МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: **ТІЛЕСНО-ОРІЄНТОВАНІ ТЕХНІКИ ЯК ЗАСІБ ПОДОЛАННЯ СТРЕСУ ЛЮДЬМИ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЛИ В ЗОНІ ПІДВИЩЕНОЇ ВОЄННОЇ НЕБЕЗПЕКИ**

Виконав: студент 2 курсу, групи 8.0533
спеціальності 053– Психологія
Залеський Вадим Анатолійович
Керівник: : к. психол.н., доцент кафедри психології Залановська Л.І.
Рецензент**:** Горлач В.В., к.пед.н., доцент кафедри психології

Запоріжжя – 2024

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

_____

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

«____»_____2024 р.

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ

Залеському Вадиму Анатолійовичу

Тема роботи Тілесно-орієнтовані техніки як засіб подолання стресу у людей, які перебували в зоні підвищеної воєнної небезпеки.

керівник роботи Залановська Л. І. к.психол.н., доцент кафедри психології

затверджені наказом ЗНУ від «24» 09 2024 року № 1447-с

2. Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: Провести теоретико-методологічний аналіз літератури з питань дослідження впливу стресу на фізичне та ментальне здоров’я людини, проаналізувати сучасні засоби подолання стресу, розробити програму з тілесно-орієнтованих технік та перевірити ефективність цієї програми для подолання стресу у людей, які перебувають в зоні підвищеної воєнної небезпеки.

5. Перелік графічного матеріалу: 7 таблиць, 6 малюнків

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання Видав	Завдання прийняв
Вступ	Залановська Л.І., доцент		
Розділ 1	Залановська Л.І., доцент		
Розділ 2	Залановська Л.І., доцент		
Розділ 3	Залановська Л.І., доцент		
Висновки	Залановська Л.І., доцент		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень –лютий 2024 р.	
2	Робота над вступом	березень 2024 р.	
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2024 р.	
4	Робота над другим розділом	липень 2024 р.	
5	Робота над третім розділом	червень -серпень 2024 р.	
6	Написання висновків	вересень 2024 р.	
7	Передзахист	жовтень 2024 р.	
8	Нормоконтроль	листопад 2024 р.	

Студент _____ В. А. Залеський

Керівник роботи _____ Л. І. Залановська

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ Гредінарова О.М.

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 70 сторінок, 7 таблиць, 6 малюнків, 55 джерел, 5 додатків.

Об’єкт дослідження – стрес в умовах підвищеної воєнної небезпеки.

Предмет дослідження – процес та результати застосування технік тілесно-орієнтованої терапії як засіб подолання стресу.

Мета дослідження – визначити вплив стресу на людей, які перебувають в умовах підвищеної воєнної небезпеки, розробити програму тілесно-орієнтованих технік, як засіб подолання стресу, визначити ефективність цієї програми та можливості її застосування.

Гіпотеза дослідження – припускаємо, що в умовах підвищеної воєнної небезпеки негативний вплив стресу збільшується, що приводить до зростанню рівня тривожності, страхів, депресивних станів, до порушення сну, загострення хронічних соматичних захворювань, порушення соціальних функцій людини.

Припускаємо, що за допомогою розробленої програми тілесно-орієнтованих технік можна значно знизити вплив стресу на людей, які перебувають в зоні підвищеної воєнної небезпеки.

Для досягнення і вирішення поставлених завдань нами використано такі методи, як метод аналізу науково-теоретичних джерел, систематизації та узагальнення психологічних даних за обраною темою дослідження, психодіагностичні методи, а також методи математичної обробки даних.

Наукова новизна та теоретичне значення роботи полягає у пошуку, систематизації та узагальнені наукових досліджень стосовно впливу стресу на людину, воєнної небезпеки, як головного стресового фактору в Україні, застосування тілесно-орієнтованих технік для подолання стресу в умовах воєнної небезпеки.

Результати дослідження можуть бути використані у спеціалізованих реабілітаційних центрах, в індивідуальній та груповій роботі психологів, в центрах первинної соціально-психологічної допомоги.

СТРЕС, ТРИВОГА, ВОЄННА НЕБЕЗПЕКА, ТІЛЕСНО-ОРІЄНТОВАНІ ТЕХНІКИ, ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА.

SUMMARY

Zaleskyi V.A. Body-oriented techniques as a means of coping with stress by people who were in the zone of increased military danger.

Master's thesis: 70 pages, 7 tables, 6 figures, 55 sources, 5 appendices.

Object of research: stress in conditions of increased military danger.

Subject of research: body-oriented techniques as a means of overcoming stress.

The purpose of the research: to determine the impact of stress on people who are in conditions of increased military danger, to develop a program of body-oriented techniques as a means of overcoming stress, to determine the effectiveness of this program and the possibilities of its application.

The hypothesis of the research: we assume that in conditions of increased military danger, the negative impact of stress increases, which leads to an increase in the level of anxiety, fears, depressive states, sleep disturbances, exacerbation of chronic somatic diseases, and disruption of human social functions.

We assume that with the help of the developed program of body-oriented techniques, it is possible to significantly reduce the impact of stress on people who are in the zone of increased military danger.

Research methods: analysis of scientific literature and articles on a given topic, synthesis and adaptation of received information, comparative analysis, analysis of concepts (deduction), analysis of facts (induction); empirical methods: questionnaires, testing using the following methods: reactive anxiety assessment scale Ch. Spielberg - Yu. Khanina; personal anxiety assessment scale Ch. Spielberg - Yu. Khanina; method of differential diagnosis of depressive states V. Zunga; depression scale A. Beka; methods of processing empirical data: the method of estimation (quantification) intervals, the method of comparing quantitative research results; qualitative interpretation of quantitative research results.

A scientific innovation: consists in finding, systematizing and summarizing scientific research on the impact of stress on a person, war danger as the main stress factor in Ukraine, the use of body-oriented techniques to overcome stress in conditions of war danger.

Research results can be used in specialized rehabilitation centers, in individual and group work of psychologists, in centers of primary social and psychological assistance.

STRESS, ANXIETY, WAR DANGER, BODY-ORIENTED TECHNIQUES, PSYCHOLOGICAL HELP.

ЗМІСТ

ВСТУП……10
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДО ТІЛЕСНО-ОРІЄНТОВАНИХ ТЕХНІК У ПОДОЛАННІ СТРЕСУ……13
1.1. Вплив стресу на здоров'я та психіку людини……..13
1.2. Воєнна небезпека як фактор підсилення стресу…….....17
1.3 Теоретичні обґрунтування застосування тілесно-орієнтованих технік для подолання стресу в умовах воєнної небезпеки.…….....23
РОЗДІЛ 2. ЕМПИРІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРЕСУ У ЛЮДЕЙ ЯКІ ПЕРЕБУВАЛИ В ЗОНІ ПІДВИЩЕНОЄ ВОЄННОЇ НЕБЕЗПЕКИ…….35
2.1. Етапи та методики дослідження……...35
2.2. Результати досліджень та їх аналіз……...42
РОЗДІЛ 3. ЗАСТОСУВАННЯ ТІЛЕСНО-ОРІЄНТОВАНИХ ТЕХНІК В ПОДОЛАННІ СТРЕСУ…….48
3.1. Програма тілесно-орієнтованих технік для подолання стресу людьми, які перебували в зоні підвищеної воєнної небезпеки……..48
3.2. Результати впровадження програми та перевірка її ефективності……56
ВИСНОВКИ……...63
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ…….....65
ДОДАТКИ……..71

ВСТУП

Кваліфікаційна робота магістра присвячена аналізу впливу стресу на людей, які перебувають в умовах підвищеної воєнної небезпеки та дослідженню запобігання цього впливу за допомогою тілесно орієнтованих технік застосуванні засоби подолання стресу вкрай необхідні саме зараз.

За останні чотири роки ця тема набула особливої актуальності у зв'язку з початком повномасштабної військової агресії проти України, наслідками якої є фактор воєнної небезпеки для цивільного населення та військових.

Війна – це складний і травматичний досвід, який залишає глибокий слід у психіці людини. Не тільки тієї, що брала безпосередню участь в бойових діях, або потрапила в зону бойових дій як цивільна особа. Постійний страх за життя своє та близьких, втрати рідних, майна, роботи, зміна звичного способу життя, все це провокує розвиток різних психологічних розладів.

Ця тема особливо актуальна для України тому, що бойові дії ведуться безпосередньо на її території. Також масштаб цих дій, руйнування в цивільному секторі, величезна кількість біженців, які змушені покинути свої домівки, небезпека для життя навіть в тилу, перебої з постачанням електрики, води, з наданням інших комунальних послуг, є величезними стресорами. Війна створює відчуття невизначеності щодо майбутнього, що додатково посилює тривогу і страх.

За даними дослідження в межах Всеукраїнської програми ментального здоров'я, яке провела соціологічна компанія «Gradus Restarch» у березні 2024 року 77% українців відчувають стрес і сильну знервованість, 52% – високу тривожність і напругу, 47 % – порушення сну та втому [26].

Об'єкт дослідження – стрес в умовах підвищеної воєнної небезпеки.

Предмет дослідження – процес та результати застосування технік тілесно-орієнтованої терапії як засіб подолання стресу.

Мета дослідження – визначити вплив стресу на людей, які перебувають в умовах підвищеної воєнної небезпеки, розробити програму тілесно-орієнтованих технік, як засіб подолання стресу, визначити ефективність цієї програми та можливості її застосування.

Гіпотеза дослідження – припускаємо, що в умовах підвищеної воєнної небезпеки негативний вплив стресу збільшується, що приводить до зростанню рівня тривожності, страхів, депресивних станів, до порушення сну, загострення хронічних соматичних захворювань, порушення соціальних функцій людини.

Припускаємо, що за допомогою розробленої програми тілесно-орієнтованих технік можна значно знизити вплив стресу на людей, які перебувають в зоні підвищеної воєнної небезпеки.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз літератури з питань дослідження впливу стресу на фізичне та ментальне здоров’я людини.
2. Провести емпіричне дослідження рівня стресу у людей, які перебувають в зоні підвищеної небезпеки.
3. Розробити програму та перевірити ефективність використання тілесно-орієнтованих технік для подолання стресу у людей, які перебувають в зоні підвищеної воєнної небезпеки.

Методи дослідження: теоретичні методи: аналіз наукової літератури та статей на задану тему, синтез та адаптація отриманої інформації, порівняльний аналіз, аналіз понять (дедукція), аналіз фактів (індукція); емпіричні методи: анкетування, тестування з використанням наступних методик: шкала оцінки реактивної тривожності Ч. Спілберга – Ю. Ханіна; шкала оцінки особистої тривожності Ч. Спілберга – Ю. Ханіна; методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга; шкала депресії А. Бека; методи обробки емпіричних даних: метод оціночних (квантифікаційних) інтервалів, метод порівняння кількісних результатів дослідження; якісна інтерпретація кількісних результатів дослідження.

Теоретико-методологічна основа дослідження: тілесно-орієнтовані концепції: тілесна психологія В. Райха. біоенергетика А. Лоуена, біосинтез Д. Боаделі, метод М. Фельденкрайза.

Наукова новизна та теоретичне значення роботи полягає у пошуку, систематизації та узагальнені наукових досліджень стосовно впливу стресу на людину, воєнної небезпеки, як головного стресового фактору в Україні, застосування тілесно-орієнтованих технік для подолання стресу в умовах воєнної небезпеки.

Практичне значення дослідження. Розроблена програма тілесно-орієнтованих технік може бути застосована в роботі психологів, соціальних робітників, а за певної попередньої підготовці, іншими категоріями для самостійного застосування та допомоги іншим.

Апробації: результати роботи були представлені на VII Всеукраїнській науково-практичній конференції «Інтеграційні можливості сучасної психології та шляхи її розвитку» 24-25 жовтня 2024 року «Тілесно-орієнтовані техніки як засіб подолання стресу».

Структура роботи. Кваліфікаційна робота магістра складається із вступу, трьох розділів, загальних висновків, списку використаної літератури (55 найменувань, з них 10 іноземною мовою). 5 додатків, уміщує 7 таблиць і 8 малюнків. Загальний обсяг роботи – 67 сторінках.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДО ТІЛЕСНО-ОРІЄНТОВАНИХ ТЕХНІК У ПОДОЛАННІ СТРЕСУ

1.1 Вплив стресу на здоров'я та психіку людини

Стрес у сучасному світі набув статусу однієї з найгостріших проблем. Це явище, яке виникає внаслідок надмірного психофізіологічного напруження організму, стало невід'ємною частиною життя сучасної людини, впливаючи на всі сфери її діяльності та загальний стан здоров'я. Дослідження в галузі психології свідчать про те, що більшість населення розвинених країн стикається з серйозними проблемами зі здоров'ям, спричиненими хронічним стресом. Постійні перенавантаження організму, як фізичні, так і емоційні, порушують нормальне функціонування внутрішніх органів і можуть призвести до розвитку таких серйозних захворювань, як інфаркт, інсульт, виразка шлунка, астма, артрит та інших [6].

Актуальність проблеми стресу зумовлена стрімкими темпами технологічного прогресу та глобалізаційними процесами [50]. Постійний інформаційний тиск, необхідність швидкого прийняття рішень, висока конкуренція на ринку праці є потужними стресогенними факторами, що призводить до інформаційного перенавантаження, дефіциту часу на відпочинок і відновлення, що, в свою чергу, сприяє хронічній втомі та виснаженню. Інтенсивний ритм життя, нестабільність економічної, соціальної та політичної ситуації, особливо в умовах військових конфліктів, створюють сприятливі умови для накопичення стресових факторів.

Для України ця проблема є особливо актуальною через вплив війни, жителі постійно перебувають під впливом як зовнішніх факторів, що викликають стрес (економічна криза), так і внутрішніх (страх за майбутнє, постійне відчуття небезпеки, втрата близьких). У таких умовах стрес стає не

тільки індивідуальною проблемою, але й значною загрозою для суспільного здоров'я, що вимагає розробки комплексної системи підтримки та допомоги.

Стрес – це фізіологічна та психологічна реакція тіла на зовнішні або внутрішні фактори, які потребують змін [52]. Цей стан виникає, коли людина відчуває, що не може впоратися з викликами або труднощами, що виникають у її житті.

Відповідно до теорії стресу Ганса Сельє, реакція організму на стрес проходить три фази: фаза тривоги, фаза опору і фаза виснаження [6]. На першій стадії, стадії тривоги, організм мобілізує свої захисні сили у відповідь на стрес-фактор. Проте, організм миттєво переходить у режим підвищеної готовності, мобілізуючи всі свої сили. [50]. Якщо стрес продовжується, організм переходить до стадії опору. На цьому етапі організм намагається адаптуватися до тривалого впливу стресора. Гіпоталамо-гіпофізарно-надниркoвий комплекс продовжує функціонувати з підвищеною активністю, забезпечуючи підтримку адаптаційних процесів. Однак, тривала активація цих систем може призвести до виснаження адаптаційних механізмів. Стадія виснаження наступає, якщо стрес не зменшується, а ресурси організму вичерпуються [50].

Таким чином, синдром загальної адаптації за Г. Сельє описує три послідовні фази реакції організму на стрес: мобілізацію, адаптацію та виснаження. Розуміння механізмів розвитку стресу є ключовим для розробки ефективних стратегій його профілактики та лікування.

Стрес буває гострим, коли реакція на подразник є короткочасною і тимчасовою, або хронічним, коли організм тривалий час перебуває у стані підвищеної напруги через постійний вплив стресорів – умов, що сприймаються індивідом як виклик або небезпека [55].

Стресор може бути фізичним, що безпосередньо впливає на тіло, такі як біль, хвороба, травма або надмірне фізичне навантаження. Емоційним – ситуації, пов'язані з втратою, розчаруванням або невдачами, що викликають сильні емоційні реакції. Соціальні стресори – зміни в соціальному

середовищі, конфлікти, проблеми на роботі або в родині. Когнітивні стресори стосуються внутрішнього сприйняття людини і пов’язані з її самооцінкою, очікуваннями або відчуттям контролю над ситуацією [6].

Важливо зазначити, що не кожен стрес має негативні наслідки. Існує так званий «еустрес» – позитивна форма стресу, яка сприяє мобілізації ресурсів організму та адаптації до нових умов. У випадках, коли стресовий вплив стає надмірним, і організм не в змозі справлятися з ним, виникає дистрес [21].

Дистрес – це форма стресу, що має виражений негативний вплив на людину, виникає він тоді, коли організм не може адекватно адаптуватися до тривалих або надмірних стресорів, що призводить до виснаження його ресурсів [28]. Це може бути як гостра, так і хронічна форма, яка суттєво шкодить як фізичному, так і психічному здоров’ю.

