісні разом зі своїми чоловіками, щоб зняти біль та напругу.

Людському організму притаманні природні механізми саморегуляції, що забезпечують прагнення до стану внутрішньої рівноваги – гомеостазу. Фізіологічні системи людини працюють через складні механізми позитивного та негативного зворотного зв'язку, які допомагають підтримувати стабільний рівень гормонів та інших життєво важливих параметрів. Зокрема, у регуляції стресової відповіді бере участь гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь (НРА-вісь). У відповідь на стресовий стимул в організмі підвищується рівень кортизолу – одного з ключових гормонів стресу. Коли його концентрація досягає певного рівня, активується негативний зворотний зв'язок: гіпофіз та гіпоталамус отримують сигнал «зупинити» подальше вироблення кортизолу, що дозволяє організму повернутись до стану рівноваги.

У разі хронічного стресу – коли людина тривалий час перебуває у стані тривоги, депресії або їх поєднання – НРА-вісь залишається постійно активованою. Це означає, що наднирники виробляють кортизол у надмірних кількостях, і мозок не отримує чіткого сигналу на «вимкнення» цієї реакції. Такий стан поступово виснажує як саму систему, так і структури мозку, які за неї відповідають. Наукові дослідження підтверджують, що при хронічному викиді кортизолу зменшується об'єм гіпокампу – ділянки мозку, відповідальної за навчання, пам'ять та емоційну регуляцію. Також страждає префронтальна кора – центр прийняття рішень і контролю над емоціями. З часом це проявляється у труднощах з концентрацією, уповільненні мислення, погіршенні пам'яті, а також у зниженні емоційної чутливості. Крім того, надмірна стимуляція гіпофіза і наднирників може

призводити до дисфункцій, що проявляються у вигляді гормональних збоїв, імунного виснаження та психосоматичних розладів. Таким чином, хронічна тривожність і депресивні стани призводять до нейробіологічних змін, які порушують здатність до саморегуляції, знижують когнітивні функції та погіршують якість життя [13].

Реакція організму на стрес безпосередньо пов'язана з функціонуванням автономної нервової системи (АНС), яка складається з двох основних гілок – симпатичної (СНС) та парасимпатичної (ПНС). Вони виконують взаємно протилежні функції, забезпечуючи мобілізацію або відновлення ресурсів організму відповідно до умов зовнішнього середовища.

Симпатична нервова система відповідає за збудження та активацію організму у відповідь на загрозу – вона запускає так звану реакцію «бий або тікай», підвищуючи частоту серцевих скорочень, кров'яний тиск, тонус м'язів, сприяючи викиду адреналіну наднирниками. Цей механізм готує тіло до активної дії, але у випадку хронічного стресу призводить до перевантаження, виснаження ресурсів та фізіологічних дисфункцій.

Парасимпатична нервова система, навпаки, активується у стані спокою, сну, безпеки чи медитації – вона відповідає за перетравлення їжі, загоєння тканин, зниження частоти серцебиття, розслаблення м'язів і відновлення енергії.

Ключовим показником балансу між цими двома системами є варіабельність серцевого ритму (ВСР) – зміна інтервалів між серцевими скороченнями. Як зазначає Стівен Порджес, високий рівень варіабельності серцевого ритму свідчить про добру адаптацію організму до стресу та ефективну взаємодію між симпатичною та парасимпатичною нервовою системою, що є критичним фактором у подоланні наслідків психоемоційної перенапруги, особливо у людей з ПТСР, депресивними та тривожними розладами [7]. Чим більші коливання ритму, тим гнучкіше працює нервова система, і тим краще організм реагує на зміни. Варіабельність серцевого ритму – це маркер ефективності «акселератора» та «гальма» збудження [7].

Практики, що активують парасимпатичну систему через дихання – зокрема, подовжений і усвідомлений видих, сприяють зниженню напруги та поверненню до стану саморегуляції. Як підкреслює Бессел Ван дер Колк у своїй книзі «Тіло веде лік», усвідомлене дихання, рух, робота з тілом і голосом – ключові інструменти повернення людини до відчуття себе, зменшення симптомів ПТСР, тривоги та гіперактивації.

Таким чином, тілесно-орієнтована психокорекційна робота має на меті не лише емоційну стабілізацію, а й відновлення біологічної рівноваги, що підтверджується дослідженнями в галузі нейрофізіології.

Одним із ключових механізмів тілесно-орієнтованого підходу є стимуляція блукаючого нерва (*nervus vagus*) – головного каналу парасимпатичної нервової системи. Саме через нього відбувається регуляція роботи серця, органів травлення, дихання та емоційної реактивності. Згідно з теорією полівагусу, соціальна взаємодія, вокалізація, дихання, спів і вібраційні звуки – є природними шляхами активації блукаючого нерва.

Під час виконання вокальних практик (гудіння, спів) знижується частота серцебиття, що зменшує тривожність і сприяє емоційній стабілізації. Вокальна вібрація має схожий за ефективністю вплив на варіабельність серцевого ритму, як і дихальні медитації [Додаток А].

Іншим критично важливим механізмом є розрядка соматичного напруження через рух, дихання та голос у безпечному просторі. Як підкреслює Пітер Левін – незавершена стресова реакція «застрягає» в тілі, формуючи хронічну напругу, гіперактивацію або, навпаки, дисоціацію. Повертаючи тілу можливість допережити і дозавершити руховий імпульс, ми не лише звільняємо тілесний блок, а й відновлюємо психічну цілісність.

Через повторну роботу з тілесними імпульсами – в русі, диханні, голосі відбувається репрограмування нейронних шляхів: тіло починає реагувати інакше на тригери, формуються нові асоціації між тілесною реакцією та емоційним станом. Це підтверджується даними досліджень з

нейропластичності – формування нових патернів можливе за умови створення контексту безпеки, сенсорної інтеграції і повторення [10].

Особливо важливою частиною психокорекційної роботи є ресурсування через тіло – тобто можливість «прожити» досвід безпеки не через аналіз чи розмову, а на рівні тілесного відчуття. Під час роботи з тілом, клієнтка не просто уявляє чи згадує безпечний стан – вона переживає його буквально тут і зараз, що дозволяє формувати нову психофізіологічну основу для відновлення [Додаток Б]. Мозок не розрізняє вигадану загрозу від реальної, але так само він не розрізняє уявлену безпеку від тілесно прожитої – тому тілесне ресурсування стає базою нової моделі реагування [6].

Отже, завдяки комплексній роботі з тілом, диханням і голосом у межах психокорекційної програми, учасниці не лише знижують рівень тривоги й напруги, а й відновлюють базове відчуття внутрішньої опори та безпеки, необхідне для глибшої емоційної трансформації [Додаток В].

Важливо зазначити, що в умовах високої емоційної вразливості та нестачі довіри до зовнішнього середовища, можливість регулювати себе власноруч – є ключовим фактором відновлення психологічної суб'єктності жінки. Поступове оволодіння простими, безпечними техніками самопомоги через тіло і голос формує у жінок почуття контролю, знижує тривогу, повертає контакт з емоціями без ретравматизації. У клієнток програми була можливість повторювати деякі практики, які не потребували супроводу психолога (спеціаліста з тілесно-орієнтованої психотерапії), вдома та регулювати свій стан під час панічних атак, нападів агресії та страху.

Формат групової роботи створює безпечне та зцілююче середовище, де учасниці можуть ділитися своїм досвідом, отримувати емоційну підтримку та покращувати навички соціалізації, після перенесених травмуючих подій. Підтримуючі групи допомагають людям не залишатися наодинці зі своєю проблемою та знайти коло однодумців із подібними запитами. Перші групові форми психологічної підтримки почали з'являтися ще в середині ХХ століття. Однією з перших таких ініціатив були групи для ветеранів після завершення

Другої світової війни. Вони були створені з метою допомогти військовим впоратися з психічними травмами отриманими під час бойових дій. А вже у 1940-1950-х роках розпочали свою активну роботу групи підтримки, які працювали з психічними розладами, залежностями та травматичним досвідом у людей. З часом концепція груп підтримки розвинулася і поширилася на інші теми, а сьогодні такі спільноти є важливим елементом психологічної допомоги та терапевтичного процесу.