При короткостроковому впливі стресу організм зазнає ряд фізіологічних змін, які спрямовані на швидке реагування на стресову ситуацію. Одним з основних ефектів є збільшення частоти серцевих скорочень, підвищенню артеріального тиску та звуженню судин. У короткостроковій перспективі ці реакції забезпечують адаптацію організму до стресової ситуації, але при тривалому впливі можуть призвести до серйозних ускладнень [55]. Все це створює сприятливий ґрунт для розвитку таких небезпечних захворювань, як інфаркт міокарда та інсульт.

Посилене потовиділення також одним короткостроковим ефектом стресу і є фізіологічним механізмом, що допомагає охолодити тіло, подібно до того, як це відбувається під час фізичних навантажень або у спеку [52]. Таким чином, тіло намагається зберегти нормальну температуру.

Ще однією характерною реакцією на стрес є прискорення дихання. Збільшення частоти та глибини дихальних рухів забезпечує організм додатковим киснем, необхідним для підвищення енергетичного обміну та підтримки функціональної активності органів і систем. Крім того, під впливом стресу спостерігається м’язова напруга, це забезпечує швидку

реакцію на зовнішні подразники в екстремальних ситуаціях [55]. Таким чином, фізіологічні реакції організму на стрес є адаптаційною відповіддю, яка дозволяє мобілізувати ресурси організму для подолання стресових ситуацій. Однак, хронічний стрес може призвести до розвитку різних соматичних та психічних захворювань.

Серед довготривалих наслідків стресу найнебезпечнішими є захворювання серця та судин. Хронічний стрес веде до підвищення артеріального тиску, що сприяє розвитку артеріальної гіпертензії. Постійне перебування в стані тривоги змушує серце працювати на межі своїх можливостей. Це підвищує ризик розвитку гіпертонії, порушень ритму серця та ішемічної хвороби [55].

Імунна система також страждає від хронічного стресу. Підвищений рівень кортизолу, так званого «гормону стресу», пригнічує роботу імунних клітин, робить організм вразливим до інфекційних захворювань, сприяє розвитку хронічних запальних процесів [50]. Крім того, вплив стресу може проявлятися у вигляді проблем з апетитом – як у вигляді переїдання, так і у вигляді зниження апетиту. Печія, синдром роздратованого кишківника – це лише деякі з можливих проявів. Зміни в метаболізмі, що викликані підвищеним рівнем кортизолу, стимулюють накопичення жирових відкладень, особливо в області живота, що може призвести до розвитку цукрового діабету 2 типу [50].

Тривалий стрес не лише має фізіологічні наслідки, але й суттєво впливає на психічне здоров’я людини. Постійний вплив стресових факторів може призвести до значних порушень психічної рівноваги, що відображається у вигляді тривожних і депресивних розладів [25]. Хронічний стрес може проявлятися безсонням, яке характеризується труднощами із засипанням або частими пробудженнями вночі [21]. Це, в свою чергу, негативно впливає на загальний стан здоров’я, знижуючи працездатність та погіршуючи пам’ять, викликає труднощі з концентрацією уваги.

Хронічний стрес може призвести до значних порушень у соціальних взаємодіях і функціонуванні в суспільстві, що веде до соціальної дезадаптації [25]. Люди, які постійно перебувають у стресі, часто уникають соціальних контактів, віддаючи перевагу самотності. Це ще більше поглиблює відчуття ізоляції та ускладнює адаптацію до змін у житті. Перебуваючи в напрузі, стає все важче підтримувати теплі стосунки з оточуючими, контролювати свої емоції, що ускладнює підтримку здорових стосунків із родиною, друзями та колегами. Крім того, стрес суттєво впливає на професійну діяльність. Під його впливом знижується здатність концентруватися та зменшує загальну продуктивність. Це може призвести до негативних оцінок від керівництва і, в деяких випадках, до втрати роботи. Соціальна ізоляція, яка є наслідком таких процесів, може стати підґрунтям для розвитку тривожних розладів та депресії, що ще більше ускладнює соціальну адаптацію [14].

Отже, тривалий стрес має комплексний і негативний вплив на здоров’я, що охоплює фізіологічні, психічні та соціальні аспекти. З огляду на ці аспекти, запобігання стресу є ключовим для збереження загального благополуччя та функціонування організму. Профілактика стресу включає не лише управління стресовими ситуаціями, але й розробку стратегій, які допоможуть зменшити ризики і підтримати загальне благополуччя. Тілесні практики, такі як дихальні вправи, йога, медитація та інші форми соматичних технік, сприяють не лише зниженню рівня стресу, але й відновленню внутрішньої рівноваги, підвищенню загальної стійкості до стресових факторів. Ефективна профілактика стресу є ключовим фактором збереження фізичного та психічного здоров’я, покращення загального добробуту та підтримки активного соціального життя.

1.2 Воєнна небезпека як фактор підсилення стресу

Воєнна небезпека – це комплексний стан, який характеризується можливістю фізичного насильства, руйнувань та загибелі людей, з

існуванням реальної або потенційної загрози застосування військової сили проти держави, суспільства або індивіда. Вплив воєнної небезпеки охоплює величезні групи населення, включаючи як безпосередніх учасників бойових дій, так і цивільних осіб. Руйнування звичного способу життя, соціальної структури та економічної стабільності посилюють відчуття безпорадності та відчаю. Окремим випадком стресу є культурний шок, який часто переживають біженці. Переїзд в іншу країну з іншою культурою може призвести до виникнення відчуття дезорієнтації, страху, самотності та туги за домом. [24]. Сукупність цих факторів значно підвищує рівень стресу і впливає на загальний психоемоційний стан.

Війна в Україні триває вже кілька років, що веде до поступового виснаження психологічних та фізичних ресурсів людей. Довготривалі бойові дії призводять до хронічного стресу, коли організм і психіка більше не можуть ефективно реагувати на загрози [37]. Це стає причиною накопичення втоми, розвитку депресії, посттравматичного стресового розладу та інших психічних розладів.

Найвищий рівень стресу відчувають ті, хто перебуває в зоні безпосереднього конфлікту, де існує постійна загроза життю та здоров'ю. Люди, які живуть у зонах підвищеного ризику або на територіях, що межують із зонами конфлікту, також відчувають високий рівень стресу через непередбачуваність ситуації. У більш віддалених районах рівень стресу може бути нижчим, але все одно залишається потужним психологічним чинником, що впливає на емоційне благополуччя та соціальну стабільність [18; 33]. За аналітичними даними «Психічне здоров'я та ставлення українців до психологічної допомоги під час війни: Хвиля 3», проведеному Gradus Research у січні 2024 року [26]. Виявляється, що 13% респондентів оцінюють своє психічне здоров'я як незадовільне, а рівень стресу та нервозності залишається високим у 77% опитаних. Хоча 40% учасників відчували потребу в психологічній допомозі, лише 8% з них звернулися до фахівців [26], що чітко демонструє, як тривала воєнна агресія суттєво впливає на

психічне здоров’я українського населення. Важливо зазначити, що не існує універсального переліку подій, які б однаково впливали на всіх. Індивідуально-психологічні та фізіологічні особливості визначають, як людина переживатиме ту чи іншу ситуацію [13].

Воєнна небезпека впливає на психічний стан через кілька важливих механізмів, які запускаються в ситуаціях підвищеного стресу. Перш за все, в дію вступає механізм «боротьби або втечі». Це природна реакція організму на загрозу, яка мобілізує фізіологічні та психологічні ресурси для виживання. У відповідь на небезпеку організм виділяє гормони стресу, такі як кортизол і адреналін, що посилює тривогу, збудження і порушення сну [23]. Іншим поширеним механізмом є розвиток хронічної тривоги, яка виникає в ситуаціях, коли існує постійна загроза і майбутнє є непередбачуваним.

Вчені Г. Вагнер, П. Глік, У. Хаммаш та інші провели дослідження серед молодих людей у Палестині, які зазнали впливу військових конфліктів на Близькому Сході. Результати показали, що найбільш поширеними наслідками війни та насильства для психічного здоров’я постраждалих були збільшені симптоми тривоги та депресії. Виявлено також, що молоді жінки менше схильні до насильства порівняно з чоловіками, проте частіше за чоловіків відзначали підвищені симптоми тривоги, депресії та дистресу [37]. Люди можуть свідомо або підсвідомо уникати реальності, застосовуючи механізм заперечення, що може тимчасово знизити рівень стресу, але в довгостроковій перспективі призводить до накопичення негативних емоцій і психічної втоми [32].

Агресія також є типовою реакцією на воєнну загрозу, як захисна реакція на загрозу, може бути спрямована як на зовнішнього ворога, так і на близьке оточення особливо коли людина не може справитися з емоційним навантаженням. Важливим фактором є те, що агресія часто виникає як результат накопиченого внутрішнього напруження [53]. Якщо агресія не знаходить конструктивного виходу, вона може перерости у внутрішнє напруження, яке, в свою чергу, може призвести до розвитку депресивних

розладів. Депресія є кінцевим результатом тривалої дії воєнної небезпеки та пов’язана з почуттям безнадії та відчаю. Вона призводить до втрати мотивації, емоційної нестабільності, відчуття безсилля та загальної втрати життєвих цілей. В умовах воєнної загрози депресивні стани особливо небезпечні, оскільки знижують здатність до адаптації і стійкості, що може ускладнити реабілітацію та соціальну інтеграцію вже після завершення конфлікту [49].

На рівні суспільства воєнна небезпека також має далекосяжні наслідки. Перш за все, це погіршення соціальної згуртованості та розрив соціальних зв’язків. Масові переміщення населення, руйнування інфраструктури та загибель людей внаслідок конфліктів дестабілізують соціальну структуру. Психологічний тиск на громадян за таких умов призводить до підвищення рівня незахищеності в суспільстві [22], що, в свою чергу, призводить до ескалації конфліктів, підриву довіри до державних інституцій та виникнення нових соціальних проблем.

Зростає попит на психологічну допомогу, який перевищує можливості наявних ресурсів. Тривала експозиція до стресу може призвести до розвитку посттравматичного стресового розладу та інших психічних захворювань, формуючи так звану «культуру травми», яка передається наступним поколінням [26]. Таким чином, війна має не лише короткострокові, а й довготривалі наслідки для психічного здоров’я як окремих індивідів, так і суспільства в цілому.

Крім того, існує низка факторів, які суттєво підсилюють стресові реакції, вони охоплюють фізичні, соціальні та психологічні аспекти, кожен з яких окремо і в сукупності погіршує стан індивіда.

Фізична загроза в умовах війни є одним із найсильніших чинників, - постійна небезпека для життя, пов’язана з бойовими діями, бомбардуваннями або обстрілами, викликає хронічну тривогу та страх [53]. Особливе значення мають випадки, коли людина або її близькі стикаються з безпосередніми загрозами фізичного ушкодження. Травми та поранення не лише створюють

фізичний біль і дискомфорт, але й стають тригером для серйозних психологічних наслідків, таких як посттравматичний стресовий розлад [17]. У таких умовах фізичний фактор не обмежується лише страхом за своє життя, він також включає адаптацію до нових реалій, що вимагають виживання в умовах нестачі ресурсів, неможливості задовольнити базові потреби, такі як їжа, вода, медичне забезпечення. Психологічний тиск через тривалу відсутність нормальних умов для існування посилює стрес, викликаючи почуття безпорадності [51].

Ще одним із найважливіших факторів є втрата соціальної підтримки, коли через евакуацію, загибель або втрату контакту люди опиняються відірваними від близьких. Це викликає глибокий емоційний біль і почуття самотності, адже соціальна підтримка є важливою складовою психологічної стійкості. Втрата кола спілкування та емоційної підтримки збільшує ізоляцію та посилює відчуття відчаю [12]. Економічні труднощі також належать до соціальних факторів, серед яких: втрата роботи, фінансової стабільності та доступу до економічних ресурсів, що сприяє зростанню відчуття нестабільності. Ці труднощі підривають соціальну безпеку й додають ще більше стресових навантажень у вже й так складній ситуації.

Крім того, війна часто супроводжується почуттям провини, особливо у тих, то змушений залишити своїх рідних або переживає через їх безпеку [27]. Це почуття часто супроводжується відчуттям безсилля й нездатності вплинути на ситуацію.

Фізичні, соціальні та психологічні фактори взаємодіють один з одним, підсилюючи загальний рівень стресу. Фізична небезпека та соціальна ізоляція стають тригерами для розвитку психічних розладів, таких як депресія та хронічна тривожність. Людина може відчувати себе загнаною в кут, не маючи можливості вийти зі стану постійної напруги. Це впливає не лише на індивіда, але й на колективне психічне здоров’я, спричиняючи зростання конфліктів у суспільстві, соціальну дезадаптацію та розпад соціальних структур.

Воєнна небезпека в Україні має комплексний характер, проявляючись не тільки у вигляді безпосередніх військових дій, а й через інші аспекти, що значно посилюють психологічний тиск на населення. Велика кількість постраждалих ускладнює організацію ефективної психологічної допомоги та надання належної підтримки [54]. Масштабна евакуація, втрати житла та майна, розпад звичних соціальних структур роблять людей вразливими до психічних і соціальних розладів, а також ускладнюють можливість відновлення нормального життя.

Тривала непередбачуваність в умовах війни не лише викликає тривогу, а й змушує людей шукати нові механізми адаптації до постійних змін. Одним із таких механізмів є емоційна десенсибілізація – зниження чутливості до загроз через постійне їхнє переживання [49]. Людина може ставати менш чутливою до небезпеки, звикаючи до звуків вибухів або новин про загибель людей. Така реакція, хоча й може виглядати як стійкість, насправді призводить до емоційного вигорання. Постійне придушення емоцій виснажує нервову систему і може перетворитися на емоційну відчуженість і втрату емпатії.

Поширеною реакцією на тривалу непередбачуваність подій є схильність до підвищеної контролюючої поведінки [47]. Люди, які не можуть контролювати зовнішні обставини, намагаються створити ілюзію контролю через посилений контроль над дрібними аспектами свого життя. Це може проявлятися в дрібних звичках, ритуалах або навіть у надмірній тривозі через щоденні побутові речі. Така поведінка є спробою компенсувати відчуття втрати контролю над власною долею, однак вона часто призводить лише до додаткового стресу і розчарування, коли ці «мікроконтрольні» механізми виявляються неефективними.

Окремим потужним фактором, який підсилює стрес, є інформаційна війна: маніпуляції з інформацією, поширення фейків та дезінформації [5]. Психологічний вплив полягає в тому, що люди не завжди можуть відрізнити правдиву інформацію від неправдивої. Постійний доступ до новин, особливо

з невизначеними чи суперечливими даними, призводить до надмірного емоційного навантаження. Інформаційна війна стає ще одним фактором, що впливає на психіку, не дозволяючи відчувати себе в безпеці навіть у відносно спокійних регіонах.

Отже, за розглянутими механізмами й факторами, що посилюють психологічний тиск, можна зробити висновки, що воєнна небезпека в Україні має комплексний і руйнівний вплив на психічне здоров'я населення, що проявляється через широкий спектр негативних наслідків, таких як хронічна тривога, депресія, посттравматичний стресовий розлад, соціальна ізоляція та емоційне виснаження. Тривала і масована небезпека, непередбачуваність бойових дій та інформаційний хаос значно посилюють ці стани, підриваючи психічну стійкість як окремих людей, так і всього суспільства. Для ефективного подолання цих стресових станів необхідний комплексний підхід, що включає не тільки індивідуальну психологічну допомогу, але й широкий набір заходів на рівні держави та суспільства. Індивідуальні інтервенції, такі як психотерапія, тілесно-орієнтовані техніки, групова підтримка, мають бути спрямовані на допомогу кожній людині в подоланні наслідків стресу, відновленні психологічної рівноваги та зміцненні психічного здоров'я.

На рівні суспільства ключовим є створення безпечного і стабільного середовища, яке сприятиме зменшенню відчуття небезпеки. Важливо забезпечити доступ до якісної психологічної допомоги, особливо в регіонах, що найбільше постраждали від війни. Крім того, на рівні держави варто реалізовувати програми інформаційної підтримки, які спрямовані на боротьбу з дезінформацією та зменшення тривожності населення. Надійна і чітка комунікація з боку держави щодо реальної ситуації на фронті та заходів безпеки може значно знизити рівень стресу і допомогти людям почуватися більш захищеними.

Таким чином, лише поєднання індивідуальних та суспільних заходів, спрямованих на подолання стресу і відновлення психічного здоров'я, дозволить забезпечити ефективну допомогу людям в умовах воєнної небезпеки та сприятиме зміцненню стійкості українського суспільства перед загрозами.

1.3 Теоретичне обґрунтування застосування тілесно-орієнтованих технік для подолання стресу в умовах воєнної небезпеки

В умовах воєнної небезпеки стресові реакції стають гострою проблемою, яка вимагає ефективних методів для підтримки психологічного та фізичного здоров'я людини. Одним із сучасних підходів, що демонструє високу ефективність у подоланні стресу, є тілесно-орієнтовані техніки. Вони базуються на тісному зв'язку між тілом і психікою, де вплив на фізичний стан сприяє покращенню емоційного та ментального здоров'я. Особливо в умовах війни, коли стрес впливає як на психіку, так і на фізичний стан, застосування цих технік може стати інструментом для зниження тривоги, напруженості та емоційного виснаження.

Однією з основних концепцій тілесно-орієнтованих технік є взаємозв'язок між психікою та фізичним станом. Цей підхід базується на тому, що емоційні переживання відбиваються на тілі, викликаючи м'язову напругу, зміни у диханні, позі та рухах [10]. Робота з тілом у таких умовах дозволяє не лише зняти фізичне напруження, але й допомагає опрацювати емоції та внутрішні конфлікти, що викликають стрес.

Тілесність – це сукупність тілесних відчуттів, як психологічна категорія включає в себе усвідомлення власного тіла, його можливостей, обмежень та зв'язків з емоційними та ментальними станами [31]. Вона відображає те, як людина сприймає своє тіло і як тіло впливає на психічний стан.

Структура тілесності може бути розподілена на кілька рівнів: фізіологічний (функціонування органів і систем), емоційно-м'язовий (напруження м'язів, постава, рухи), та психологічний (сприйняття свого тіла, самооцінка, відношення до тіла). Ці три рівні є невід'ємними складовими структури тілесності, їх вплив на здатність людини справлятися зі стресом є взаємопов'язаним. Робота з тілом через тілесно-орієнтовані техніки допомагає врівноважити ці рівні, створюючи умови для більш ефективного подолання стресу, особливо в екстремальних умовах, таких як воєнна небезпека [46].

У воєнний час, коли стресові ситуації досягають критичного рівня, психосоматичні розлади стають поширеними серед людей, які живуть у постійному напруженні. До таких розладів належать порушення роботи серцево-судинної системи, захворювання шлунково-кишкового тракту, дихальні розлади, а також хронічні болі різної генези [35].

Особливість психосоматичних розладів полягає в тому, що тілесні симптоми можуть маскувати глибинні психологічні проблеми. У таких випадках терапевтичні підходи, зокрема тілесно-орієнтовані техніки, дозволяють розкрити зв'язок між психічним та фізичним станом [48]. Ці техніки базуються на принципі, що емоційні переживання, які не знаходять виходу через вербальну комунікацію або свідоме усвідомлення, можуть «застрягати» у тілі у вигляді м'язової напруги, порушень рухливості та інших фізичних симптомів [9]. У свою чергу, цей фізичний дискомфорт може посилювати психологічний стрес, створюючи замкнене коло, з якого людині важко вибратися без зовнішнього втручання.

Тілесні відчуття не лише відображають емоційні стани, але й виступають механізмом їхньої регуляції. Вплив на тіло через такі практики, як дихальні техніки, розслаблюючі вправи або усвідомлене напруження і розслаблення м'язів, може допомогти стабілізувати емоційний стан. Це відбувається за рахунок нейрофізіологічних процесів, які активізуються при зміні фізичного стану, наприклад, нормалізації дихального ритму чи

зменшенні м’язового тонусу [7]. Таким чином, тілесно-орієнтовані техніки сприяють зниженню психоемоційного напруження, допомагають у відновленні психофізіологічної рівноваги та слугують інструментом для інтеграції травматичного досвіду.

Тілесно-орієнтована терапія – це психотерапевтичний підхід, який базується на тісному взаємозв’язку між тілом і психікою [9]. Цей метод спрямований на те, щоб через тіло вивільнити емоційні переживання та знизити рівень стресу, оскільки багато неопрацьованих емоцій часто «зберігаються» у тілі.

Основними принципами тілесно-орієнтованої терапії є увага до тілесних відчуттів та їх зв’язку з емоційними станами, розпізнавання і робота з м’язовими блоками, а також інтеграція фізичного досвіду для досягнення психоемоційного балансу. Одним з ключових аспектів терапії є принцип усвідомленого дихання, оскільки дихальні техніки дозволяють впливати на нервову систему та регулювати емоційні стани. Ще один важливий принцип – це вивчення і подолання тілесних напружень через фізичні вправи та релаксаційні техніки, які дозволяють зняти м’язову напругу і відновити баланс між тілом і психікою [38].

Розглянемо концепції чи підходи до роботи в напрямку тілесно-орієнтованих технік та їх теоретичне підґрунтя.

Серед найвпливовіших напрямків тілесно-орієнтованої психотерапії є характерологічний аналіз Вільгельма Райха. Він базується на ідеї, що психічний і фізичний стан людини взаємопов’язані через так званий «м’язовий панцир», який формується внаслідок хронічної м’язової напруги, що виникає під впливом пригнічених емоцій та психологічних травм. Райх вважав, що емоційні конфлікти, які не були розв’язані на психічному рівні, «фіксуються» у тілі і створюють захисні бар’єри у вигляді фізичних блоків, які обмежують свободу руху та емоційної виразності [39].

В. Райх виділяв сім основних сегментів тіла, де накопичуються м’язові напруги: очі, рот, шия, груди, діафрагма, живіт і таз. Кожен з цих сегментів відповідає за специфічні емоційні стани. Наприклад, напруга в ділянці грудей може бути пов’язана з придушенням емоцій смутку або страху, тоді як напруження в тазовій зоні часто асоціюється з блокуванням сексуальної енергії. Таким чином, кожен м’язовий блок відображає певний психологічний конфлікт, який на рівні несвідомого захищає людину від переживання інтенсивних емоцій або травмуючих спогадів [16]. Основна мета характерологічного аналізу – виявити і розпізнати ці блоки та робота над їх вивільненням через спеціальні техніки тілесної терапії.

До таких технік належать дихальні вправи, які спрямовані на збільшення насиченості тіла киснем, що сприяє розслабленню м’язів та активації енергетичних процесів. Масаж і тиск на напружені зони допомагають усвідомити свої тілесні обмеження і витіснені емоції. В. Райх також використовував техніки звукової терапії, оскільки вважав, що голос і звуки, які людина видає під час терапії, можуть допомогти вивільнити накопичену енергію [3].

Крім цього, В. Райх розробив теорію характерної структури захистів, де кожна людина має унікальні патерни м’язової напруги, які формуються в ранньому дитинстві як захисний механізм від травм. Він стверджував, що ці напруги блокують вільне вираження емоцій і призводять до виникнення різних психічних розладів, зокрема депресії та психосоматичних захворювань. Робота В. Райха з м’язовими блоками вказувала на необхідність цілісного підходу до терапії, що поєднує роботу з тілом та психікою, спрямовану на усунення цих патернів напруги [16].

Наступним етапом в розвитку тілесно-орієнтованих технік є концепція біодинаміки, яка була запропонована Рудольфом Штайнером і подальшою адаптацією в рамках тілесно-орієнтованої терапії. Біодинамічна терапія, яка розвинулася на основі ідей Вільгельма Райха, зберігає ключові елементи його

підходу, проте розширює їх і вводить нові техніки для роботи з тілесними напругами та емоційними блоками [11].

Біодинаміка розглядає тіло як динамічну систему, в якій емоційні, фізичні та енергетичні процеси постійно взаємодіють і змінюються під впливом зовнішніх і внутрішніх факторів. Основною метою біодинамічної терапії є відновлення природного потоку енергії в тілі, що сприяє гармонізації емоційного стану і загальному психосоматичному благополуччю [39].

Завдяки технікам біодинаміки пацієнт поступово відновлює здатність вільно виражати свої емоції, покращується його тілесна самоусвідомленість, що допомагає в розумінні власних емоційних потреб та внутрішнього стану.

Таким чином, біодинаміка не тільки розширює підходи, розроблені В. Райхом, але й додає нові рівні роботи з тілесними процесами, спрямовані на інтеграцію фізичних і психічних аспектів особистості. Цей метод є надзвичайно ефективним для людей, які переживають хронічний стрес, зокрема в умовах воєнної небезпеки, оскільки дозволяє не лише знімати тілесні симптоми, але й опрацьовувати їх емоційні та психічні корені.

У контексті тілесно-орієнтованих терапій важливим етапом є біоенергетичний аналіз, розроблений Олександром Лоуеном, який є наступником підходів Вільгельма Райха. Основне завдання біоенергетичного аналізу – відновити природний енергетичний потік через спеціальні фізичні вправи, які сприяють звільненню затиснутих емоцій і напружень у тілі.

Ключовою концепцією цього підходу є принцип заземлення. Заземлення – це усвідомлення свого фізичного зв’язку із землею, що допомагає людині відчувати себе більш стабільно, фізично та емоційно [36]. О. Лоуен вважав, що заземлення не лише дозволяє пацієнтові відчувати опору і контроль над своїм тілом, але й сприяє більш глибокій інтеграції тіла і розуму, допомагаючи людині звільнятись від внутрішньої напруги та блоків, які виникають внаслідок психоемоційних травм. Техніки заземлення

дозволяють пацієнту повернути собі відчуття стабільності, впевненості і внутрішнього контролю над своїм станом [39].

Таким чином, біоенергетичний аналіз О. Лоуена, зокрема його принцип заземлення, спрямований на відновлення природного зв'язку людини з власним тілом і забезпечення вільного потоку енергії, що є необхідним для подолання тривалих стресових станів.

Наступним підходом до застосування тілесно-орієнтованих технік є концепція «хаммартінг», або «рольфінг», розроблений доктором Ідою Рольф у середині XX століття. Основою концепції рольфінгу є ідея, що тіло організоване в трьох вимірах: вертикальному, горизонтальному та латеральному. Порушення в цій організації можуть призводити до фізичних і емоційних проблем, включаючи хронічний біль, обмеження рухливості та емоційні розлади [39].

Варто звернути увагу на пластико-когнітивний підхід В. Нікітіна. Ця методика поєднує елементи психомоторної терапії з когнітивними техніками, спрямованими на інтеграцію тілесного досвіду з психічним сприйняттям [39]. Основною ідеєю цього підходу є те, що тіло є не лише фізичною оболонкою, а й активним учасником процесів, що відбуваються в психіці.

В рамках пластико-когнітивного підходу використовується низка технік, які спрямовані на поліпшення усвідомлення тілесних відчуттів, розслаблення м'язів і корекцію рухів. Це досягається за допомогою спеціально розроблених вправ, які дозволяють пацієнтам не лише розслабити м'язи, а й глибше усвідомити їхні переживання. Вправи з пластики включають динамічні та статичні елементи, що допомагають учасникам знайти нові способи вираження себе через тіло [39]. Нікітін також підкреслює значення емоційного вираження за допомогою тілесних практик. В процесі терапії пацієнти вчаться розпізнавати, як їхні емоційні стани відображаються у фізичному стані, і як зміни в тілі можуть впливати на психоемоційне благополуччя [39]. Впровадження таких практик, як дихальні вправи, рухові експерименти та релаксаційні техніки, допомагає відновити

природний потік енергії в тілі, зменшуючи напругу і підвищуючи загальний емоційний фон.

Переходячи до наступних аспектів тілесно-орієнтованої терапії, варто розглянути динамічну медитацію та дихальні практики, які активно використовуються для покращення психоемоційного стану [20].

Техніка динамічної медитації складається з кількох етапів, які включають енергійні рухи, дихальні вправи, крики та тиху медитацію. Цей метод особливо корисний для людей, які пережили травматичні події, оскільки він допомагає зняти накопичений стрес і створити простір для нових емоційних переживань.

Дихальні практики, в свою чергу, займають важливе місце саме в регуляції психоемоційного стану. Свідоме дихання може значно зменшити рівень стресу, покращити загальне самопочуття та посилити відчуття зв’язку між тілом і розумом. Під час дихальних практик індивіди вчаться усвідомлювати свої фізичні відчуття, що допомагає їм виявляти та виражати свої емоції [48].

Обидва ці напрямки забезпечують цінні інструменти для покращення психічного здоров’я, надаючи можливість інтегрувати емоційні переживання та фізичні відчуття, що є особливо важливим у сучасних умовах.

Перехід до м’язової релаксації, розробленої Едмундом Джекобсоном, дозволяє більш детально розглянути техніку, яка передбачає поступове напруження та розслаблення різних груп м’язів [2].

Інтеграція з іншими тілесно-орієнтованими техніками може суттєво покращити ефективність лікування. Регулярна практика м’язової релаксації Джекобсона може призвести до покращення сну, підвищення загального психічного благополуччя та збільшення здатності справлятися з повсякденними стресорами.

Наступним напрямком є бодинаміка, розроблена Лісбет Марчер, що зосереджена на вивченні м’язового тонусу і рухових моделей, які відображають досвід розвитку людини, її емоції та психологічний стан.

Основна ідея полягає в тому, що тіло зберігає пам’ять про травми та стреси, що може проявлятися у вигляді тілесної напруги, хронічного болю або обмеженої рухливості [4].

Цікавою, але не менш ефективною формою терапії є танцювальна, яка використовує рух і танець як засоби вираження емоцій. Цей підхід грунтується на принципі, що тіло не лише є носієм емоцій, але й активним учасником у процесах їхньої регуляції [29]. Через рух можна дослідити та виразити емоції, які може бути важко висловити словами, це надає можливість пацієнтам виявити свої переживання в безпечному середовищі.

Наступними методами, що передбачають не лише усвідомлення власного тіла, але й активну взаємодію з навколишнім світом, є ментальна концентрація та звукова медитація.

Звукова медитація є ще одним способом зняття напруги. Учасники можуть створювати звуки, співати мантри або програвати музику, що допомагає зосередитися на звукових відчуттях, відволікаючи від переживань [4].

Крім цього, необхідно згадати йогу, яка також включає різноманітні асани (пози), що дозволяє зменшити напруження, покращити гнучкість і підвищити загальну фізичну витривалість. Наприклад, поза «кішки» допомагає розтягнути м’язи спини та ніг, зменшуючи напруження і тривогу. Під час виконання цієї позиції важливо звертати увагу на дихання, що сприяє заспокоєнню розуму [30]. Ще одна ефективна асана, «змії», яка відкриває груди, покращує дихання і стимулює енергію в тілі [30]. Дихальні практики, зокрема пранаяма, також є важливою частиною йоги. Наприклад, техніка «дихання через одну ніздрю» допомагає відновити баланс між півкулями головного мозку, знижуючи рівень стресу і тривоги [тай-чі]. А тай-чі, своєю чергою, базується на повільних і плавних рухах, які активізують енергетичні потоки в тілі [30]. Класичні вправи, такі як «повертання голови», «обертання плечей» і «кроки з підйомом», покращують координацію і зосередженість. Ці

рухи, виконувані у спокійному темпі, допомагають знизити серцевий ритм і м’язове напруження, заспокоюючи нервову систему.

Усе це сприяє зниженню стресу і покращенню загального психоемоційного стану.

Таким чином, ефективність тілесно-орієнтованих технік для подолання стресу в умовах воєнної небезпеки проявляється через низку важливих аспектів, які сприяють покращенню психічного і фізичного благополуччя. По-перше, одна з основних переваг цих технік полягає у зменшенні фізіологічних проявів стресу, таких як напруження м’язів і тахікардія. Тілесно-орієнтовані техніки, такі як прогресивна м’язова релаксація, допомагають зняти це напруження, знижуючи рівень кортизолу в організмі. Завдяки цим технікам люди отримують можливість повертатися до свого природного стану, коли м’язи можуть функціонувати вільно і без зайвих напружень [46].

По-друге, регуляція емоційного стану є критично важливою в умовах, коли людина піддається постійному стресу. Наприклад, дихальні практики чи танцювальна терапія надають можливість відчути і висловити тривогу, страхи, або депресію, що може призвести до зменшення цих емоційних станів. Таким чином, через тілесні практики люди можуть навчитися не лише ідентифікувати свої емоції, але й працювати з ними [48].

Тілесно-орієнтовані техніки також позитивно впливають на якість сну та апетиту [46]. Стрес часто супроводжується безсонням і проблемами з харчуванням. Завдяки релаксаційним технікам, таким як м’язова релаксація або дихальні вправи, люди можуть знизити рівень тривоги, що сприяє кращому сну. Покращення сну, в свою чергу, позитивно впливає на апетит, оскільки організм отримує можливість відновлюватися і належно функціонувати.

Багато практик зосереджені на розвитку тілесної свідомості і самосприйняття, що підвищує впевненість у собі та життєву енергію. Коли людина відчуває свій організм, розуміє його потреби та емоції, це зазвичай

веде до зростання життєвої енергії й активних дій [46]. Крім того, пацієнти вчаться використовувати різноманітні практики для роботи зі стресом, що сприяє формуванню нових стратегії подолання труднощів. Зокрема, ці техніки дозволяють людям не лише зменшити негативні прояви стресу, а й набути нових навичок, які можуть бути корисні в майбутньому [11].