Можливість почуватись у безпеці поруч з іншими – це найважливіший складник психічного здоров'я. Людина, як і більшість соціальних видів, не створена для життя на самоті, тому здорові взаємини є запорукою змістовного і повноцінного існування. Це підтверджується низкою антропологічних та біологічних даних, коли в доісторичні часи окремих індивід має значно менше шансів на виживання поза групою. До прикладу, відомий експеримент Гаррі Гарлоу з мавпенятами-резусами, яких він виховав без матері, продемонстрував, що навіть за наявності пляшечки молока у одного з двох макетів мами-мавпи, дитинчата прагнули до другого, аналогічного, але обгорнутого махровою тканиною, де хотіли отримати емоційний контакт та відчуття близькості [12].

З моменту появи перших спільнот виживання безпосередньо залежало від здатності взаємодіяти один з одним, саме про це згадував Чарльз Дарвін у своїй фундаментальній праці «Походження видів». У природі на світ народжується більше осіб, ніж зможе вижити, тому боротьба за право існувати є неминучою. Проте саме співпраця, а не лише конкуренція, може забезпечити стабільність виду. Навіть рослини краще живуть там, де є умови, які сприяють спільному зростанню великої кількості представників їх виду. Завдяки цій «соціальності» різноманітні види тварин та рослин уникають зникнення. Саме тому соціальні зв'язки – не тільки емоційна потреба, а й біологічна необхідність, яка лежить в основі нашого повноцінного і здорового існування як виду [4].

Безліч досліджень на тему допомоги постраждалим від катастроф, проведених у різних куточках світу, показали, що соціальна підтримка – це найефективніший захист від негативних наслідків стресу і травми.

Соціальна підтримка – це дещо більше, ніж просто перебування поруч з іншими людьми. Важливою умовою є взаємність – можливість бути почутим і поміченим, усвідомлення своєї присутності в думках та серці інших. Для заспокоєння, зцілення і зростання необхідне внутрішнє відчуття безпеки. Жоден лікар не може виписати рецепт на дружбу і любов; це складні форми взаємодії, які вимагають зусиль. Не обов'язково переживати психологічну травму, щоб відчувати сором або навіть запанікувати на вечірці серед незнайомих людей, але травма може перетворити весь світ на натовп прибульців.

Багато жертв травми відчуває, що втрачає зв'язок із людьми, які їх оточують. Деякі знаходять прихисток на сеансах групової терапії, де можна безпечно повертатися до свого минулого [2].

Таким чином, групові тілесно-голосові практики в межах нашої програми виконують подвійну функцію: з одного боку, це методи регуляції, які допомагають відновлювати глибоке дихання, голос та відчуття власного тіла, а з іншого – це безпечне соціальне середовище, де учасниці можуть отримувати підтримку й формувати новий досвід екологічної взаємодії. Саме така комбінація дозволяє поступово відновлювати емоційний гомеостаз і підсилювати психологічну стійкість.

## Висновки до першого розділу

У першому розділі нами було здійснено комплексний теоретико-методологічний аналіз проблеми тілесно-емоційного стану жінок в умовах кризи, зумовленої психотравматичними подіями російсько-української війни. Визначено, що тілесно-емоційний стан – інтегральна характеристика психофізіологічного, емоційного та соматичного функціонування особистості, що безпосередньо пов'язана з історією пережитих травм, які закарбовуються не лише у психіці, а й у тілі. У межах розділу було встановлено та обґрунтовано наявність взаємозв'язку емоційних процесів з соматичними реакціями, а також вплив тривалого стресу або травми на формування м'язових затисків, порушень дихання, зміну постави та навіть зниження тілесної чутливості. Серед жінок подібні прояви завжди більш виражені, це відбувається внаслідок підвищеної схильності до соматизації емоційних переживань, гормональну лабільність та соціокультурні фактори, які вже багато століть впливають на тілесну ідентичність українок.

Аналіз специфіки психотравматичного досвіду війни як чинника розвитку тривожних та/або депресивних станів, встановив, що переживання втрати, вимушеного переселення, насильства або загрози власному життю призводить до порушення балансу вегетативної нервової системи, зниження здатності почуватися в безпеці, дезадаптації та втрати контакту з тілом. Ці стани супроводжуються різними тілесними симптомами, які не мають під собою органічного підґрунтя, але вказують на неінтегрований травматичний досвід та непрожиті емоції.

Нами було розглянуто основні тілесно-орієнтовані підходи – класичні (Вільгельм Райх, Олександр Лоуен) та більш сучасні (Пітер Левін, Моше Фельденкрайз, Томас Ханна, Арнольд Мінделл, Стівен Порджес). Ми визначили, що їх об'єднує основна мета – розуміння тіла як ключового ресурсу саморегуляції, за допомогою якого стає можливим відновити емоційну рівновагу, довіру до себе та контакт із реальним світом. Особливе значення у

цих підходах надається роботі з диханням, рухом, голосом, як інструментами відновлення відчуття безпеки, контролю та цілісності.

Таким чином, результати теоретичного аналізу літературних джерел дозволяють зробити висновок, що психокорекційна робота у методі тілесно-орієнтованої психотерапії є ефективною для роботи з внутрішньо переміщеними жінками, які пережили кризові події внаслідок військових дій на території України. Вона забезпечує глибинну інтеграцію тілесного та психічного досвіду людини, а також сприяє зниженню рівня тривоги та/або депресії, проявів соматичних хвороб та відновлення психологічної стійкості. Отримані нами теоретичні засади стали підґрунтям для подальшого емпіричного дослідження психоемоційних станів нашої цільової групи та розробки авторської психокорекційної програми «Мистецтво відчувати».

## **РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НЕСПРИЯТЛИВИХ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ЖІНОК**

### **2.1. Методологія та організація дослідження**

Метою дослідження було виявлення жінок із підвищеним рівнем тривоги та/або депресії серед клієток, які звернулися до центру психологічної допомоги Смуга-хаб від БО БФ «Юнайтед Хелп Юкрейн» з подальшим цілеспрямованим застосуванням тілесно-орієнтованої психокорекційної програми у роботі з цільовою групою.

Дослідження мало на меті не лише діагностику емоційного стану, а й відбір жінок, для яких робота у методі тілесно-орієнтованої психокорекції буде найбільш релевантною та ефективною формою психологічної підтримки.

**Завданнями дослідження були:**

1. Здійснити психодіагностику тривоги та депресії серед жінок, які звернулися до центру, з використанням тестування HADS (Госпітальна шкала тривоги і депресії).
2. Виділити цільову групу жінок із підвищеним рівнем тривоги та/або депресії.
3. Провести розширене обстеження цієї групи з використанням особистісного опитувальника ММРІ (377 пунктів) та «Тест руки Вагнера».
4. У випадках клінічної симптоматики – скерувати жінок до психіатра для комплексної медико-психологічної підтримки.
5. На основі діагностики – сформуванати групу тілесно-орієнтованої психокорекції та організувати цикл занять.
6. Провести повторну діагностику з використанням тестування HADS (Госпітальна шкала тривоги і депресії).
7. Проаналізувати зміни тілесно-емоційного стану після завершення психокорекційної програми.

**Гіпотеза дослідження:** жінки з підвищеним рівнем тривоги та/або депресії, які пройшли психокорекційну програму у методі тілесно-орієнтованої

психотерапії, демонструють позитивну динаміку в психоемоційному стані, зокрема зменшення симптомів тривоги, депресії та психосоматичних розладів.

На першому етапі дослідження було залучено 32 жінки. Після проходження тестування HADS (Госпітальна шкала тривоги і депресії) було виділено 11 учасниць із помірними та високими показниками, які сформували **цільову групу**. Із цими жінками проводився подальший психодіагностичний супровід і було організовано групу тілесно-орієнтованої психокорекції.

## 2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження

У процесі дослідження було застосовано низку психодіагностичних методик, спрямованих на виявлення рівня тривожності, депресивної симптоматики, особистісних особливостей і характеру внутрішніх конфліктів жінок, які звернулися до центру психологічної допомоги в умовах війни.