Отже, тілесно-орієнтовані техніки виступають ефективними інструментами для зменшення фізіологічних проявів стресу та регуляції емоційного стану, надаючи людям можливість більш продуктивно справлятися з новими викликами. Ці методи можуть не лише поліпшити фізичний стан, а й суттєво підвищити якість життя в умовах психологічного навантаження. Ефективність цих технік безпосередньо залежить від їх регулярного виконання під керівництвом кваліфікованого спеціаліста. Це дає можливість оптимізувати процеси релаксації та відновлення, враховуючи індивідуальні потреби та особливості пацієнта. Систематичне застосування таких технік сприяє не лише зниженню рівня стресу, але й покращенню загального психоемоційного та фізичного стану.

З огляду на тривалий вплив воєнних дій на фізичне та психічне здоров’я, подальші дослідження в цьому напрямі є необхідними. Вони дозволять розробити більш досконалі програми реабілітації, спрямовані на відновлення осіб, які зазнали впливу травматичних подій, а також удосконалити методи роботи з посттравматичним стресовим розладом та іншими психосоматичними порушеннями.

Підсумовуючи перший розділ, можемо зробити такі висновки:

Розглянуто явище стресу та вплив його на фізичний та психічний стан людини. Надано визначення стресу, розглянуті його чинники та відповідне поняття «стрес-фактори».

В якості робочого прийнято таке визначення: «стрес – це фізіологічна та психологічна реакція тіла на зовнішні або внутрішні фактори, які потребують змін».

Виділено групу стрес-факторів, пов’язаних з ситуацією війни в Україні, що розглядається як узагальнене поняття «воєнна небезпека», котра насамперед пов’язується з територіями, близькими до районів бойових дій та можливостей ударів ворога з повітря. Надається визначення: «воєнна небезпека – це комплексний стан, який характеризується можливістю фізичного насильства, руйнувань та загибелі людей, з існуванням реальної або потенційної загрози застосування військової сили проти держави, суспільства або індивіда». Зрештою окреслено проміжний висновок про те, що фізичні, соціальні та психологічні фактори взаємодіють один з одним, підсилюючи загальний рівень стресу.

Таким чином, констатовано ситуацію, коли актуальність допомоги при стресі підвищується. В якості засобу такої допомоги пропонується вдаватися до тілесно-орієнтованих практик. Теоретично обґрунтовано застосування тілесно-орієнтованих технік для подолання стресу в умовах воєнної небезпеки Розглянуто низку методів, які мають бути застосовані для цього.

РОЗДІЛ 2
ЕМПИРІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРЕСУ У ЛЮДЕЙ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЛИ В ЗОНІ ПІДВИЩЕНОЇ ВОЄННОЇ НЕБЕЗПЕКИ

2.1. Етапи та методики дослідження

Для дослідження стресу у людей, які перебували у зоні підвищеної воєнної небезпеки було декілька етапів:

- На першому етапі було проведено теоретичний аналіз наукової літератури;

- На другому етапі було проаналізовано психодіагностичний інструментарій, обрані методики дослідження та сформовано вибірку, виділено експериментальну та контрольну групи.

- На третьому етапі було проведено первинне опитування респондентів, проведено Програму тілесно-орієнтованих практик; здійснено підсумкове опитування респондентів обох дослідницьких груп, здійснювалась обробка даних та їх інтерпретація.

Отже, базу емпіричного дослідження склали дві групи – контрольна та експериментальна.

Експериментальна група містила 18 респондентів, серед них:

- 3 чоловіка і 15 жінок;

- 3 тимчасово переміщених особи;

- віковий діапазон – від 31 року до 60 років.

Контрольна група містить 23 респонденти, серед яких:

- 3 чоловіка і 20 жінок;

- 2 тимчасово переміщених особи;

- віковий діапазон – від 30 до 60 років.

Бачимо, що за відповідними критеріями групи респондентів достатньо подібні. Характеристики груп респондентів наведені у Додатку Г.

Як свідчать дослідники, прояви стресу у різних людей, що зазнали впливів підвищеної воєнної небезпеки, будуть характеризуватися такими параметрами, та, відповідно, можуть мати свої вирізняльні особливості за якимись із них [1]:

а) інтенсивністю прояву – від станів підвищеної психічної напруженості до патологічних станів;

б) переважаючим рівнем проявів – психологічним, психофізіологічним, патологічним;

в) ступенем усвідомленості свого стану (інсайту) самим індивідом;

г) переважаючим проявом стресу в тій чи іншій сфері особистості людини – емоційній, когнітивній, мотиваційній, вольовій, поведінковій;

д) ступенем підконтрольності проявів стресу самим індивідом (ступінь самовладання), гіпер- і гіпомобілізованістю;

є) тривалістю прояву стресових розладів у індивіда;

ж) характером впливу на основну діяльність.

Дослідники зазначають [1], що рання діагностика негативних психічних станів, постстресових станів, визначення групи посиленої психологічної уваги серед складу малої групи дозволяє на ранніх етапах виявити її членів з низьким адаптаційним потенціалом і високою вірогідністю ранніх і важких проявів психічної травми та її наслідків, а також дозволяє створити індивідуальну тактику і способи профілактики та відновлення кожного обстеженого.

Вирішення проблеми діагностики негативних психічних станів складається з двох основних складових [1]:

1) підбір інформативного діагностичного інструментарію;

2)відповідний спосіб організації діагностичних досліджень, спрямований на фіксацію всіх фаз динаміки різних асинхронно виникаючих негативних психічних станів людини.

Для реалізації мети дослідженнями нами було обрано наступні методики дослідження:

1. Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна.

2. Шкала депресії А.Т. Бека.

3. Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунге (адаптація Т.І. Балашової).

4. Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна.

Дослідники зазначають, що шкала тривоги Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) є інформативним способом самооцінки рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність як стан) та особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Методика була розроблена в 1970 році [45].

Далі, зазначається, що Шкала тривоги Ч. Д. Спілбергера через свою відносну простоту й ефективність широко застосовується у клінічній практиці з різною метою – для визначення вираженості тривожних переживань, оцінки стану пацієнта в динаміці та ін. Методика була адаптована Ю.Л. Ханіним, тому дана методика діагностики тривожних станів також має назву «Шкала Спілбергера – Ханіна» [44].

Як зазначається, більшість із відомих методів оцінки рівня тривожності дозволяють оцінити тільки або особистісну тривожність, або поточний стан тривожності, або специфічніші реакції. Єдиним способом, що може диференціювати тривожність і як особистісну властивість, і як стан, є методика, запропонована Ч. Д. Спілбергером [44].

Погоджуємось, що вимірювання тривожності як властивості особистості має важливе значення, адже ця властивість багато в чому обумовлює поведінку людини. Дослідники стверджують, що «Певний рівень тривожності – природна і обов'язкова особливість активної діяльнісної особистості. У індивіда існує свій оптимальний (або бажаний) рівень тривожності, так звана корисна тривожність. Оцінка людиною свого стану в цьому відношенні є для неї істотним компонентом самоконтролю» [45].

Отже, у рамках цього тесту створені 2 шкали. Перша, шкала стану тривоги (ситуативної тривожності), оцінює поточний стан тривоги, вимірюючи, як респонденти відчувають себе «прямо зараз», використовуючи суб'єктивні відчуття страху, напруження, нервозності, неспокою та збудження вегетативної нервової системи.

Ситуативна, або реактивна тривожність як стан характеризується суб'єктивно пережитими емоціями: напруженням, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамічністю в часі.

Друга, шкала особистої тривожності, оцінює відносно стабільні аспекти особистості, її схильність до занепокоєння, оцінює відчуття/стан спокою, впевненості та безпеки.

Під особистісною тривожністю науковці розуміють «стійку індивідуальну характеристику, яка відображає схильність суб'єкта до тривоги і передбачає наявність у нього тенденції сприймати досить широке «віяло» ситуацій як загрозливі, відповідаючи на кожну з них певною реакцією. [45].

Особистісна тривожність являє собою конституційну межу, яка обумовлює схильність сприймати загрозу в широкому діапазоні ситуацій. При високій особистісній тривожності кожна з цих ситуацій є стресом для індивідуума й викликає у нього виражену тривогу.

Як властивість особиста тривожність активізується при сприйнятті певних стимулів, що розцінюються людиною як небезпечні (у т.ч. для самооцінки, самоповаги). Особи, які належать до категорії високотривожних, схильні сприймати загрозу своїй самооцінці й життєдіяльності у великому діапазоні ситуацій та реагувати дуже вираженим станом тривожності.

Якщо STAI показує у респондента високий показник особистісної тривожності, це дає підставу припускати в нього появу стану тривожності в різних пересічних ситуаціях. Дуже висока особистісна тривожність прямо

корелює з емоційними і невротичними зривами та психосоматичними захворюваннями.

У Додатку А надано інструкцію, тексти обох частин опитувальника – на 20 та 40 тверджень відповідно.

Для обробки результатів показники реактивної (ситуативної) тривожності (СТ) та особистісної тривожності (ОТ) підраховуються окремо за формулами:

1. СТ = Σ1 – Σ2 + 50,

де Σ1 – сума закреслених на бланку цифр за пунктами шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

Σ2 – сума інших закреслених цифр (пункти 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20).

2. ОТ = Σ1 – Σ2 + 35,

де Σ1 – сума закреслених цифр на бланку за пунктами шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

Σ2 – сума інших цифр за пунктами 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Для інтерпретації результатів використовуються такі орієнтовані оцінки:

0-30 балів – низький рівень тривожності;

31-45 балів – помірний рівень тривожності;

вище 45 балів – високий рівень тривожності.

На спеціалізованому ресурсі надаються «Коментарі до результатів» [44]:

«Особам із високою оцінкою тривожності слід формувати відчуття впевненості й успіху. Їм необхідно зміщувати акцент із зовнішньої вимогливості, категоричності, високої значимості в постановці завдань на змістовне осмислення діяльності та конкретне планування за підзавданнями.

Низько тривожним особистостям, навпаки, потрібне пробудження активності, підкреслення мотиваційних компонентів діяльності, збудження

зацікавленості, висвічування почуття відповідальності у вирішенні тих чи інших завдань.

Стан реактивної (ситуативної) тривоги виникає при потраплянні в стресову ситуацію і характеризується суб'єктивним дискомфортом, напруженістю, занепокоєнням і вегетативним збудженням. Природно, що цей стан є мінливим та відрізняється різною інтенсивністю. Таким чином, значення підсумкового показника за даними підшкалами дозволяє оцінити не тільки рівень актуальної тривоги випробуваного, а й визначити, чи знаходиться він під впливом стресу, а також яка інтенсивність цього впливу».

Шкала депресії А.Т. Бека. Ця методика дозволяє виявити наявність депресії та ступінь тяжкості депресивних розладів. На спеціальному ресурсі [41] зазначається, що «Шкала депресії Бека (Beck's Depression Inventory, BDI) – один з перших тестів, що відрізняються високою релевантністю та специфічністю, створених для використання у клінічній практиці з метою діагностики та оцінки рівня депресивних розладів».

Довідковий ресурс [42] надає наступну інформацію: Методика створена Аароном Беком у 1961 році, призначена для самооцінки депресії.

Існує три версії BDI: оригінальна BDI, вперше опублікована в 1961 році, а потім переглянута в 1978 році як BDI-1A, і BDI-II, опублікована в 1996 році. У своїй останній версії BDI-II, на відміну від попередніх, розроблена для осіб віком від 13 років.

Незважаючи на дату розробки, шкала депресії Бека не застаріла і широко застосовується в психіатричній та психотерапевтичній практиці навіть сьогодні. Версія шкали депресії Бека поширена в адаптації М.В. Тарабріної.

Шкала містить 21 питання – кожне описує симптом депресії. Запитання передбачають 4 варіанти відповіді – потрібно вибрати відповідний для своєї ситуації. Кожній відповіді надається певна кількість балів. Їхня загальна сума варіюється від 0 до 63. Чим більша цифра, тим вищий рівень депресії.

Для обробки результатів за відповіді нараховується:

“а” - 0 балів,

“б” – 1 бал,

“в” – 3 бали,

“г” – 4 бали.

Підраховується загальна сума набраних балів.

Ступінь депресії інтерпретується наступним чином [43]:

- 0–9: вказує на мінімальну депресію
- 10–18: вказує на легку депресію
- 19–29: вказує на помірну депресію
- 30–63: вказує на важку депресію.

Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (адаптація Т.І. Балашової) *(Шкала зниженого настрою - субдепресії (ШЗНС)*

Опитувальник розроблений для диференціальної діагностики депресивних станів і станів, близьких до депресії (ступінь вираженості зниженого настрою – субдепресії).

Ця методика (англ. Zung Self-Rating Depression Scale) була розроблена психіатром Університету Дюка доктором Вільямом Зунге у 1965 році [21]. У кваліфікаційній роботі, присвяченій тематиці депресії, наводяться відомості щодо цієї методики: «За словами доктора Вільяма Зунге, депресія проявляється як посттравматичний або постстресовий розлад. Цей тест дозволяє оцінити, наскільки депресивний пацієнт, і визначити ступінь депресії. Як і шкала Бека, анкета базується на скаргах людей з депресією» [1].

Так, А.Г. Хмелєвський зазначає, що «Основною сферою застосування цієї шкали є диференційна діагностика депресії та субдепресії. Шкала чутлива до депресії, що проявляється у вигляді соматичних вегетативних реакцій у вигляді порушення сну, зниження активності, пригніченого настрою, порушень серцево-судинної та ендокринної системи. Цей метод виявляє прояви депресії відмінного рівня тяжкості, тому ця методика

використовується для оцінки рівня депресії на додаток до лікарських діагнозів» [40].

Спеціалізований навчальний ресурс [15] надає попередні зауваження щодо використання методики: «Депресивні стани виникають як постстресових або посттравматичні реакції. Опитувальник може бути використаний для диференціальної діагностики депресивних станів для скринінг-діагностики при масових дослідженнях і з метою попередньої долікарської діагностики. Повне обстеження займає 20-30 хвилин».

Дослідники зазначають, що «Нормативні дані, отримані на 200 здорових респондентах, вказують, що середня величина індексу зниження настрою дорівнює 40,25 ± 5,99 бала» [1].

Весь обсяг шкальних оцінок поділяється на чотири діапазони:

- діапазон 1 – нижче 50 балів – особи, які не мають в момент дослідження зниженого настрою,

- діапазон 2 – від 51 до 59 балів – незначне, але чітко виражене зниження настрою,

- діапазон 3 – від 60 до 69 балів – значне зниження настрою,

- діапазон 4 – вище 70 балів – глибоке зниження настрою (субдепресія або депресія).

Таким чином, результати кожного респондента відповідають одному з чотирьох діапазонів зниження настрою.

2.2. Результати досліджень та їх аналіз

Базу емпіричного дослідження склали дві групи – контрольна та експериментальна.

Експериментальна група містила 18 респондентів, серед них:

- 3 чоловіка і 15 жінок;

- 3 тимчасово переміщених особи;

- віковий діапазон – від 31 року до 60 років.

Контрольна група містить 23 респонденти, серед яких:

- 3 чоловіка і 20 жінок;

- 2 тимчасово переміщених особи;

- віковий діапазон – від 30 до 60 років.

Усі учасники обох груп на момент проведення дослідження проживали в місті Запоріжжя.

Бачимо, що за відповідними критеріями групи респондентів достатньо подібні. Наведемо результати діагностики за обраними методиками.

1. Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна.

Після підрахунків результатів за ключем, отримано підсумковий бал для кожного респондента; оцінюючи те, в який інтервал потрапляють отримані бали, надамо розподіл респондентів за рівнями тривожності, які надані у методиці (табл. 2.1).

У шапках відповідних колонок позначимо експериментальну групу як ЕГ, контрольну – КГ.

Бачимо, що в плані ситуативної тривожності групи достатньо подібні, а от у особистій тривожності контрольна група дещо перевершує експериментальну за кількістю респондентів із помірним рівнем. Однак, розглянувши власне підсумкові бали, бачимо, що внесок у групу з помірним рівнем дають респонденти з не дуже високим балом (31, 34, 37, 38) – тобто, у нижній половині оціночного інтервалу.

Таблиця 2.1

Результати діагностики рівня тривожності

Рівень тривожності	Ситуативна тривожність				Особистісна тривожність			
	ЕГ		**КГ**		**ЕГ**		**КГ**	
	Р	%	Р	%	Р	%	Р	%
0-30 балів – низький	0	0	1	4,4	1	5,6	1	4,4
31-45 балів – помірний	6	33	7	30,4	4	22,2	11	47,8
вище 45 балів – високий	12	67	15	65,2	13	72,2	11	47,8

Отже, вельми цікавим буде простежити динаміку показників у цих групах після формувальної частини дослідження. Для наочності утворимо діаграми за допомогою засобів Ексель (рис. 2.1 – 2.2).

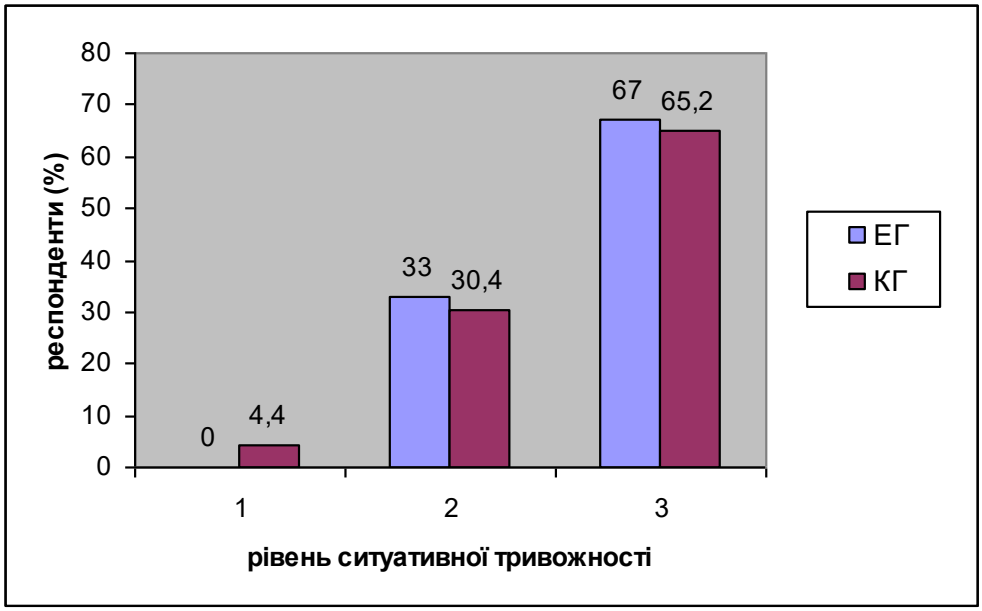


Рис. 2.1 – Рівень ситуативної тривожності в експериментальній та контрольній групах

Розбіжності в двох групах можна вважати не дуже суттєвими, особливо щодо ситуативної тривожності.

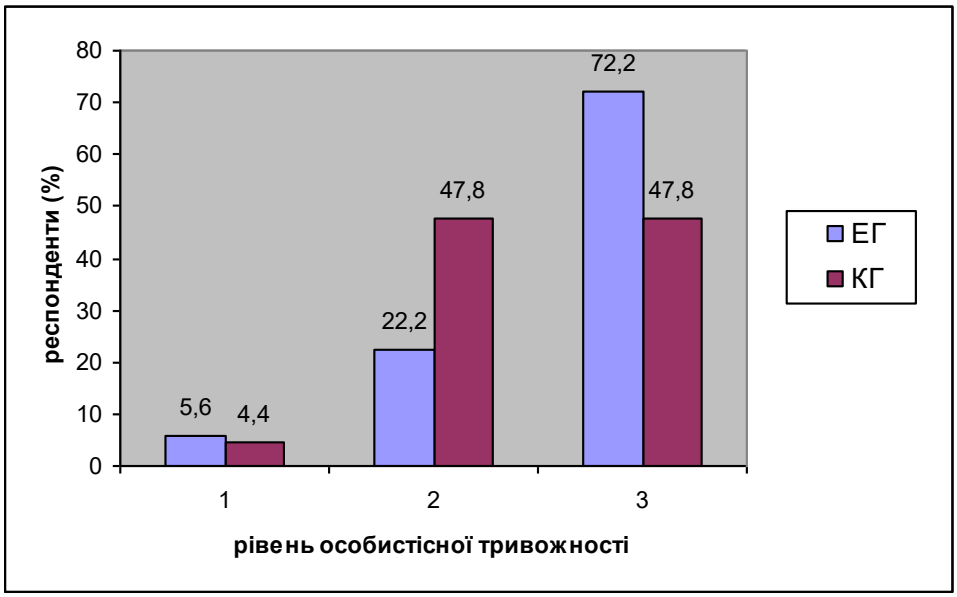


Рис. 2.2 – Рівень особистісної тривожності в експериментальній та контрольній групах

2. Шкала депресії А.Т. Бека

За результатами дослідження виділяють, як зазначалось, чотири оціночних інтервали. Наведемо їх у таблиці (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Результати діагностики рівня депресії

Рівень депресії	Показники по групах			
	ЕГ		**КГ**	
	Р	%	Р	%
0–9: мінімальна депресія	4	22,2	8	34,8
10–18: легка депресія	6	33,4	8	34,8
19–29: помірна депресія	4	22,2	6	26,1
30–63: важка депресія	4	22,2	1	4,3

Бачимо, що розподіли респондентів за рівнями депресії мають деякі розбіжності у групах. Для їх унаочнення створимо діаграму засобами Ексель (рис. 2.3).

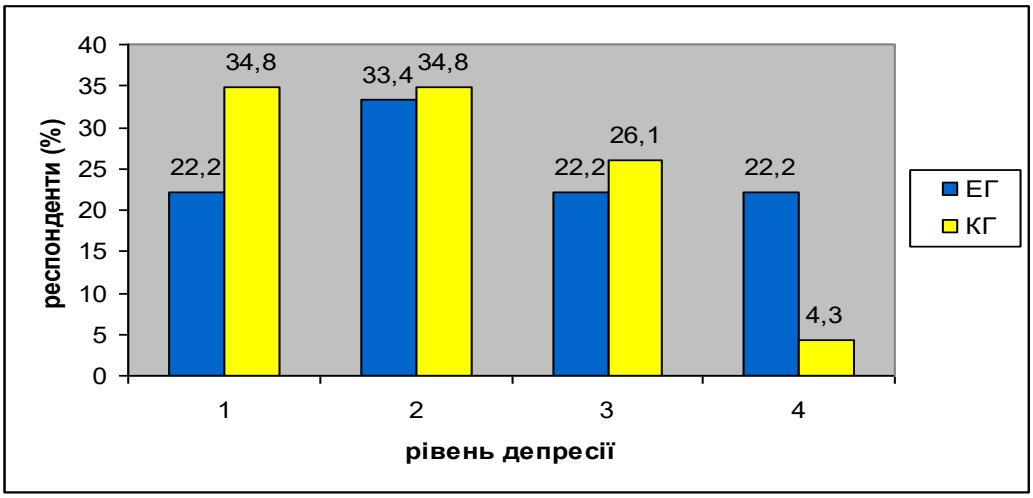


Рис. 2.3 – Рівень депресії в експериментальній та контрольній групах

Найбільші розбіжності бачимо у представленості низького та високого рівнів депресії.

Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (адаптація Т.І. Балашової) *(Шкала зниженого настрою – субдепресії (ШЗНС).*

Як уже зазначалось, обсяг шкальних оцінок поділяється на чотири діапазони, за якими подамо розподіл респондентів, помістивши результати у таблицю (табл. 2.3). Для підрахунків за допомогою засобів Ексель необхідно мати на увазі, що отримано дробні показники, тож при фільтруванні значень по числових інтервалах потрібно уникнути втрат показників на межах цих інтервалів, тож зрештою числові межі діапазонів для Ексель мають виглядати наступним чином:

- діапазон 1 – нижче 50 балів – особи, які не мають в момент дослідження зниженого настрою: «менше або дорівнює 50»;

- діапазон 2 – від 51 до 59 балів – незначне, але чітко виражене зниження настрою: «більше 50, менше 60»;

- діапазон 3 – від 60 до 69 балів – значне зниження настрою: «більше або дорівнює 60, менше або дорівнює 70»

- діапазон 4 – вище 70 балів – глибоке зниження настрою (субдепресія або депресія): «більше 70».

Таблиця 2.3

Результати діагностики депресивних станів (ШЗНС)

Депресивний стан	Показники по групах			
	ЕГ		**КГ**	
	Р	%	Р	%
діапазон 1: $x \leq 50$ балів	7	38,9	16	69,6
діапазон 2: $50 < x < 60$ балів	7	38,9	5	21,7
діапазон 3: $60 \leq x \leq 70$ балів	2	11,1	0	0
діапазон 4: $x > 70$ балів	2	11,1	2	8,7

Для унаочнення результатів підрахунку показників створимо діаграму засобами вексель (рис. 2.4).

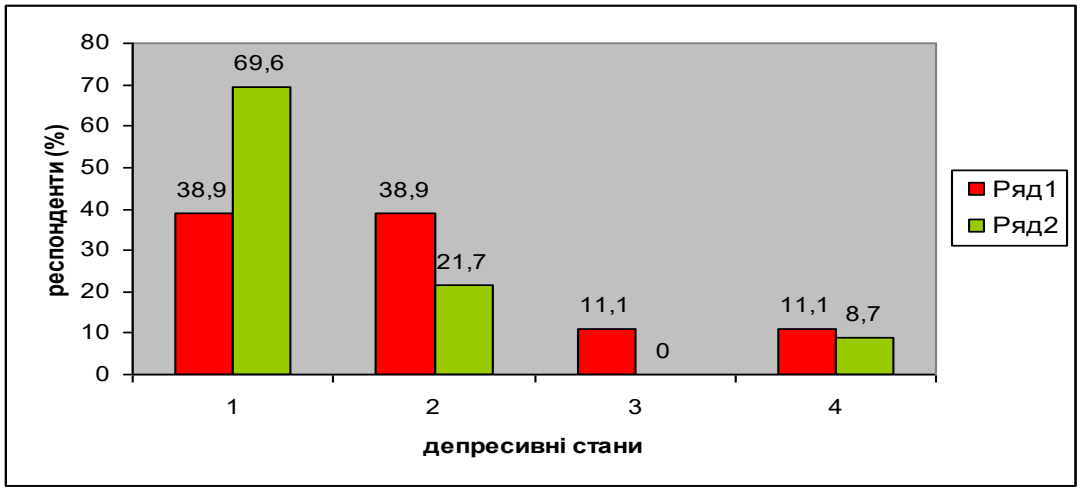


Рис. 2.4 – Розподіл респондентів по діапазонах депресивних станів (експериментальна і контрольна групи)

Бачимо, що рівні депресивних станів достатньо відрізняються у групах. Загалом по результатах двох методик у респондентів експериментальної групи ситуація дещо гірша за контрольну. Тим цікавішим буде виявити позитивні зміни у членів експериментальної групи після проведення Програми тілесно-орієнтованих практик.

Підсумовуючи другий розділ, можемо зробити такі висновки:

Для емпіричної частини дослідження, висвітленого у другому розділі, було обрано наступні методики дослідження: шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна; шкала депресії А.Т. Бека; методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунге (адаптація Т.І. Балашової).

Вибірка респондентів була поділена на дві групи – експериментальну та контрольну. Результати дослідження у двох групах, проведеного за допомогою зазначених методик, показали майже подібні показники, що можна вважати достатніми стартовими умовами для проведення Програми тілесно-орієнтованих технік та з’ясування її ефективності.

Дослідження, про яке йдеться у розділі, вважається констатуючою частиною, після якого зазвичай проводиться здійснення впливу на експериментальну групу (в нашому випадку – це проведення відповідної Програми), після чого має проводитись підсумкове дослідження для порівняння результатів експериментальної та контрольної груп.

РОЗДІЛ 3.
ЗАСТОСУВАННЯ ТІЛЕСНО-ОРІЄНТОВАНИХ ТЕХНІК В ПОДОЛАННІ СТРЕСУ

3.1. Програма тілесно-орієнтованих технік для подолання стресу людьми, які перебували в зоні підвищеної воєнної небезпеки

На теперішній час маємо різноманітні техніки в царині тілесно-орієнтованих підходів, основа для яких була розглянута у пункті 3.1. До цього розгляду потрапили такі підходи як характерологічний аналіз В. Райха; біодинамічна терапія Р. Штайнера; біоенергетичний аналіз, розроблений А. Лоуеном; «хаммартінг», або «рольфінг», розроблений доктором Ідою Рольф; пластико-когнітивний підхід В. Нікітіна; динамічна медитація та дихальні практики; техніка м’язової релаксації, розробленої Е. Джекобсоном; бодинаміка, розроблена Л. Марчер; ментальна концентрація; звукова медитація.

Як уже зазначалось, основна мета характерологічного аналізу – виявити і розпізнати блокування щодо проходження енергії в тілі та робота над вивільненням відповідних «блоків» через спеціальні техніки тілесної терапії.

Усунення таких патернів напруги пропонувалось автором концепції здійснювати через дихальні вправи, які спрямовані на збільшення насиченості тіла киснем, що сприяє розслабленню м’язів та активації енергетичних процесів; через масаж і тиск на напружені зони, що має допомагати усвідомленню своїх тілесних обмежень і витіснених емоцій; використання техніки звукової терапії, оскільки голос і звуки, які людина видає під час терапії, можуть допомогти вивільнити накопичену енергію.

Центральний інструмент у біодинамічній терапії – робота з диханням, завдяки чому припускається зменшення м’язової напруги, посилення викиду енергії задля досягнення пацієнтом стану глибокого розслаблення.

Один з центральних інструментів у біодинамічній терапії – це робота з диханням, завдяки чому, вдається зменшити м’язову напругу, посилити викид енергії і допомогти пацієнту досягти стану глибокого розслаблення. Важливою складовою терапевтичного процесу є також робота з «грудними хвилями» – природними мікрорухами тіла, які виникають в процесі дихання і відображають внутрішній енергетичний стан людини [3].

Ключовою концепцією біоенергетичного аналізу є принцип заземлення. Відповідні практики заземлення передбачають виконання фізичних вправ, спрямованих на активацію м’язів нижніх частин тіла, особливо ніг і тазу.

Заземлення починається з усвідомленої роботи з ногами, оскільки вони є головним засобом фізичного контакту з землею. Ефективна вправа на заземлення – це «перекочування ваги», коли людина повільно перекочується з носків на п’яти і назад, свідомо відчуваючи кожен рух та його вплив на м’язи ніг [39]. Це дозволяє людині краще відчувати опору, яку дає земля, та розслабляти напружені м’язи. Окрім фізичної стабілізації, принцип заземлення також має важливу емоційну складову. Під час роботи з тілом пацієнти можуть вивільняти емоції, що були пригнічені через фізичні блоки.

Ще одна техніка – «5-4-3-2-1», працює як спосіб відволікти людину від негативних думок і зосередитися на фізичних відчуттях. Спочатку треба назвати 5 речей, які можна побачити навколо себе, це можуть бути предмети, форми або кольори. Важливо не просто дивитися, а концентруватися на деталях кожного предмета. Наступний крок – це назвати 4 речі, які можна відчути через дотик. Людина звертає увагу на текстури або відчуття тіла. Потім зосереджується на 3 звуках, які навколо. Аудіальні відчуття допомагають створити відчуття присутності у поточному моменті та зменшити інтенсивність тривожних думок. Далі треба назвати 2 запахи. Це

можуть бути аромати їжі, парфумів, ефірних олій або навіть запах свіжого повітря. Останнім етапом є фокусування на одному смаковому відчутті. Цей завершальний крок сприяє остаточному поверненню уваги в теперішній момент і допомагає завершити процес заземлення [31].

Техніка заземлення допомагає не тільки звільнитися від затисків, але й відновити відчуття цілісності тіла та розуму. Людина стає більш впевненою, оскільки фізична стабільність створює основу для емоційної та психологічної стійкості.

Наступний метод – «техніка Александера» [34], яка акцентує увагу на постурі, координації тіла та його взаємозв'язку з психічним станом. Автор методу стверджував, що положення голови відносно хребта має вирішальне значення для всього тіла: правильне розміщення голови допомагає досягти рівноваги і природного функціонування всіх систем організму. Якщо ж положення голови порушене, це призводить до перевантаження м'язів, погіршення дихання, а також виникнення напруги, що може викликати фізичний та емоційний дискомфорт [36].

Метод Ф.М. Александера передбачає систематичну роботу над тілом, яка включає навчання пацієнта усвідомлювати свої шкідливі рухові звички та замінювати їх на більш природні та розслаблені. На відміну від багатьох інших тілесно-орієнтованих методик, метод Александера не передбачає інтенсивних фізичних вправ або силових навантажень. Натомість він базується на принципі зменшення зусиль і досягнення природної рівноваги, коли людина з мінімумом м'язової напруги може виконувати будь-які рухи [11]. Пацієнт вчиться спостерігати за своїм тілом і вчасно зупинятися перед виконанням звичної дії, яка може бути шкідливою для його стану. Через це відбувається поступова зміна патернів руху та поведінки, що сприяє гармонізації фізичного тіла і зменшенню стресових реакцій.