На скринінговому етапі для попереднього виявлення психоемоційного стану жінок використовувалась Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS). Це валідизований психометричний інструмент, розроблений Зігмондом і Снайтом (1983), що дозволяє оцінити вираженість симптомів тривоги та депресії у непсихіатричних пацієнтів. HADS включає 14 тверджень: по 7 для тривоги та депресії, методика дозволяє розмежувати клінічні та субклінічні рівні проявів.

Результати інтерпретуються згідно з критеріями:

- 0–7 – норма
- 8–10 – субклінічні прояви
- 11–21 – клінічний рівень

У жінок із виявленими підвищеними показниками за HADS проводилось поглиблене обстеження із застосуванням:

- **Міннесотського багатфакторного особистісного опитувальника (MMPI)** – у версії на 377 пунктів. Опитувальник дає можливість оцінити не лише емоційний стан, а й ключові особистісні особливості,

характерологічні акцентуації, психопатологічні тенденції та рівень адаптації. Зокрема, у роботі враховувалися клінічні шкали ММРІ (іпохондрія, депресія, істерія, психопатія, параноя, психастенія, шизофренія, гіпоманія), а також шкали достовірності та інтроверсії.

- **«Тест руки Вагнера» (Hand Test)** – проєктивна методика, розроблена Ервіном Вагнером у 1962 році, яка дозволяє дослідити особистісні риси, емоційні реакції, потенціал агресивності, імпульсивності, рівень соціальної адаптації та латентні конфлікти. Тест складається з 10 карток зі зображенням долонь у різних позиціях, за винятком останньої, на які респондент має дати вільну інтерпретацію. Методика дає можливість побачити динаміку внутрішніх процесів людини, що є цінним у контексті травматичного досвіду та тілесної роботи [3].

Поєднання цих методик дозволяє отримати комплексне уявлення про глибину психоемоційних порушень, ресурси особистості, наявність захисних механізмів і потенціал до психокорекції у тілесно-орієнтованому підході.

Емпіричне дослідження проводилось на базі центру психологічної допомоги Смуга-хаб від БО БФ «Юнайтед Хелп Юкрейн», створеного у відповідь на зростаючі запити на підтримку громадян України, які зазнали психотравматичного досвіду внаслідок повномасштабної російсько-української війни.

У дослідженні взяли участь 32 жінки віком від 25 до 55 років, переважна більшість з яких – внутрішньо переміщені особи (ВПО), які пережили втрату житла або вимушену міграцію внаслідок воєнних дій на території України та звернулися до хабу за безкоштовною психологічною допомогою у період з січня по лютий 2025 року. На першому етапі всі 32 учасниці пройшли Госпітальну шкалу тривоги та депресії (HADS) для виявлення рівнів тривоги та депресії.

На підставі результатів HADS було виділено підгрупу з 11 жінок (35%), у яких фіксувались клінічно значущі показники:

- у 5 жінок – підвищений рівень тривожності,

- у 4 жінок – виражена депресивна симптоматика,
- у 2 жінок – комбінований тривожно-депресивний стан.

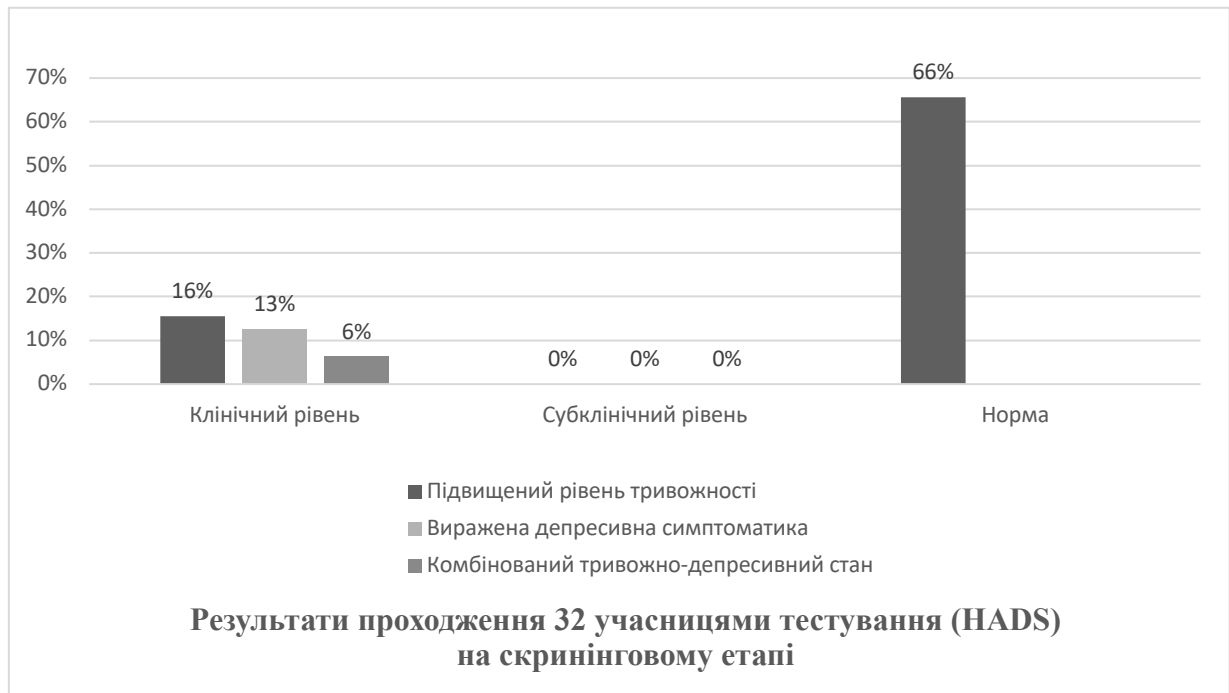


Рис. 2.1

Жінки з тривожно-депресивним станом були додатково скеровані клінічним психологом центру до лікаря-психіатра (з висновками психодіагностичних досліджень), який поставив остаточний діагноз та призначив медикаментозне лікування, що поєднувалось із участю в тілесно-орієнтованих психокорекційних сесіях. Це дозволило забезпечити комплексний підхід і гарантувати безпечність втручання.

На другому етапі дослідження (поглиблена психодіагностика) з цільовою вибіркою жінок було проведено:

- «Тест руки Вагнера»,
- ММРІ (377 пунктів).

Методика «Тест руки Вагнера» була використана з метою визначення особливостей міжособистісної взаємодії, рівня адаптованості до соціального середовища, наявності дезадаптаційних тенденцій та можливих психотичних проявів у вибірці з 11 внутрішньо переміщених жінок.

Отримані результати засвідчили, що у більшості досліджуваних показники міжособистісного блоку значно перевищують норму (57–90 %), що вказує на підвищену потребу у взаємодії, емоційній підтримці, схильність до залежних форм прив'язаності. Це може свідчити про прагнення до прийняття, належності та стабільних відносин, що може бути компенсаторною реакцією на пережиті втрати та невизначеність. Середовищний блок у більшості учасниць знижений або відсутній (0–40 %), що демонструє нестачу відчуття опори в реальному середовищі, знижену мотивацію до досягнень і самореалізації, брак стабільності та контролю над життєвими обставинами. Блок дезадаптації у більшості жінок перебував у межах помірних відхилень від норми (4–12 %), що відображає наявність психоемоційного напруження, страхів, вразливості, періодичного відчуття безсилля або втрати контролю. Проте у двох учасниць спостерігається значне перевищення показників (16% та 33%), що свідчить про високий рівень внутрішнього напруження, відчуття безпорадності та ознаки емоційного виснаження. Саме ці респондентки мали клінічні прояви тривожно-депресивного стану та були направлені до лікаря-психіатра. Психотичний блок зафіксовано лише у 3 учасниць (4–13 %), що може свідчити про порушення контакту з реальністю або ознаки істероїдних чи тривожно-депресивних проявів, які потребують спостереження фахівців. Таким чином, застосування проєктивної методики «Тест руки Вагнера» дало змогу виявити наявність емоційної вразливості, знижених адаптаційних ресурсів і залежної форми міжособистісних зв'язків [3], що стало обґрунтуванням необхідності подальшої реалізації тілесно-орієнтованої психокорекційної програми «Мистецтво відчувати».