Цей метод Александера може бути ефективним інструментом для людей, які прагнуть навчитися краще управляти своїм тілом і знижувати рівень фізичного та емоційного напруження в умовах стресових ситуацій.

Продовжуючи розгляд тілесно-орієнтованих технік, звернемо увагу на метод хаммартінг, або рольфінг. Ця техніка передбачає використання глибокого масажу та мануальної терапії для роботи з фасціями – сполучними тканинами, які оточують м’язи, органи та інші структури тіла [39]. Звільнення фасціальних блоків допомагає відновити нормальний кровообіг, покращити постачання кисню та поживних речовин до тканин, а також забезпечити ефективніше виведення токсинів.

Процес рольфінгу складається з десяти сесій, кожна з яких фокусується на певному аспекті структури тіла. Під час сеансів терапевт не тільки працює з м’язами, але й допомагає клієнту усвідомити свої тілесні відчуття та зв’язок між фізичним і психічним станом [39]. Це дозволяє не лише зменшити фізичний дискомфорт, але й виявити та розпізнати емоційні блоки, які можуть бути пов’язані з тілесними симптомами. Рольфінг діє як потужний інструмент для психоемоційного зцілення, оскільки він дозволяє зосередитися на фізичному аспекті переживань, відкриваючи можливість для терапії як тіла, так і розуму. Цей підхід не тільки сприяє зняттю фізичного дискомфорту, але й допомагає знайти нові способи взаємодії зі своїм тілом та емоціями, що є важливим у процесі відновлення в умовах воєнної небезпеки.

Наступна техніка – динамічна медитація – є інтегративним методом, який поєднує рух, дихання та звукові практики, щоб досягти глибокого стану усвідомленості та емоційного звільнення [20]. Цей процес складається з кількох етапів, які включають енергійні рухи, дихальні вправи, крики та тиху медитацію. Перший етап передбачає інтенсивний рух, що викликає фізичне збудження; це може бути танець, стрибки або інші динамічні рухи, які активізують тіло. На цьому етапі важливо не лише фізично рухатися, але й відчувати, як ці рухи впливають на емоційний стан. У другому етапі відбувається вільне дихання, яке стимулює емоційні реакції і може призвести до вивільнення гніву або сліз. Третій етап включає голосний крик, що допомагає виразити пригнічені почуття, а четвертий етап – це повна тиша, під час якої учасники можуть усвідомити свої переживання. Завершальний

етап зазвичай передбачає спокійні рухи або відпочинок, що дозволяє інтегрувати досвід. Ця послідовність сприяє глибокому самопізнанню і дає можливість учасникам відчути емоції, які раніше могли бути ігнорованими [20].

Дихальні практики важливі саме в регуляції психоемоційного стану. Свідоме дихання покликане зменшити рівень стресу, покращити загальне самопочуття та посилити відчуття зв'язку між тілом і розумом, усвідомлювати фізичні відчуття, виявляти та виражати свої емоції [48]. Однією з найпоширеніших дихальних технік є глибоке діафрагмальне дихання. Процес складається з трьох етапів: вдих через ніс, утримання дихання на кілька секунд, а потім повільний видих через рот. Зосереджуючи увагу на кожному етапі, людина може зменшити тривожність та відчуття хаосу, покращуючи свою здатність справлятися з емоційним навантаженням [3]. Іншою ефективною технікою є дихання з рахунком, відоме як «4-7-8 дихання». Чотири секунди вдиху, сім секунд затримки дихання і вісім секунд видиху. Завдяки такому ритму, відбувається глибоке заспокоєння нервової системи, що допомагає зняти напругу та тривогу [8].

Додатково, можна використовувати техніку дихання «квадратом», яка полягає в тому, що вдих, затримка дихання, видих і знову затримка дихання тривають однакову кількість секунд (наприклад, сім). Ця методика забезпечує ритмічність дихання і сприяє стабілізації емоційного стану [3].

Техніка м'язової релаксації, як уже зазначалося, передбачає поступове напруження та розслаблення різних груп м'язів [2]. Робота починається з того, що людина зосереджується на конкретній групі м'язів, наприклад, м'язах рук, спочатку напружуючи їх на кілька секунд, а потім розслабляючи. Під час цього процесу пацієнт звертає увагу на відчуття напруги та розслаблення, вивчаючи різницю між ними [2].

Першою вправою є напруження м'язів стоп. Пацієнт піднімає пальці ніг, максимально напружуючи м'язи, утримуючи це напруження на 5 секунд, після чого повільно розслабляє. Далі слід переходити до литок: на вдиху

м’язи стиснуті, на видиху – розслаблені. Цей процес повторюється для кожної групи м’язів, рухаючись вгору по тілу, включаючи стегна, живіт, руки, шию та обличчя.

Після кожного етапу важливо зупинитися на декілька секунд, щоб відчути, як тіло реагує на розслаблення. Завершення сеансу зазвичай передбачає загальне розслаблення всього тіла, зосередження на диханні та усвідомлення стану спокою [2].

Однією з ключових вправ з бодинаміки, про яку йшлося у пункті 1.3, є робота з «глибокими м’язами», які відповідають за підтримання постави і балансу. У цій вправі людина стоїть у зручній позі, закриває очі та усвідомлює, як глибокі м’язи активуються під час контролю за положенням тіла. Легке нахиляння вперед і назад, дозволяє м’язам розслабитися і розкритися. Ці м’язи часто стають напруженими у відповідь на стрес або травму, і робота з ними допомагає відновити тілесну гнучкість і стабільність. Інші вправи спрямовані на розвиток «якірних» м’язів, які дозволяють людині відчути зв’язок з опорою і землею, що допомагає стабілізувати емоційний стан і знизити рівень тривожності [4]. Пацієнти можуть також виконувати легкі, але динамічні вправи, такі як повороти тулуба або розтягування з акцентом на глибокі м’язи спини. Ці рухи сприяють розслабленню м’язів і підвищують гнучкість тіла, що, в свою чергу, допомагає зменшити емоційний дискомфорт [4].

Танцювальна терапія може включати різноманітні стилі і техніки, такі як імпровізація, хореографія, а також структуровані рухи [29]. Важливою складовою є взаємодія з іншими учасниками, вони можуть вільно реагувати на музику або на рухи один одного, що сприяє формуванню емоційної зв’язку між ними та дозволяє виявити приховані почуття. Цей процес часто супроводжується обговоренням емоцій, які виникають під час танцю, що лише допомагає усвідомлювати свої переживання та знаходити нові способи їх вираження [29].

Також методами, що передбачають не лише усвідомлення власного тіла, але й активну взаємодію з навколишнім світом, є ментальна концентрація та звукова медитація. Однією з ключових вправ є «фокус на диханні». «Медитація на об'єкті» – учасники обирають простий предмет, наприклад, камінь або свічку, і протягом 5-20 хвилин уважно спостерігають за його формою, кольором та текстурою. Ця практика допомагає розвивати спостережливість, зміцнюючи зв'язок між тілом і свідомістю [8].

Отже, для створення Програми «Тілесно-орієнтовані техніки» необхідно було спиратися на компоненти розглянутих технік, доладно прикладаючи їх до завдань роботи з клієнтами, які потребували певної допомоги у зв'язку з впливом відповідних стрес-факторів. Тобто, тілесно-орієнтовані техніки розглядаються як засіб подолання стресу людьми, які перебували в зоні підвищеної воєнної небезпеки.

Автором розроблено таку Програму, яка спирається на існуючі наразі наукові дослідження, теоретичну базу, емпіричні данні та практичний досвід фахівців та власне авторський.

За допомогою програми тілесно-орієнтованих технік (ТОТ) пропонується допомогти подолати наслідки стресу людям, які перебували в зоні підвищеної воєнної небезпеки; відпрацювати навички самостійного застосування ТОТ.

Періодичність занять та склад груп:

- пропонується проведення 10 занять 2 рази на тиждень. Вівторок та субота. Вівторок з 18.00 до 20.00. субота з 10.00 до 12.00 (всього 5 тижнів);

- склад групи 5-7 учасників;

- тривалість одного заняття – 2 години (120 ± 10 хвилин).

Програма збудована за принципом «від простого до складного». Також кожне наступне заняття спирається на знання та навички, отримані на попередньому. Складається з дихальних, рухових, статичних та кінезіологічних вправ, технік ментальної та тілесної концентрації, візуалізації та музикотерапії. Детальний опис Програми надано у Додатку Г.

Структурна схема програми (10 занять):

1) ознайомче, визначитися;

2) робота з тривожністю та гострим станом;

3) безпека, заземлення;

4) ресурсне;

5) цілісність, налаштування тіла;

6) робота з агресією, страхом, ступором;

7) подолання окремості тіла та психіки, єдине ціле;

8) робота на зростання енергопотенціалу, стресостійкості, резистентності;

9) інтегральне (приклад об'єднання декількох засвоєних технік. Як це працює);

10) підсумкова, релаксаційна (свято; подальша робота).

Заняття складається зазвичай із стандартних структурних одиниць, що постають як етапи його проведення:

- вступний шеренг (стан учасників, очікування від заняття);

- теоретична частина (за необхідності);

- сканування дихання;

- тілесна концентрація;

- практичні вправи;

- сканування дихання;

- завершальний шеренг (звіти учасників щодо свого стану та суб'єктивна оцінка результатів заняття).

Вправи проходять переважно під музичний супровід (Карунеш, Олівер Шанті, Деві Примал, Етно, тощо).

На завершальному занятті підводяться підсумки, за результатами яких учасникам пропонується подальша робота. Для когось може бути достатньо цих 10 занять. Він зможе застосовувати засвоєні техніки самостійно. Для когось буде запропонован формат індивідуальних занять ТОТ. Для когось – інші напрямки терапії.

3.2. Результати впровадження програми та перевірка її ефективності

Ефективність проведення програм навчання, розвитку чи корекції зазвичай перевіряється за допомогою співставлення значущих показників у двох групах – експериментальній, де проводились відповідні заходи, та контрольній, яка не проходила цих заходів. Показники вимірюються на початку дослідження та після впровадження заходів. Зміни у показниках експериментальної групи мають бути суттєвішими, ніж у контрольні групі.

Попередні заміри показників вважаються «констатуючим» етапом емпіричного дослідження; повторні заміри вважаються власне «перевіркою ефективності».

Як уже зазначалось, склад експериментальної групи – 18 учасників, контрольної – 23.

З експериментальною групою було проведено Програму тілесно-орієнтованих технік, в результаті чого було очікування змін у стані тривожності та депресивних ознак у членів цієї групи. Для виявлення змін необхідно порівняти результати проходження обраних для дослідження методик до та після проведення Програми. Розглянемо результати по кожній з методик.

Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна.

Результати по ситуативній тривожності на підсумковому етапі дослідження (ПД) складемо у таблицю (табл. 3.4), навівши там же показники з констатуючого етапу (КД). Для кожної з груп зазначимо кількість респондентів для кожного з «оціночних» інтервалів, а також відведемо окрему колонку під зазначення різниці між результатами відповідних етапів, позначивши її грецькою літерою Δ. Певна річ, різниця буде позитивною при збільшенні кількості респондентів на момент підсумкового дослідження і негативною – при зменшенні.

Бачимо, що в експериментальній групі збільшилась кількість респондентів з низьким рівнем ситуативної тривожності на 5 осіб, з помірним – на дві особи, а з високим – зменшилась на 7 осіб. Ясно й те, що сумарна кількість збільшення й зменшення має дорівнювати 0, оскільки якщо респондент покинув один з оціночних інтервалів, то він перейшов, отже, до іншого. Це треба мати на увазі зокрема й для перевірки розрахунків.

Таблиця 3.4

Результати діагностики рівня ситуативної тривожності в констатуючому (КД) та підсумковому дослідженні (ПД)

Рівень тривожності	Експериментальна група			Контрольна група		
	КД	**ПД**	**Δ**	**КД**	**ПД**	**Δ**
низький	0	5	**+5**	1	1	**0**
помірний	6	8	**+2**	7	6	**-1**
високий	12	5	**-7**	15	16	**+1**

Таким чином, показники ситуативної тривожності достатньо суттєвим чином поліпшились в експериментальній групі. Щодо контрольної групи – слід зазначити, що показники змінились несуттєво.

Аналізуючи результати по особистісній тривожності, складемо аналогічну таблицю (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Результати діагностики рівня особистісної тривожності в констатуючому (КД) та підсумковому дослідженні (ПД)

Рівень тривожності	Експериментальна група			Контрольна група		
	КД	**ПД**	**Δ**	**КД**	**ПД**	**Δ**
низький	1	5	**+4**	1	1	**0**
помірний	4	10	**+6**	11	11	**0**
високий	13	3	**-10**	11	11	**0**

Відзначимо, що у контрольній групі усі респонденти залишились у своїх попередніх оціночних інтервалах, хоча власне показники трохи відрізняються. Стосовно експериментальної групи необхідно зазначити, що зміни в ній достатньо суттєві – так, високого рівня позбулися 10 респондентів з 18. З огляду на те, що це показник саме особистісної тривожності, можна дійти висновку, що у них відбулися позитивні особистісні зрушення, що можна кваліфікувати як свідчення терапевтичного ефекту. Для унаочнення сформуємо діаграми за допомогою засобів Ексель (рис. 3.5).

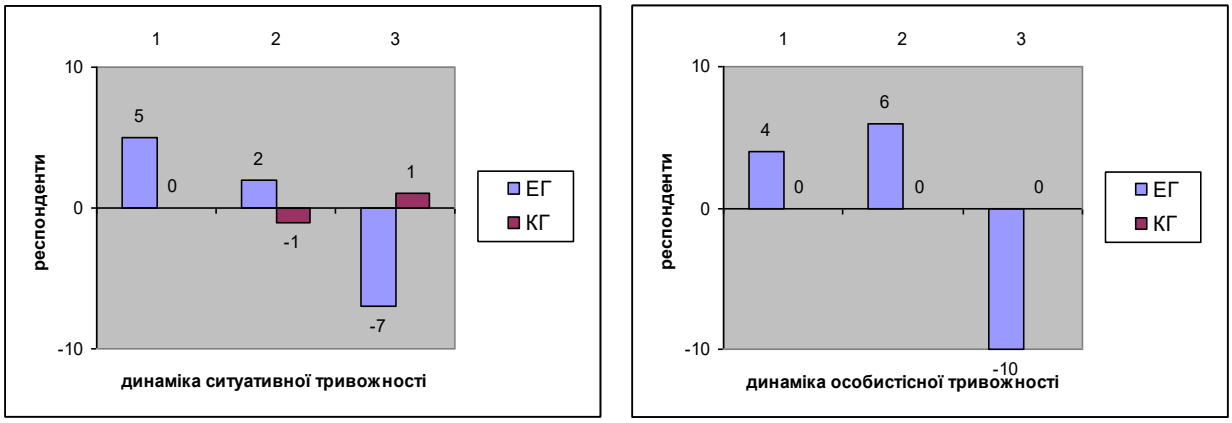


Рис. 3.5 – Динаміка ситуативної та особистісної тривожності в експериментальній та контрольній групах.

На них дані мають формат зміни кількості респондентів на кожному з рівнів тривожності, які позначені відповідно: 1 – низький, 2 – середній, 3 – високий рівень. Отже, на діаграмах видно, що в експериментальній групі респонденти загалом знизили свій рівень як ситуативної, так і особистісної тривожності: стовпчики, що знаходяться над нульовою віссю і показують збільшення – розташовуються там, де низький і середній рівні; щодо високого рівня тривожності – респондентів у цій групі поменшало (для ситуативної – на 7 осіб, для особистісної – аж на 10).

Тож висновок щодо можливих особистісних змін у респондентів експериментальної групи в плані зниження рівня особистісної тривожності, отримав таким чином наочного вигляду. Натомість динаміка у контрольній групі, як бачимо, нульова майже цілковито.

Шкала депресії А.Т. Бека

За результатами підсумкового етапу дослідження отримано показники рівня депресії, котрі наведемо у таблиці (табл. 3.6). Для результатів також наведемо різницю між попереднім та підсумковим етапами – кількість респондентів, яка змінилась для кожного квантифікаційного рівня (позначено у шапці таблиці як Δ).