Таблиця 2.1

**Результати проходження учасницями первинної діагностики за проєктивною методикою «Тест руки Вагнера»**

Учасниця	Міжособистісний блок (%)	Середовищний блок (%)	Дезадаптація (%)	Психотизм (%)
1	68	29	4	0

2	75	13	8	4
3	66	19	16	0
4	54	42	4	0
5	90	5	5	0
6	73	15	12	0
7	57	32	7	4
8	67	28	6	0
9	52	38	10	0
10	53	0	33	13
11	42	50	8	0

З метою комплексного дослідження емоційного стану, рівня тривожності, депресивних тенденцій, особливостей соціальної взаємодії та загальної адаптивності учасниць програми, нами була застосована методика «ММРІ (377)». Дане дослідження дозволило оцінити глибинні особистісні особливості, визначити ризики дезадаптації та потребу у додатковій психотерапевтичній або психіатричній підтримці до початку реалізації психокорекційної програми. Аналіз даних за шкалами ММРІ показав наявність гетерогенної групи – з різним рівнем емоційної стабільності, тривожності та адаптивності.

Підвищений рівень тривожності та депресивності виявлено у 4 учасниць (2, 3, 8, 10). Профіль характеризується високими показниками за шкалами D (депресія), Pt (психастенія), Hs (іпохондрія), що вказує на виражену емоційну напругу, схильність до самозвинувачення та соматизації тривоги. Ці учасниці потребують індивідуальної психотерапевтичної підтримки та, за потреби, фармакологічної стабілізації. Ще у цих 4 респонденток спостерігаються соціальна замкненість, параноїдальні тенденції та підвищена підозрілість (високі показники за шкалами Pa, Sc, Si). Це свідчить про ригідність мислення, труднощі у встановленні довірливих стосунків, а також про ризик формування ізоляційних стратегій поведінки. 4 учасниці (4,

6, 9, 11) демонструють емоційну стабільність, врівноваженість та адаптивні ресурси. Їхні профілі наближені до нормативних значень, що вказує на наявність внутрішньої опори, здатності до саморегуляції та ефективного відновлення після стресу. 4 учасниці (5, 7, 8, 10) з високими показниками за шкалою Ма (гіпоманія) характеризуються високим рівнем енергійності, активності та імпульсивності. Ці риси можуть виявлятися як ініціативність та креативність, але за умов підвищеного стресу – переходити у емоційну нестійкість, конфліктність або надмірну збудливість. Отримані результати свідчать, що у групі присутній різний рівень адаптації та емоційного благополуччя.

Методика «ММРІ (377)» дозволила виявити учасниць із клінічно значущими тривожно-депресивними проявами, які потребують індивідуального психотерапевтичного супроводу, визначити стабільних, ресурсних учасниць, здатних до групової динаміки та підтримки інших, окреслити рівень емоційної зрілості та соціальної інтеграції кожної учасниці перед початком корекційного впливу.

*Таблиця 2.2*

**Результати проходження учасницями первинного тестування за методикою «ММРІ (377)»**

Шкала	Учасниці										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Нурочondriasis (Hs) – схильність до соматизації тривоги	53	66	66	49	51	50	53	80	49	80	49
2. Depression (D) – депресія	48	73	81	49	47	42	43	62	45	89	41
3. Hysteria (Hy) – витіснення факторів, що викликають тривогу	52	61	61	38	46	45	46	48	40	65	40

4. Psychopathic deviate (Pd) – відреагування тривоги на поведінковому рівні	62	79	74	43	50	52	62	64	38	76	43
5. Masculinity-Femininity (Mf) – гендерно-рольова ідентифікація	52	50	42	50	53	49	60	75	53	46	60
6. Paranoia (Pa) – ригідність афекту	47	84	100	40	56	44	60	64	40	100	56
7. Psychasthenia (Pt) – фіксація тривоги та обмежувальна поведінка	45	82	76	48	40	49	60	68	50	75	32
8. Schizophrenia (Sc) – аутизація	53	98	102	45	49	47	55	66	49	86	43
9. Hysteria (Ma) – заперечення тривоги та гіпоманіакальні тенденції	58	68	66	53	73	56	75	76	66	108	50
10. Social Introversion (Si) – соціальна інтроверсія	56	66	81	38	36	37	36	64	36	81	42

Отже, отримані діагностичні дані учасниць, у яких було виявлено показники, що свідчили про підвищений рівень тривоги, депресії або комбінований тривожно-депресивний стан, слугували базою для подальшої психокорекційної роботи з ними. Програма «Мистецтво відчувати» була спрямована на підвищення їхньої психологічної стійкості, зниження симптомів тривоги і депресії та розвиток навичок саморегуляції. Надалі саме ця вибірка брала участь у тілесно-орієнтованій психокорекційній програмі, що передбачала роботу з диханням, м'язовим тонусом, опорою, особистими кордонами, голосом і тілесними реакціями.

Таким чином, емпіричне дослідження було організоване в кілька послідовних етапів:

1. Первинне скринінгове виявлення (HADS).
2. Відбір учасниць з клінічно значущими симптомами.
3. Поглиблена діагностика (MMPI, Тест руки Вагнера).
4. Скерування до суміжних спеціалістів (за потреби).

## Висновки до другого розділу

Нами було здійснено емпіричне дослідження актуальних емоційних станів внутрішньо переміщених жінок, які звернулися до центру психологічної допомоги Смуга-хаб від БО БФ «Юнайтед Хелп Юкрейн» внаслідок військових дій на території України. Метою якого було виявлення серед них осіб із підвищеним рівнем тривоги та/або депресії для подальшої участі у нашій психокорекційній програмі у методі тілесно-орієнтованої психотерапії «Мистецтво відчувати».

Первинна психодіагностика за допомогою Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) дозволила визначити вибірку з 11 учасниць (35%) із клінічно значущими проявами підвищеної тривоги, депресії або тривожно-депресивного стану.

Другим етапом дослідження стала поглиблена психодіагностика вибірки із використанням Міннесотського багатофакторного особистісного опитувальника «ММРІ (377)» та проєктивної методики «Тест руки Вагнера». Їх застосування дозволило отримати комплексне уявлення про структуру особистості, рівень глибинних психоемоційних порушень, наявні захисні механізми, ресурси та потенціал до психокорекції у рамках тілесно-орієнтованого підходу. Оскільки зазначені методики мають якісно-інтерпретаційний характер і не передбачають стандартизованої кількісної оцінки змін у динаміці, вони не підлягали статистичній обробці після завершення психокорекційної програми. Психодіагностика підтвердила наявність значущих психоемоційних порушень, що характеризуються підвищеною емоційною збудливістю, проблемами з адаптацією, внутрішніми конфліктами, порушеннями емоційної саморегуляції, а також психосоматичними проявами. Нами було виявлено, що у більшості учасниць спостерігається підвищена потреба в емоційній близькості, відсутність внутрішньої опори, залежні форми прив'язаності, відчуття безсилля, напруга, схильність до соматизації емоцій і психоемоційного виснаження.

Виявлені показники недостатньої саморегуляції, втрати тілесного контакту та порушення адаптаційних механізмів обґрунтовують доцільність застосування цілеспрямованих тілесно-орієнтованих психокорекційних методик у роботі з цією групою. Медикаментозна підтримка та нагляд лікаря-психіатра для двох з одинадцяти учасниць сприяє безпечному та комплексному підходу.

Таким чином, емпіричні дані, отримані на доінтервенційному етапі, слугували надійною основою для формування структури психокорекційної програми, що має на меті покращення психоемоційного стану, зниження рівня тривоги та/або депресії, підвищення психологічної стійкості та розвиток навичок саморегуляції у нашої вибірки жінок.

## **РОЗДІЛ 3. ОПИС ТА ПРАКТИЧНА РЕАЛІЗАЦІЯ ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ У МЕТОДІ ТІЛЕСНО- ОРІЄНТОВАНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ «МИСТЕЦТВО ВІДЧУВАТИ»**

### **3.1. Концепція, цілі, завдання та структура програми**

Авторська програма «Мистецтво відчувати» поєднує елементи вегетотерапії (В. Райх), біоенергетичного аналізу (А. Лоуен), соматичного переживання (П. Левін), фокусування на тілесних відчуттях, дихальних і голосових технік, спрямованих на відновлення контакту з тілом і зниження м'язової напруги. Заняття проводилися в малих групах, де учасниці мали змогу досліджувати свій тілесно-емоційний стан через рух, дихання та голос.