Таблиця 3.6

Результати діагностики рівня депресії (Шкала А.Т. Бека) в констатуючому (КД) та підсумковому дослідженні (ПД)

Рівень депресії	Експериментальна група			Контрольна група		
	КД	**ПД**	**Δ**	**КД**	**ПД**	**Δ**
0–9: мінімальна	4	6	+2	8	8	**0**
10–18: легка	6	6	0	7	7	**0**
19–29: помірна	4	4	0	5	5	**0**
30–63: важка	4	2	-2	1	1	**0**

Картина, яка постає за отриманими результатами, достатньо наочна: у контрольній групі розподіл респондентів за квантифікацій ними інтервалами не змінився (попри незначні відмінності у показниках кожного з респондентів, що потрапляє у відповідний інтервал). В експериментальній групі на двох респондентів стало більше з мінімальним рівнем депресії, і на два – менше з важкою депресією.

Бачимо, що динаміка не така відчутна по цифрах, як у випадку з тривожністю, але вважаємо це природним, адже депресія – більш серйозний розлад. Тому для порівняння з цими показниками цікавим буде розглянути результати дослідження за наступною методикою щодо депресивних станів.

Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (адаптація Т.І. Балашової) *(Шкала зниженого настрою – субдепресії (ШЗНС).*

Ця методика, як і попередня, містить чотири квантифікаційних рівня (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

Результати діагностики рівня депресивних станів (ШЗНС) в констатуючому (КД) та підсумковому дослідженні (ПД)

Рівень депресії	Експериментальна група			Контрольна група		
	КД	**ПД**	**Δ**	**КД**	**ПД**	**Δ**
діапазон 1: $x \leq 50$	7	16	+9	16	11	**-5**
діапазон 2: $50 < x < 60$	7	2	-5	5	9	**+4**
діапазон 3: $60 \leq x \leq 70$	2	0	-2	0	1	**+1**
діапазон 4: $x > 70$ балів	2	0	-2	2	2	**0**

Як бачимо, ця методика дає більш диференційовану картину змін в обох групах. Для більшого унаочнення отриманої картини створимо діаграму (рис. 3.6) засобами Ексель таким самим чином, як і для першої методики – проілюструємо зміни у кількості респондентів на кожному з квантиціфкаційних рівнів (в обох групах – експериментальній і контрольній).

Рівні позначені в діаграмі відповідно: 1 – відсутність зниженого настрою; 2 – незначне, але чітко виражене зниження настрою; 3 – значне зниження настрою; 4 – глибоке зниження настрою (субдепресія або депресія).

За такої візуалізації результатів стає також видно, що, наприклад, у експериментальній групі з тих 9 респондентів, у кого рівень змінився на перший, п’ятеро мали до того другий рівень, а по двоє – 3 і 4 рівні. Тобто, динаміка у цій групі полягає в тому, що зниженого настрою позбулись ті, в кого він був виражений більш-менш відчутно.

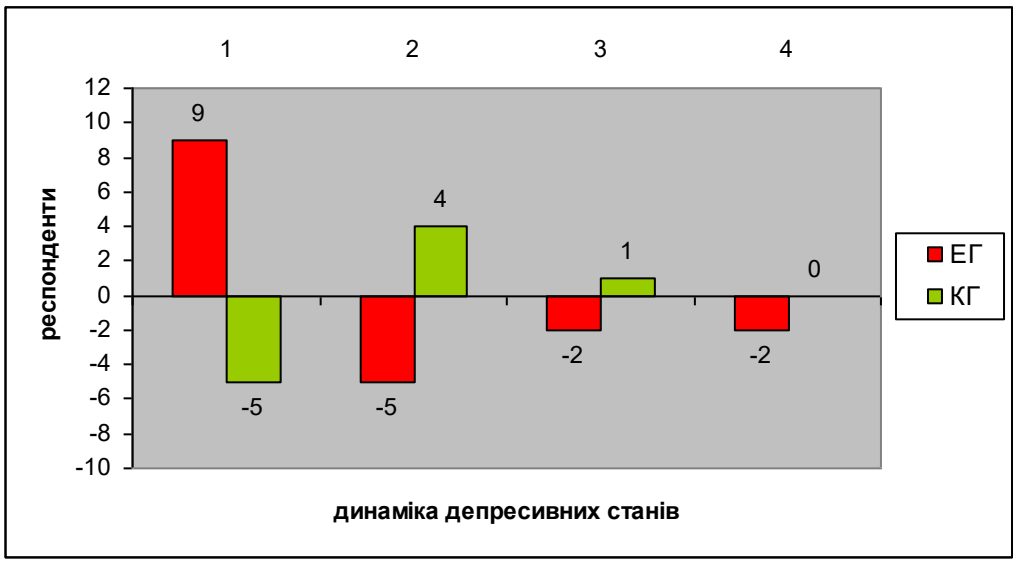


Рис. 3.6 – Динаміка депресивних станів у експериментальній та контрольній групах

У контрольній групі бачимо навпаки – відсутність зниженого настрою «зникла» у п’яти респондентів, котрі набули, відповідно, незначного (четверо осіб) і значного (одна особа) зниженого настрою. Це може пояснятися тим, що вплив деструктивних чинників «воєнної небезпеки», про який ішлося у першому розділі, реально дається взнаки.

В цілому підсумковий етап дослідження достатньо переконливо показав ефективність проведення Програми тілесно орієнтованих технік у зниженні тривожності та депресивних станів, причому на рівні, який можна вважати терапевтичним, оскільки в експериментальній групі знизилась саме особистісна тривожність і суттєво знизились показники депресивних станів; а двоє респондентів, як свідчать результати повторної діагностики, позбулись важкої депресії.

Підсумовуючи третій розділ, можемо зробити такі висновки:

Програма тілесно-орієнтованих технік, створена для проведення з людьми, котрі зазнають воєнної небезпеки, базується на положеннях дослідників та фахівців, розглянутих у першому розділі. Для перевірки її ефективності здійснено дослідження за допомогою методик, окреслених у підрозділі 2.1 – відповідні значущі характеристики виявлялись на

попередньому етапі в контрольній та експериментальній групах, і на підсумковому етапі – після проведення Програми з учасниками експериментальної групи.

Результати свідчать про ефективність Програми – в експериментальній групі показники змінились суттєво, в контрольній – майже не змінились. Тож можна вважати ефективність запропонованої Програми доведеною.

ВИСНОВКИ

В роботі розглянуто явище стресу та його вплив на людей в умовах підвищеної воєнної небезпеки, а також розроблено комплексний захід як засіб подолання такого стресу у формі Програми тілесно-орієнтованих практик.

В процесі виконання дослідження для досягнення його мети були поставлені задачі та здійснено їх виконання.

Зокрема, при проведенні теоретико-методологічного аналізу літератури з питань дослідження впливу стресу на фізичне та ментальне здоров'я людини було обрано визначення для стресу в такій редакції: «стрес – це фізіологічна та психологічна реакція тіла на зовнішні або внутрішні фактори, які потребують змін».

Сукупність стрес-факторів розглянуто як узагальнене поняття «воєнна небезпека» – це комплексний стан, який характеризується можливістю фізичного насильства, руйнувань та загибелі людей, з існуванням реальної або потенційної загрози застосування військової сили проти держави, суспільства або індивіда.

Також показано підвищену актуальність щодо запиту на психологічну допомогу в умовах такої небезпеки; при цьому визнано за доцільне вдатися до тілесно-орієнтованих практик, ефективність яких припускається достатньою в зазначених умовах. Здійснено огляд існуючих теоретичних орієнтирів для таких практик, окреслено низку принципів, методів та технік, запропонованих різними фахівцями, для побудови власної Програми тілесно-орієнтованих практик.

Наступною задачею стало виділення адекватних індикаторів для констатації стресу і обрання відповідних діагностичних методик.

Для емпіричної частини дослідження, висвітленого у другому розділі, було обрано наступні методики дослідження: шкала оцінки рівня реактивної

(ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна; шкала депресії А.Т. Бека; методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунге (адаптація Т.І. Балашової).

Вибірка респондентів була поділена на дві групи – експериментальну та контрольну. Результати дослідження у двох групах, проведеного за допомогою зазначених методик, показали майже подібні показники, що стало достатніми початковими умовами для проведення програми тілесно-орієнтованих технік та з'ясування її ефективності.

Наступною задачею стало проведення власне програми тілесно-орієнтованих практик та наступна діагностика показників у контрольній та експериментальній групах за тими ж методиками з метою перевірки ефективності цієї програми. Аналіз результатів підсумкового етапу дослідження дають підстави вважати, що Програма здійснила достатній вплив на тривожність та депресивні стани в експериментальній групі (відбулося зниження цих показників), в той час як у контрольній показники не змінилися, а деякі навіть підвищились.

Таким чином, можна вважати напрацьовану програму ефективною для подолання стресу в умовах воєнної небезпеки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.

2. Андрушко Я. С. Психокорекція : навч.-метод. посібник. Львів : ЛьвДУВС, 2017. 212 с.

3. Бардин Н. М., Жидецький Ю. Ц., Кіржецький Ю. І. та ін. Стресостійкість : навчальний посібник / за ред. Я. М. Когута. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2021. 204 с.

4. Бєсєда В. Можливості бодинаміки Лізбет Марчер в діагностиці та корекції фізичного розвитку дітей із порушеннями психомоторики. *Актуальні питання гуманітарних наук*. Вип. 41, т. 1, 2021. С. 181–189.

5. Бобро Н. В. Соціально-психологічні особливості ментальної складової сучасної гібридної війни проти України. *Вісник ХНУВС*. 2024. № 2(105). С. 196–208.

6. Булах В. П. Стрес та його вплив на організм людини. Тернопіль : ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», 2014. 15 с.

7. Гопкало Ю. Застосування тілесно-орієнтованої психотерапії як одного з методів у роботі з дітьми та сім’ями, що пережили травмуючі події. 2020. С. 54–67.

8. Дихальні техніки для зняття напруги і тривоги. *Поради психолога*. 2021. 3 с.

9. Живцова Г. А. Тілесно-орієнтована терапія в роботі з тривожністю. 2020. 6 с.

10. Інноваційні технології розвитку психологічних ресурсів особистості: колективна монографія / відп. ред. Н. І. Тавровецька. Херсон : Вид-во ФОП Вишемирський В. С., 2019. 354 с.

11. Козак Г. А., Магдисюк Л.І. Методичні рекомендації до курсу «Психологія тілесності» (практичні і лабораторні заняття). Луцьк. 2023. 39 с.

12. Кондратюк С. М. Психологічні особливості переживання стресу в умовах війни. *Габітус*. 2023. Вип. 56. С. 159–163.

13. Макарова О.П., Червоний П.Д. Сутність стресу та його вплив на організм людини в екстремальних умовах. *Габітус. Науковий журнал з соціології та психології*. 2023. Вип. 46. С. 222–226.

14. Макієнко Н., Гершанов О. Шлях до зцілення: основи роботи з наслідками травматичних подій. 2022. 72 с.

15. Методика «Диференціальна діагностика депресивних станів». Stud.com.ua. URL: https://stud.com.ua/124956/psihologiya/metodika_diferentsialna_diagnostika_depresivnih_staniv

16. Мушкевич М. І. Чагарна С. Є. Основи психотерапії : навч. посіб / за ред. М. І. Мушкевич. Вид. 3-тє. Луцьк : Вежа-Друк, 2017. 420 с.

17. Наугольник Л. Б. Психологія стресу : підруч. Львів : Львівський держ. ун-т внутрішніх справ, 2015. 324 с.

18. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати? : довідник для широкого кола фахівців / заг. ред. К. Возніцина, Л. Литвиненко. 2-ге вид., допов. Київ, 2023. 164 с.

19. Огороднійчук А.С. Здатність до саморегуляції у студентів з різним рівнем прояву депресивних станів. Національний авіаційний університет. Київ. 2022.

20. Омельяненко В. І. Динамічна медитація в спортивних танцях. 2013. С. 46–50.

21. Освіта і наука - 2024 : зб. наук. пр. учасників звітно-наук. конф. студентів та аспірантів Факультету психології Українського держ. ун-ту ім. Михайла Драгоманова (9-11 квітня 2024 року, м. Київ) / редкол.:

Л.М. Вольнова. Київ, 2024. 293 с. URL: https://enpuir.npu.edu.ua/handle/123456789/45185?locale-attribute=en

22. Панок В. Г. Психологічні дослідження в умовах війни: проблеми і завдання. *Вісник НАПН України*. 2023. 5(1). 12 с.

23. Пасько О. М., Нікітенко Р. П. Психологічне дослідження фізіологічного стану стресу українців в умовах воєнного часу. *Південноукраїнський правничий часопис*. 2023. С. 295–300.

24. Предко В. В., Сомова О. О. Вплив війни на зміну рівня стресу та стратегії збереження життєстійкості українців. *Журнал "Психологія і суспільство"*. 2022. Том 33 (72). № 4. С. 89–98.

25. Простір арт-терапії : зб. наук. пр. Вип. 1 (31) / редкол.: П. В. Лушин, М. Б. Перун та ін. 2022. 104 с.

26. Психічне здоров'я та ставлення українців до психологічної допомоги під час війни : аналіт. Звіт. *Gradus Research*. 2024. 48 р.

27. Психічні розлади воєнного часу : монографія / рец.: Г.Я. Пілягіна, О.С. Осуховська, М.В. Маркова. Київ : Видавничий дім Медкнига, 2023. 232 с.

28. Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб. / уклад. О.Ю. Овчаренко. Київ : Університет «Україна», 2023. 266 с.

29. Рева Я. Танцювальна терапія як інноваційна технологія особистісного розвитку. *Актуальні питання гуманітарних наук*. Вип. 47, т. 3, 2022. С. 30–34.

30. Сафронов А. Фізіологія, психосоматика, біоенергетика. Харків, 2008. 446 с.

31. Скнар О. Тілесні практики емоційної саморегуляції як інструмент психологічної самодопомоги при стресі, 2020. 10 с.

32. Соціальна адаптація особистості в сучасному суспільстві із циклу. *Психологічні складові сталого розвитку суспільства* : матеріали X Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. (27 листопада — 02 грудня 2023 р.) / за заг. ред. Я. О. Гошовського та ін. Луцьк : ПП Іванюк В. П., 2023. 244 с.

33. Степаненко В., Злобіна О., Головаха Є., Дембіцький С., Найдьонова Л. Стрес, спричинений війною, та ресурси соціально-психологічної стійкості: огляд теоретичних концептуалізацій. 2023. 39 с.

34. Техніка Фредеріка Матіаса Александера - відкриття, перевірене часом. *«Валеологія». Всеукраїнська газета*. URL: http://valeolog.com/MNEWS/0454seq.htm

35. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія / З.Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос [та ін.] ; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2020. – 178 с.

36. Тілесно-орієнтовані методи в психологічній реабілітації та психокорекції. Викладається в межах ОП другого (магістерського) рівня вищої освіти для здобувачів за спеціальністю 053 Психологія. Львів, 2020. 28 с.

37. Тюріна В. О., Солохіна Л. О. Вплив військових конфліктів на психічне здоров'я людини: короткий огляд зарубіжних досліджень // Особистість, Суспільство, Війна. – Харків, 2022. – с. 116-121

38. Філософсько-соціологічні та психолого-педагогічні проблеми підготовки особистості до виконання завдань в особливих умовах : зб. матеріалів наук.-практ. конф. (м. Київ, 23 листопада 2023 р.). / Редкол.: Грилюк С. М., Підопригора І. І.Київ : НУОУ, 2023. 363 с.

39. Хлівна О.М. Психологія тілесності : навч.-метод. посіб. / Олександра Миколаївна Хлівна, Людмила Іванівна Магдисюк. Луцьк : Вежа-Друк, 2022. 192 с.

40. Хмелєвський А.Г. Підходи до вибору методики діагностики депресивних станів. *Психологія. Науковий журнал*. URL: http://medpsyhology.pp.ua/pidhody-do-diagnostyky-depresii

41. Шкала депресії Бека. *ДепресІЯ*. mozok.ua. URL: https://mozok.ua/depressiya/testy/item/2701-shkala-depres-beka

42. Шкала депресії Бека. Психічне здоров'я. URL: https://psychoanalyze.kiev.ua/uncategorized/shkala-depressii-beka/

43. Шкала депресії Аарона Бека. *Простір психологів*. URL: https://psyhology.space/psypedia-post/shkala-depresiyi-aarona-beka/

44. Шкала тривоги Спілбергера (STAI). *ДепресІЯ*. mozok.ua. URL: https://mozok.ua/depressiya/testy/item/2703-shkala-trevogi-spilbergera-STAI

45. Шубіна Г. Психологи назвали основні методики діагностики тривоги. *HUBZ Inform*. URL: https://hubz.ua/ekspertna-dumka/psyhology-nazvaly-osnovni-metodyky-diagnostyky-tryvogy/

46. American Psychological Association. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. A Pilot Study of Body-Oriented Group Psychotherapy. *Adapting Sensorimotor Psychotherapy for the Group Treatment of Trauma*. 2012, Vol. 4, No. 2, 214–220.