Програма «Мистецтво відчувати» створена як авторська психокорекційна система, що поєднує сучасні досягнення тілесно-орієнтованої психотерапії, елементи нейропсихології та психосоматики, містить 16 послідовно структурованих сесій, які допомагають учасницям поступово занурюватися у дослідження власного тілесного й емоційного досвіду, розвивають навички самозаспокоєння, самопідтримки та відновлення внутрішньої опори. Основна концепція полягає в усвідомленні тіла як носія пам'яті психотравми, інструменту саморегуляції та ресурсу для відновлення. Програма спрямована на поступове відновлення контакту з тілом, розпізнавання відчуттів, безпечно проживання емоцій через тілесні та голосові практики.

**Метою програми** була стабілізація психоемоційного стану жінок із тривожними, депресивними або психосоматичними проявами шляхом застосування інтегративної тілесно-орієнтованої психокорекції.

#### **Завдання:**

1. Відновити контакт із тілом і навчити навичкам саморегуляції.
2. Усвідомити власні тілесні реакції на стрес та напругу.
3. Прожити і трансформувати емоції через звук, рух, дихання.
4. Підвищити рівень психологічної стійкості та ресурсності.

#### **Очікувані результати:**

- Зменшення рівня тривоги та/або депресії, психосоматичних розладів.
- Покращення сну, дихання, рівня енергії.
- Формування стійкості до стресу, відновлення відчуття внутрішньої опори.
- Розвиток тілесної і емоційної усвідомленості.

Програма складається з 16 сесій тривалістю 45 хвилин кожна. Усі заняття побудовані за трифазною моделлю:

1. Вступна частина: налаштування, заземлення, перевірка стану
2. Основна частина: тілесні, дихальні, голосові, звукові практики
3. Завершення: стабілізація, фіксація змін, рефлексія

### **Теми та короткий зміст 16 психокорекційних сесій:**

1. «Тіло як дім» – заземлення, сканування тіла, знайомство з простором і собою.
2. «Подих життя» – дихальні практики, що активують парасимпатичну нервову систему.
3. «Безпечне місце» – голосові імпровізації та тілесні практики як спосіб віднайти спокій та відчуття безпеки.
4. «Мій замок» – тілесні та голосові вправи на відчуття внутрішньої опори, особистих кордонів.
5. «Я – жінка» – формування навички самопідтримки, пошук себе у найважливішій ролі - «я - жінка» та тілесної вдячності.
6. «Мене чутно» – вивільнення напруги через вокалізацію, робота з голосом, звуками, диханням.
7. «Усвідомлений рух» – мікрорухи, м'яка мобілізація м'язів, релаксація.
8. «Дотик як ресурс» – робота з уявним і фізичним дотиком, самообійми, довіра до себе.
9. «Як сказати «ні»» – тілесне та голосове відтворення дозволу і заборони, тема згоди та кордонів.
10. «Я і простір» – розширення меж власного тіла, безпечне «розкриття», довіра до групи.

- 11.«Я в контакті» – елементи парної роботи між учасницями на довіру, взаємодію, кордони.
- 12.«Пульт емоцій» – розвиток навички контролю рівня емоцій (від їх розширення до зменшення у тілі).
- 13.«Дотик до спогаду» – робота з тілесною пам'яттю, вивільнення застарілих реакцій та емоцій, які «застрягли» у тілі.
- 14.«Дика сила» – ритмічні вправи, екологічне вивільнення накопиченої агресії через рух та групову взаємодію.
- 15.«Моя сила і ніжність» – поєднання протилежностей, баланс напруги й розслаблення, жіночність та тазова зона.
- 16.«Я в ресурсі» – закриття циклу, ритуал завершення, символічний акт подяки.

У роботі з травматичним досвідом ключовим є створення безпечного простору, де учасниці можуть бути з собою без страху осуду. У психокорекційній програмі враховані такі принципи:

1. Добровільність – жодна вправа не є обов'язковою.
2. Психологічна підтримка – психолог фіксує динаміку та адаптує практики під кожну, при виникненні особливих реакцій або супротиву.
3. Просторовий комфорт – килимки, затишне світло.
4. Прийняття – жодної оцінки чи порівняння з іншими.
5. Межі – встановлення правил безпеки та довіри всередині групи.
6. Структура – чіткий початок, кінець і ритуали переходу між фазами.
7. Стабільна група, яка є закритою.
8. Спільний чат-підтримки для учасниць на весь час програми.

### **3.2. Впровадження авторської психокорекційної програми по стабілізації психоемоційного стану внутрішньо переміщених жінок**

Для розуміння ефективності програми нами було застосовані такі методи оцінки її результативності:

- Повторне тестування (HADS) після завершення 16 сесій
- Порівняльний аналіз результатів до/після (рівні тривоги та/або депресії)
- Усна і письмова рефлексія учасниць (відгуки на програму)
- Спостереження за змінами в поведінці, тілесних реакціях, міміці

Для кількісного оцінювання ефективності психокорекційної програми «Мистецтво відчувати» було використано шкалу HADS (Госпітальна шкала тривоги та депресії). Тестування проводилося двічі: перед початком курсу та після завершення 16 сесій.

#### **Основні результати:**

- У 5 учасниць спостерігалось суттєве зниження рівня тривожності.
- Депресивні прояви: у 3 учасниць показники повернулись до норми, у 1 – помірний рівень.
- Жінки, у яких було діагностовано тривожно-депресивний стан (медикаментозне лікування під наглядом психіатра), з'явилося відчуття енергії, спокою та внутрішньої безпеки, що дозволило їм поступово повертати контроль над саморегуляцією.
- Учасниці, що мали панічні атаки або різкі емоційні сплески, відмітили, що навчилися самостійно себе стабілізувати в повсякденному житті, використовуючи практики дихання, звукотерапії та заземлення (табл.3.1).

Окремо було помічено, що ті, хто активно виконували домашні завдання, продемонстрували найвищу позитивну динаміку за Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS).

Для наочності подаємо порівняльні дані змін основних показників емоційного та тілесного стану учасниць (рис.3.1, рис.3.2):



Рис.3.1

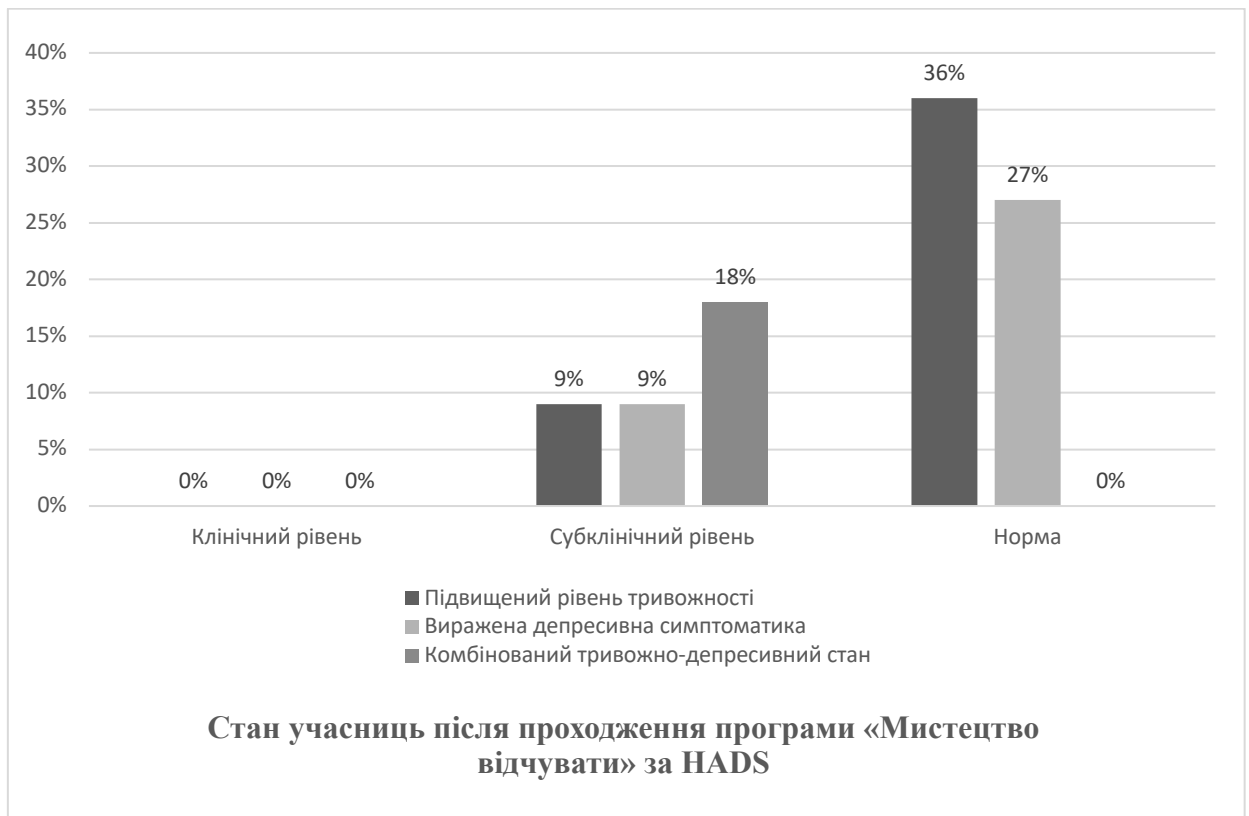


Рис.3.2

**Порівняльна таблиця суб'єктивних показників стану учасниць до та після проходження психокорекційної програми «Мистецтво відчувати»**

<b>Показник симптом</b>	<b>До проходження програми</b>	<b>Після проходження програми</b>
<b>Стан енергії та життєвого тону</b>	Апатія, втома, низька мотивація.	Приплив енергії, бажання діяти, зацікавленість у самостереженні.
<b>Психосоматичні прояви</b>	Фантомні болі у шиї, спині, попереку, в районі серця, мігрени, скачки цукру в крові, новоутворення у матці, кісти в яєчниках, хронічні цистити.	Помітне зменшення симптомів та болей у кожній, крім цього відбулося зменшення новоутворення у одній з учасниць, у інших відмічено зникнення кіст яєчників, мігрени та циститів, нормалізація цукру у крові.
<b>Наявність панічних атак</b>	Виявлено у 18% учасниць.	Всі навчилися саморегуляції, епізоди не повторювались.

<b>Якість сну</b>	Порушення, важке засинання, часті пробудження, безсоння.	Глибший, спокійніший сон, відчуття відпочинку зранку та відсутність дратівливості.
<b>Тілесні відчуття</b>	Напруга в тілі, затиснута грудна клітка, таз, напружена шия та плечі, стиснуті щелепи.	Розслабленість, покращення дихання, постава, природність та легкість рухів, вміння помічати нездужання тіла, непрожиті емоції або потреби у відпочинку за найменшими сигналами тіла.
<b>Стан щелепи (бруксизм)</b>	У 27% учасниць – нічне скреготіння зубами, напруга в щелепі, вимова «крізь зуби».	Розслаблення м'язів, зникнення болю, поліпшення дикції та легкість.
<b>Саморегуляція та емоційна стабільність</b>	Емоційна нестабільність, відсутність інструментів саморегуляції.	Впевнене використання технік дихання, звуку, руху, заземлення та релаксації.

Окрім кількісних даних, для тілесно-орієнтовного підходу особливу цінність мають якісні трансформації, які спостерігалися в учасницях протягом програми:

- Зовнішні зміни: більшість жінок почали «сяяти» – у них змінився погляд, з'явився блиск в очах, обличчя розслабилося. Стиль одягу став більш відкритим і жіночним: відмовившись від «захисного» нашарування одягу, ближче до завершення програми учасниці почали носити легші, яскравіші речі, частіше відкривали зону декольте, шию, плечі.
- Релаксація м'язів обличчя: клієнтки з бруксизмом (скрегіт зубами вночі) та надмірним напруженням щелепи відзначили, що напруга зникла, сон покращився, а м'язи перестали боліти.
- Психосоматика: в однієї з учасниць із діагностованим новоутворенням у матці було зафіксоване її зменшення після проходження програми (за результатами УЗД).
- Жінки з травматичним досвідом повідомляли про спонтанне пригадування ранніх дитячих спогадів, пов'язаних із тілесною або емоційною травмою. Багато хто з них зазначив, що саме тілесна робота дозволила «дотягнутися» до витіснених шарів пам'яті та стала каталізатором прориву в індивідуальній терапії.
- Зміна стилю поведінки: жінки, які раніше проявляли жорсткість, контроль, емоційну холодність або ж маскулітність, стали м'якшими, жіночнішими, ніжнішими у вираженні себе. Їх міміка, голос, рухи стали більш плавними, з'явилася внутрішня тиша.
- Реакція оточення: після проходження програми жінки стали більш відкритими до соціальних контактів, у тому числі з чоловіками. Деякі учасниці зазначали, що люди на вулицях почали з ними знайомитися та робити компліменти, інші поділилися, що їх чоловіки почали дарувати квіти, підвозити, виявляти турботу. Це свідчить про глибокі внутрішні зміни, які проявляються і зовні.

Всі учасниці надали позитивний зворотний зв'язок щодо авторської психокорекційної програми «Мистецтво відчувати»:

- «Катерино, хоч кожне заняття абсолютно нове та різне... Якимсь дивовижним чином, кожне зі мною дуже резонує, з моїм внутрішнім станом. Дякую за простір, де можна звучати та відчувати «на повну», навіть «мовчки» ... Це те, що мені було необхідно».
- «Моя безмежна вдячність за таку надзвичайну терапію. Дякую за безпечний простір, де можна вільно звучати, бути почутою, проявляти емоції. Мега цінно!»
- «Після страшної нічної атаки – це заняття повернуло мене до життя. Відчула опору, вдячна за стан, у якому перебуваю зараз».
- «Вправи допомогли скинути тижневу напругу, почути себе».
- «Після циклу занять з тілесної терапії – інструменти залишились зі мною. Застосовую їх у щоденному житті. Це корисно і потрібно мені, особливо зараз».
- «На занятті тіло ніби зливалося зі звуками. Вібрація настільки глибока, що вібрували ноги. Безцінний досвід».
- «Заняття були неймовірно ресурсними. Після них ніби очищується внутрішній простір. Спокій, вдячність, ясність».

### **3.3. Оцінка ефективності програми та можливості її застосування у практиці кризового психологічного супроводу**

Авторська програма «Мистецтво відчувати» демонструє високу ефективність у роботі з наслідками хронічного стресу, тривожності, психосоматичних розладів і травматичного досвіду. Її поєднання тілесних, дихальних, голосових і емоційно-образних практик дозволяє не лише стабілізувати стан, але й пробудити життєву силу, жіночність, внутрішній контакт із собою.

Програма має широкий потенціал для впровадження у сферу кризового психологічного супроводу, зокрема для:

- жінок, що пережили війну, втрати, переселення;
- жертв насильства;
- клієток із симптомами хронічної втоми, тривожності, депресії;
- осіб з ознаками психосоматичних розладів.

Завдяки м'якому формату, доступним технікам та глибокій роботі через тіло, програма може стати важливим ресурсом як у практичній психології, так і в системах соціальної підтримки населення в умовах війни та посттравматичних станів.

Успішна реалізація можлива за таких умов:

1. Наявність безпечного терапевтичного простору, як фізично (м'яке освітлення, килимки, звуковий фон), так і психологічно (прийняття, довіра, дозвіл бути собою).
2. Поступове занурення – робота йде від простого до складного, з урахуванням індивідуального темпу кожної учасниці.
3. Інтеграція з індивідуальною терапією – тілесна робота ефективно доповнює вербальну терапію, посилюючи прогрес.
4. Домашні завдання – регулярна практика вдома значно пришвидшує позитивні зміни.

## Висновки до третього розділу

У третьому розділі нами було представлено процес розробки, зміст та результати впровадження авторської психокорекційної програми «Мистецтво відчувати», яка була спрямована на відновлення та стабілізацію психоемоційного стану внутрішньо переміщених жінок з високим рівнем тривоги та/або депресії, а також психосоматичними проявами. Програма поєднує у собі методи тілесно-орієнтованої психотерапії, вокалотерапії та дихальних технік, що базуються на актуальних наукових та клінічних дослідженнях з нейропсихології, психосоматики та полівагальній теорії.

Емпіричні результати роботи підтвердили позитивні тенденції змін у психоемоційному стані нашої вибірки жінок, а саме – зниження рівня тривоги та/або депресії за Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS), нормалізація сну, дихання, зменшення проявів психосоматичних розладів, збільшення кількості енергії та відчуття тілесного комфорту. Також, ми можемо зазначити позитивну динаміку на зовнішньому рівні – розслаблене обличчя, спокійний та не занадто високий голос, більш впевнена постава та інші патерни поведінки у соціумі.

Якщо розглядати ці зміни з точки зору нейропсихологічних механізмів, можемо сказати, що психологічні зміни зумовлені активацією парасимпатичної нервової системи (відповідає за стан відновлення та розслаблення), зниженням гіперактивації вісі НРА (гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової) та стимуляцією блукаючого нерва (вагусу) за допомогою вокалізації, діафрагмального дихання та ритмічних рухів. Це все сприяє зменшенню рівня кортизолу, покращенню роботи префронтальної кори головного мозку та підвищенню варіабельності серцевого ритму, які є ключовими показниками стресостійкості.

Отримані нами в ході дослідження дані підтверджують, що психокорекційна робота у методі тілесно-орієнтованої психотерапії є дієвим інструментом стабілізації психоемоційного стану, відновлення відчуття

безпеки та повернення здатності до саморегуляції. Програма «Мистецтво відчувати» довела свою ефективність як у короткостроковій, так і у потенційно тривалій перспективі, вона сприяє формуванню у жінок нових навичок турботи про себе, екологічного проживання емоцій та прийняття власного тіла.

Наразі ми можемо сказати, що результати нашого дослідження підтверджують доцільність використання цієї психокорекційної програми під час кризового психологічного супроводу у роботі з жінками, які переживають травматичний досвід, втрату або мають хронічний стрес внаслідок війни. Вона може бути впроваджена, як у форматі групової роботи, так і в індивідуальній терапії, а також слугувати базовою моделлю для майбутніх програм реабілітації та ресоціалізації.

## ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

У ході виконання кваліфікаційної магістерської роботи нами було здійснено комплексне теоретично-емпіричне дослідження, спрямоване на вивчення психоемоційного стану внутрішньо переміщених жінок. Його метою було виявлення серед жінок, які звернулися до центру психологічної допомоги Смуга-хаб від БО БФ «Юнайтед Хелп Юкрейн», вибірки з клінічно значущим рівнем тривоги та/або депресії, з метою проведення глибокої психодіагностики та подальшої організації психокорекційних занять. На основі наукового аналізу літератури з тілесно-орієнтованої психотерапії, психосоматики, нейропсихології та кризової інтервенції було обґрунтовано доцільність застосування тілесного підходу в роботі з психоемоційними порушеннями (тривожним та/або депресивним станом).

У першому розділі нашої роботи нами було проведено теоретичний аналіз поняття тілесно-емоційного стану та його роль у збереженні психоемоційного благополуччя жінки. Ми з'ясували та обґрунтували, що емоційні переживання мають тілесні кореляти, а психотравма закарбовується не лише у свідомості людини, а й у її м'язах, поставі, диханні та навіть голосі. Тривале перебування у стресових умовах може призвести до появи хронічних м'язових затисків («м'язового панциру»), соматичних хвороб та втрати контакту з тілом. У розглянутих нами літературних джерелах вказано, що жінки більш схильні до соматизації емоційних порушень у результаті впливу гормональних, нейропсихологічних та навіть соціокультурних чинників, зокрема таких як сором та відчуження від власної тілесності.

Доведено, що психотравматичний досвід спричинений війною є досить потужним чинником розвитку тривожних та/або депресивних станів і психосоматичних розладів. Переживання втрати, насильства, вимушеної міграції, загрози життю та розлуки з близькими призводять до значного дисбалансу вегетативної нервової системи, порушення відчуття безпеки, внутрішньої опори та стабільності. Часто такі переживання можуть

супроводжуватися тілесними симптомами – безсонням, болем, спазмами, втомою, які не мають органічного походження, що підтверджують лікарі, але свідчать про непрожитий травматичний досвід.

У теоретичному аналізі нами було розглянуто основні тілесно-орієнтовані та інтегративні психотерапевтичні підходи, серед яких були більш класні концепції Вільгельма Райха, Олександра Лоуена, функціонально-рухові – Моше Фельденкрайза та його учня Томаса Ханна, процесуально-орієнтований – Арнольда Мінделла, метод соматичного переживання Пітера Левіна, а також полівагальну теорію Стівена Порджеса. Ми виявили, що всі ці напрями ґрунтуються на принципі єдності тіла й психіки.

Другий розділ містить у собі емпіричне дослідження у якому, на скринінговому етапі, взяло участь 32 жінки віком від 25 до 55 років, переважно внутрішньо переміщені особи, яке звернулися до центру психологічної допомоги Смуґа-хаб від БО БФ «Юнайтед Хелп Юкрейн». За допомогою Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) нами було проведено первинне тестування на основі якого ми сформували цільову групу з 11 жінок із клінічно значущими показниками тривоги та/або депресії. Наступним етапом була проведена глибинна психодіагностика особистості кожної учасниці вибірки із застосуванням Міннесотського багатофакторного особистісного опитувальника (MMPI, 377 пунктів) та проєктивного методу «Тест руки Вагнера». За допомогою цих методик ми змогли виявити особистісні акцентуації, особливості міжособистісної взаємодії, психоемоційного напруження та дезадаптаційні тенденції. Отримані результати діагностики підтвердили наявність підвищеного рівня тривоги, емоційної вразливості, відчуття безпорадності, а також потребу у безпечному середовищі та емоційній близькості.

На основі психодіагностичних даних [Додаток Д] нами була розроблена авторська психокорекційна програма «Мистецтво відчувати», яка об'єднує принципи тілесно-орієнтованої психотерапії та вокалотерапії. Програмою передбачено 16 тематичних групових сесій, що спрямовані на зниження рівня

тривоги та/або депресії, відновлення тілесної чутливості, розвиток навичок саморегуляції, укріплення відчуття опори, безпеки та довіри. Заняття охоплюють роботу з тілом, диханням, рухом, голосом, дотиком і груповою взаємодією, що забезпечувало глибоку інтеграцію психічних та соматичних процесів. Заняття побудовані таким чином, щоб відобразити поступовий рух від усвідомлення тіла як «дому» до формування внутрішньої сили, жіночої ідентичності, здатності встановлювати кордони, виражати емоції за допомогою тіла та голосу і головне – приймати себе. Практики з використанням заземлення, мікрорухів, голосових імпровізацій, дихання з подовженим видихом і самообійми активують у учасниць парасимпатичну нервову систему, сприяють зниженню гіперзбудження та емоційного виснаження.

Після проведення циклу занять програми було проведено повторне тестування за Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS), результати якого засвідчили позитивну динаміку. Показники рівня тривоги та депресії знизився до субклінічних або нормативних значень. Учасниці відзначили покращення самопочуття, якості сну, зниження тілесної напруги та емоційного відчуження, появу відчуття внутрішнього спокою та безпеки. Отримані результати підтверджують гіпотезу нашого дослідження про ефективність використання тілесно-орієнтованої психокорекції як засобу зниження несприятливих емоційних станів у жінок, які пережили кризовий або травматичний досвід внаслідок війни.

Таким чином, результати дослідження дозволяють зробити висновок, що тілесно-орієнтована психотерапія може бути дієвим інструментом у роботі з жінками, які на момент звернення перебувають у стані тривоги та/або депресії, емоційного виснаження чи мають психосоматичні розлади. Її ефективність зумовлена тим, що вона дає можливість інтегрувати травматичний досвід через відновлення контакту з тілом та розвиток саморегуляції, а не тільки зменшити симптоматику.

Запропонована психокорекційна програма «Мистецтво відчувати» може бути рекомендована до впровадження у центри психологічної допомоги, кризові та реабілітаційні заклади, оскільки, за результатами нашого дослідження, довела свою ефективність у роботі з внутрішньо переміщеними жінками. Її використання сприяє не тільки зниженню рівня тривоги та/або депресії, а й відновленню емоційної стійкості, тілесної усвідомленості, почуття гідності та життєвої енергії.

Підкресливши вище сказане, можна наголосити на тому, що тілесно-орієнтована психокорекція є потужним інструментом для подолання наслідків війни та збереження психологічного здоров'я українок. Подальші дослідження у цьому напрямку мають бути спрямовані. На кількісну оцінку довгострокових результатів, порівняння ефективності різних тілесних підходів і розробку спеціалізованих програм для різних соціальних та вікових груп жінок, які пережили травматичний досвід.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Байєр О. О. *Життєві кризи особистості* : навчальний посібник. Дніпро : Вид-во Дніпропетр. нац. ун-ту, 2010. 244 с.
2. Бессел Ван дер Колк. *Тіло веде лік: як лишити психотравми в минулому*. Харків : Vivat, 2024. 432 с.
3. Вигдорчик М. І. *Hand-test: теорія і практичне застосування* : метод. посіб. Одеса : Укр. НДІ медицини транспорту, 2010. 39 с.
4. Дарвін Ч. Р. *Походження видів шляхом природного відбору або збереження порід у боротьбі за життя*. Львів : Наш Формат, 2021. 672 с.
5. Ігнатенко І. *Тіло. Секс. Шлюб*. Київ : Наш Формат, 2021. 416 с.
6. Левін П. А. *Пробудження тигра: Зцілення травми*. Київ : Софія, 2021. 288 с.
7. Лоуєн А. *Депресія та тіло*. Київ : Наукова думка, 2018. 352 с.
8. МакВільямс Н. *Психоаналітична діагностика. Розуміння структури особистості в клінічному процесі* : 2-е вид. Київ : Видавництво Ростислава Бурлаки, 2025. 672 с.
9. Макнотон І. (ред.). *Тіло, дихання та свідомість. Антологія соматик*. Київ : Видавництво Ростислава Бурлаки, 2025. 520 с.
10. Наказава Д. Дж. *Уламки дитячих травм. Чому ми хворіємо і як це припинити*. Київ : BookChef, 2025. 384 с.
11. Перрі Б., Вінфрі О. *Що з тобою сталося? Про травму, психологічну стійкість і зцілення. Як зрозуміти своє минуле*. Харків : Віват, 2023. 320 с.
12. Сапольскі Р. М. *Біологія поведінки. Причини доброго і поганого в нас*. Київ : Наш Формат, 2021. 672 с.
13. Столярчук О. А. *Життєві кризи особистості: психологічний путівник* : навч. посіб. Кременчук : НОВАБУК, 2023. 126 с.

14. Титаренко Т. М., Ларіна Т. О. Життєстійкість особистості: соціальна необхідність та безпека. Психологія і суспільство [Електронний ресурс]. 2022. № 1. с. 45–53. URL: [https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/9065/1/Zhiznestoykost\\_lichnosti.pdf](https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/9065/1/Zhiznestoykost_lichnosti.pdf) (дата звернення: 07.08.2025).
15. Шторк Т. *Психоаналіз і психосоматика. Тілесні основи психодинаміки*. Київ : Видавництво Ростислава Бурлаки, 2025. 312 с.
16. Porges, S. W. *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation*. New York : W. W. Norton & Company, 2011. 384 p. (eng).
17. Psychosomatic consequences of violence in war conditions: analysis of the relationship with the type of trauma and the level of stress. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 2025. URL: <https://ojsdemo.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/620> (дата звернення: 07.08.2025).
18. Siegel, D. J. *The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*. New York : Guilford Press, 2012. 528 p. URL: <https://dokumen.pub/the-developing-mind-how-relationships-and-the-brain-interact-to-shape-who-we-are-3nbsped-9781462542758.html> (eng).
19. Verywell Mind. *What is Allostatic Load?* URL: <https://www.verywellmind.com/what-is-allostatic-load-5680283> (дата звернення: 07.08.2025). (eng).
20. *War and women's health: a painful question answered by Ukrainian doctors*. Social Projects Center of Future. URL: [https://centersocial.org/en/blog\\_article/war-and-womens-health-a-painful-question-answered-by-ukrainian-doctors/](https://centersocial.org/en/blog_article/war-and-womens-health-a-painful-question-answered-by-ukrainian-doctors/) (дата звернення: 08.08.2025). (eng).

**ДОДАТКИ**

Додаток А

Фотографія моменту з заняття, із застосуванням вокалотерапії



Фотографія моменту з заняття, із застосуванням тілесних практик



Фотографія моменту з заняття, із застосуванням роботи у групі



**Госпітальна шкала тривоги і депресії**  
**(The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)**

ПІБ: \_\_\_\_\_

Дата народження: \_\_\_\_\_

Дата тестування: \_\_\_\_\_

**Інструкція:**

Не звертайте уваги на цифри, розташовані у лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне твердження, і обведіть кружечком відповідну цифру зліва біля варіанта відповіді, яка найбільше відповідає тому, як Ви себе почували минулого тижня. Не роздумуйте занадто довго над кожним твердженням. Відповідь, яка першою приходить Вам в голову, завжди буде найбільш правильною. Час заповнення 20-30 хвилин.

**1. Я відчуваю напруженість, мені не по собі.**

3 Весь час.

2 Часто.

1 Час від часу, іноді.

0 Зовсім не відчуваю.

**2. Те, що раніше приносило мені велике задоволення, і зараз викликає у мене таке ж почуття.**

0 Безумовно це так.

1 Напевно, це так.

2 Лише в дуже малому ступені це так.

3 Це зовсім не так.

**3. Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися.**

- 3 Безумовно це так, і страх дуже сильний.
- 2 Це так, але страх не дуже сильний.
- 1 Іноді, але це мене не турбує.
- 0 Зовсім не відчуваю.

**4. Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне.**

- 0 Безумовно це так.
- 1 Напевно, це так.
- 2 Лише в дуже малому ступені це так.
- 3 Зовсім не здатний.

**5. Неспокійні думки крутяться у мене в голові.**

- 3 Постійно.
- 2 Велику частину часу.
- 1 Час від часу і не так часто.
- 0 Тільки іноді.

**6. Я відчуваю бадьорість.**

- 3 Зовсім не відчуваю.
- 2 Дуже рідко.
- 1 Іноді.
- 0 Практично весь час.

**7. Я легко можу сісти і розслабитися.**

- 0 Безумовно це так.
- 1 Напевно, це так.
- 2 Лише зрідка це так.
- 3 Зовсім не можу.

**8. Мені здається, що я почав все робити дуже повільно.**

- 3 Практично весь час.
- 2 Часто.
- 1 Іноді.
- 0 Зовсім ні.

**9. Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння.**

- 0 Зовсім не відчуваю.
- 1 Іноді.
- 2 Часто.
- 3 Дуже часто.

**10. Я не стежу за своєю зовнішністю.**

- 3 Безумовно це так.
- 2 Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно.
- 1 Може бути, я став менше приділяти цьому уваги.
- 0 Я стежу за собою так само, як і раніше.

**11. Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися.**

- 3 Безумовно це так.
- 2 Напевно, це так.
- 1 Лише в деякій мірі це так.
- 0 Зовсім не відчуваю.

**12. Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення.**

- 0 Точно так само, як і зазвичай.
- 1 Так, але не в тій мірі, як раніше.
- 2 Значно менше, ніж зазвичай.
- 3 Зовсім так не вважаю.

**13. У мене буває раптове відчуття паніки.**

- 3 Дуже часто.
- 2 Досить часто.
- 1 Не так уже часто.
- 0 Зовсім не буває.

**14. Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіочи телепрограми.**

- 0 Часто.
- 1 Іноді.
- 2 Рідко.
- 3 Дуже рідко.