47. Babitha B. S., Joshi A., Narayanan A., Choudhary A., Singh S., Lohia V. A Study On Effects Of Stress On Mental Well Being Of The People. Bangalore : Jain University, Center for Management Studies, 2023. 5 p.

48. Belokurova M., Colman H. Body-Oriented Insight-Therapy. *Method's Advantages and Major Strengths*. P. 106–120.

49. Dzis M. O., Suvalo O. B. The impact of hybrid warfare on mental health: a psychological and physiological perspective. Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Ukrainian Catholic University. 2021. 18 c.

50. Karlsson L. Stress From a Biological, Social, and Psychological Perspective. Bachelor Degree Project in Cognitive Neuroscience. 2018. 43 p.

51. Kuznetsova I., Mikheieva O., Catling J., Round J., Babenko S. The mental health of internally displaced people and the general population in Ukraine. January 2019. 24 c.

52. Milligan L. Stress and our mental health – what is the impact & how can we tackle it? Scotland : MQ Mental Health, 2020. 310 p.

53. Piankivska, L. V. Social support of the individual in war conditions: Ukrainian and international experience. *Scientific Bulletin of Mukachevo State University. Series "Pedagogy and Psychology*". 2022. 8(2). P. 76–84.

54. Rakhman L. V., Plevachuk O. Yu. An anxiety as a response to distress and as a symptom of stress disorders in wartime. *Wiadomości Lekarskie*. 2022. Vol. 75, Iss. 8, Part 1. P. 1882–1887.

55. Zafar M. S., Nauman M., Nauman H., Nauman S., Kabir A., Shahid Z., Fatima A., Batool M. Impact of Stress on Human Body: A Review. 2021. 7 p.

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна

Методика є інформативним способом самооцінки рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність, як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Розроблена Ч.Д. Спілбергером і адаптована Ю.Л. Ханіним.

А. Шкала самооцінки реактивної тривожності

Інструкція: "Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, *як Ви себе почуваєте в даний момент.* Над твердженнями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає".

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Цілком вірно
1.	Я спокійний	1	2	3	4
2.	Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3.	Я знаходжуся в стані напруги	1	2	3	4
4.	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5.	Я почуваю себе вільно	1	2	3	4
6.	Я засмучений	1	2	3	4
7.	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8.	Я відчуваю себе відпочилим	1	2	3	4
9.	Я собою не вдоволений	1	2	3	4
10.	Я відчуваю внутрішнє задоволення	1	2	3	4
11.	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12.	Я нервую	1	2	3	4
13.	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14.	Я напружений	1	2	3	4
15.	Я не почуваю скутості, напруженості	1	2	3	4
16.	Я задоволений	1	2	3	4
17.	Я занепокоєний	1	2	3	4
18.	Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19.	Мені радісно	1	2	3	4
20.	Мені приємно	1	2	3	4

Б. Шкала самооцінки особистісної тривожності

Інструкція: “Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, *як Ви себе почуваєте звичайно.* Над твердженнями довго не замислюйтеся, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає”.

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Цілком вірно
21.	Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
22.	Я дуже швидко втомлююся	1	2	3	4
23.	Я легко можу заплакати	1	2	3	4
24.	Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші	1	2	3	4
25.	Я програю від того, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
26.	Звичайно я почуваю себе бадьорим	1	2	3	4
27.	Я спокійний, холоднокровний і зібраний	1	2	3	4
28.	Очікувані труднощі звичайно дуже тривожать мене	1	2	3	4
29.	Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
30.	Я цілком щасливий	1	2	3	4
31.	Я приймаю все занадто близько до серця	1	2	3	4
32.	Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
33.	Звичайно я почуваю себе в безпеці	1	2	3	4
34.	Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
35.	У мене буває хандра	1	2	3	4
36.	Я задоволений	1	2	3	4
37.	Усякі дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
38.	Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути	1	2	3	4
39.	Я врівноважена людина	1	2	3	4
40.	Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

Додаток Б

Шкала депресії А.Т. Бека

Методика дозволяє виявити наявність депресії та ступінь тяжкості депресивних розладів.

Інструкція: “Прочитайте кожне твердження, розміщене протии порядкових цифр, і виберіть те, яке найбільш точно визначає Ваше самопочуття в даний момент. В рамках пронумерованих позицій можна вибрати декілька тверджень. Отже, спочатку ознайомтеся зі всіма буквеними пунктами розділу, а потім вирішіть, що вірно по відношенню до Вас”.

Бланк опитувальника

№ з/п	Варіанти відповідей			
	а	б	в	Г
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

Текст опитувальника

1. а) Я почуваю себе добре.

б) Мені погано.

в) Мені весь час сумно, і я нічого не можу з собою поробити.

г) Мені так скучно і сумно, що я не в силах більше терпіти.

2. а) Майбутнє не лякає мене.

б) Я боюся майбутнього.

в) Мене ніщо не радує.

г) Моє майбутнє безпросвітно.

3. а) В житті мені переважно щастило.

б) Невдач і провалів було у мене більше, ніж у кого-небудь іншого.

в) Я нічого не добився в житті.

г) Я потерпів повне фіаско – як батько, партнер, дитина, на професійному рівні – словом, усюди.

4. а) Не можу сказати, що я незадоволений.

б) Як правило, я скучаю.

в) Що б я ні робив, ніщо мене не радує, я як заведена машина.

г) Мене не задовольняє абсолютно все.

5. а) У мене немає відчуття, ніби я когось образив.

б) Може, я і образив когось, сам того не бажаючи, але мені про це нічого не відомо.

в) У мене таке відчуття, ніби я всім приношу тільки нещастя.

г) Я погана людина, дуже часто я кривдив інших людей.

6. а) Я задоволений собою.

б) Іноді я відчуваю себе нестерпним.

в) Іноді я відчуваю комплекс неповноцінності.

г) Я абсолютно нікчемна людина.

7. а) У мене не складається враження, ніби я вчинив щось таке, що заслуговує покарання:

б) Я відчуваю, що покараний або буду покараний за щось таке, де став винуватим.

в) Я знаю, що заслуговую покарання.

г) Я хочу, щоб життя мене покарало.

8. а) Я ніколи не розчаровувався в собі.

б) Я багато разів відчував розчарування в самому собі.

в) Я не люблю себе.

г) Я себе ненавиджу.

9. а) Я нічим не гірший за інших.

б) Деколи я припускаюся помилки.

в) Просто жахливо, як мені не щастить.

г) Я сію навколо себе одні нещастя.

10.а) Я люблю себе і не ображаю себе.

б) Іноді я відчуваю бажання зробити рішучий крок, але не наважуюся.

в) Було краще б зовсім не жити.

г) Я подумую про те, щоб покінчити життя самогубством.

11.а) У мене немає причин плакати.

б) Буває, що я і поплачу.

в) Я плачу тепер постійно, так що не можу виплакатися.

г) Раніше я плакав, а зараз якось не виходить, навіть коли хочеться.

12.а) Я спокійний.

б) Я легко дратуюсь.

в) Я знаходжуся в постійній напрузі, як готовий вибухнути паровий котел.

г) Мені тепер все байдуже; те, що раніше дратувало мене, зараз ніби мене і не стосується.

13.а) Прийняття рішення не доставляє мені особливих проблем.

б) Іноді я відкладаю рішення на потім.

в) Приймати рішення для мене проблематично.

г) Я взагалі ніколи нічого не вирішую.

14.а) Мені не здається, ніби я виглядаю погано або гірше, ніж раніше.

б) Мене хвилює, що я не дуже добре виглядаю.

в) Справи йдуть дедалі гірше, - я виглядаю погано.

г) Я бридкий, у мене просто відштовхуюча зовнішність.

15.а) Вчинити вчинок – для мене не проблема.

б) Мені доводиться змушувати себе, щоб зробити який-небудь важливий в житті крок.

в) Щоб зважитися на що-небудь, я повинен дуже багато попрацювати над собою.

г) Я взагалі не здатний що-небудь реалізувати.

16.а) Я сплю спокійно і добре висипаюся.

б) Вранці я прокидаюся більш стомленим, ніж був до того, як заснув.

в) Я прокидаюся рано і відчуваю себе так, нібито не виспався.

г) Іноді я страждаю на безсоння, іноді прокидаюся по декілька разів за ніч, в цілому я сплю не більше п’яти годин на добу.

17.а) У мене збереглася колишня працездатність.

б) Я швидко втомлююся.

в) Я відчуваю себе стомленим, навіть якщо майже нічого не роблю.

г) Я настільки втомився, що нічого не можу робити.

18.а) Апетит у мене такий же, яким він був завжди.

б) У мене пропав апетит.

в) Апетит у мене набагато гірше, ніж раніше.

г) У мене взагалі немає апетиту.

19.а) Бувати на людях для мене так само приємно, як і раніше.

б) Мені доводиться примушувати себе зустрічатися з людьми.

в) У мене немає ніякого бажання бувати в суспільстві.

г) Я ніде не буваю, люди не цікавлять мене, мене взагалі не хвилює ніщо стороннє.

20.а) Мої еротико-сексуальні інтереси збереглися на колишньому рівні.

б) Секс вже не цікавить мене так, як раніше.

в) Зараз я міг би спокійно обходитися без сексу.

г) Секс взагалі не цікавить мене, я абсолютно втратив до нього потяг.

21.а) Я відчуваю себе цілком здоровим і піклуюся про своє здоров’я так само, як і раніше.

б) У мене постійно щось болить.

в) Із здоров’ям справи серйозні, я весь час про це думаю.

г) Моє фізичне самопочуття жахливе, болячки просто вимотують мене.

Обробка результатів

За відповіді нараховується: “а” - 0 балів,
“б” – 1 бал,
“в” – 3 бали,
“г” – 4 бали.

Підраховується загальна сума набраних балів (в тому випадку, якщо в окремих позиціях респондент обирає не одне, а декілька тверджень, рахують їх теж).

Інтерпретація результатів

Ступінь депресії:

- 0–9: вказує на мінімальну депресію
- 10–18: вказує на легку депресію
- 19–29: вказує на помірну депресію
- 30–63: вказує на важку депресію.

Додаток В

Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (адаптація Т.І. Балашової) *(Шкала зниженого настрою - субдепресії (ШЗНС)*

Опитувальник розроблений для диференціальної діагностики депресивних станів і станів, близьких до депресії (ступінь вираженості зниженого настрою – субдепресії).

Інструкція: “Прочитайте уважно кожне з наведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як ви себе почуваєте останнім часом. Над твердженнями довго не замислюйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає. Варіанти відповіді:

- ніколи або інколи;
- іноді;
- часто;
- майже завжди або постійно.

Час заповнення – 20 хвилин”.

№	Твердження	Ніколи або інколи	Іноді	Часто	Майже завжди або постійно
1.	Я відчуваю пригніченість, тугу.	1	2	3	4
2.	Вранці я відчуваю себе найкраще.	1	2	3	4
3.	У мене бувають періоди, коли я плачу, або на очі навертаються сльози.	1	2	3	4
4.	У мене поганий нічний сон.	1	2	3	4
5.	Апетит у мене не гірше звичайного.	1	2	3	4
6.	Мені приємно дивитись на привабливих жінок/чоловіків, спілкуватися з ними, знаходитись поруч.	1	2	3	4
7.	Я помічаю, що втрачаю вагу.	1	2	3	4
8.	Мене турбують закрепи.	1	2	3	4
9.	Серце б’ється швидше, ніж зазвичай.	1	2	3	4
10.	Я втомлююся без будь-яких причин	1	2	3	4
11.	Я мислю так само ясно, як завжди.	1	2	3	4
12.	Мені легко виконувати те, що я вмію.	1	2	3	4
13.	Відчуваю неспокій і не можу всидіти на місці.	1	2	3	4
14.	У мене є надії на майбутнє.	1	2	3	4
15.	Я більш дратівливий, ніж раніше.	1	2	3	4
16.	Мені легко приймати рішення.	1	2	3	4
17.	Я відчуваю, що корисний і потрібний людям.	1	2	3	4
18.	Я живу досить повним життям.	1	2	3	4
19.	Я відчуваю, що іншим людям стане краще, якщо я помру.	1	2	3	4
20.	Я і досі радію від того, від чого радів завжди.	1	2	3	4

Обробка та інтерпретація результатів

Сирі бали, набрані респондентом за “прямими” і “зворотними” відповідями, підсумовуються, і отримана таким чином “сира” оцінка переводиться в шкальну *О′* за формулою:

$$O' = \frac{\Sigma пр + \Sigma зв}{80} \times 100$$

де Σпр. – сума закреслених цифр до *прямих* тверджень (номери: 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19);

Σзв. – сума закреслених цифр до *зворотних* тверджень (номери: 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20).

Наприклад: у твердження номер 2 закреслена цифра 1 – ми ставимо в суму 4 бали; у твердження номер 5 закреслено відповідь 2 – ми ставимо в суму 3 бали; у твердження номер 6 закреслено відповідь 3 – ставимо в суму 2 бали; у твердження номер 11 закреслено відповідь 4 – ставимо в суму 1 бал і т. д.

Таблиця оцінки прямих і зворотних тверджень

Твердження	Оцінка тверджень (бали)			
	1	2	3	4
Прямі: 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19	1	2	3	4
Зворотні: 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20	4	3	2	1

Нормативні дані, отримані на 200 здорових респондентах, вказують, що середня величина індексу зниження настрою дорівнює 40,25 ± 5,99 бала. Весь обсяг шкальних оцінок поділяється на чотири діапазони:

діапазон 1 – нижче 50 балів – особи, які не мають в момент дослідження зниженого настрою,

діапазон 2 – від 51 до 59 балів – незначне, але чітко виражене зниження настрою,

діапазон 3 – від 60 до 69 балів – значне зниження настрою,

діапазон 4 – вище 70 балів – глибоке зниження настрою (субдепресія або депресія).

Таким чином, результати кожного респондента відповідають одному з чотирьох діапазонів зниження настрою.

Додаток Г

Групи учасників емпіричного дослідження

Таблиця Г.1

Експериментальна група

№	Вік	Стать	ВПО	Місто проживання до 24.02.22
1	57	Ж	Ні	Запоріжжя
2	40	Ж	Ні	Запоріжжя
3	39	Ч	Ні	Запоріжжя
4	40	Ж	Ні	Запорожье
5	46	Ж	Так	Пологи
6	52	Ж	Так	Дніпрорудне
7	47	Ж	Ні	Запоріжжя
8	60	Ж	Ні	Запоріжжя
9	47	Ж	Ні	Запоріжжя
10	48	Ж	Ні	Запоріжжя
11	31	Ж	Ні	Запоріжжя
12	55	Ж	Ні	Запоріжжя
13	36	Ж	Ні	Запоріжжя
14	56	Ж	Ні	Запоріжжя
15	47	Ч	Ні	Запоріжжя
16	44	Ч	Ні	Запрріжжя
17	53	Ж	Ні	Запоріжжя
18	52	Ж	Так	Степногірськ

Таблиця Г.2

Контрольна група

№	Вік	Стать	ВПО	Місто проживання до 24.02.22
1	34	Ж	Ні	Запоріжжя
2	53	Ж	Ні	Запоріжжя
3	30	Ж	Ні	Балабине
4	33	Ж	Ні	Запоріжжя
5	31	Ж	Ні	Запоріжжя
6	37	Ж	Так	Запоріжжя
7	35	Ж	Ні	Запоріжжя
8	34	Ж	Ні	Запоріжжя
9	42	Ж	Ні	Запоріжжя
10	40	Ч	Ні	Запоріжжя
11	51	Ч	Ні	Запоріжжя
12	53	Ж	Ні	Запоріжжя
13	60	Ж	Ні	Запоріжжя
14	57	Ж	Ні	Запоріжжя
15	43	Ж	Ні	Запоріжжя
16	45	Ж	Ні	Запоріжжя
17	49	Ж	Ні	Запоріжжя
18	54	Ж	Так	Запоріжжя
19	54	Ч	Ні	Запоріжжя
20	36	Ж	Ні	Запоріжжя
21	54	Ж	Ні	Запоріжжя
22	40	Ж	Ні	Запоріжжя
23	30	Ж	Ні	Запоріжжя

Додаток Д

Програма «Тілесно-орієнтовані техніки»

Сьогодні я пропоную до вашої уваги програму «Тілесно-орієнтовані техніки», яку розробив, спираючись на існуючі на даний час наукові дослідження, теоретичну базу, емпіричні данні та практичний досвід фахівців та особисто мій.

Тема:

Тілесно-орієнтовані техніки як засіб подолання стресу людьми, які перебували в зоні підвищеної воєнної небезпеки.

Мета:

За допомогою програми тілесно-орієнтованих технік (ТОТ) допомогти подолати наслідки стресу людьми, які перебували в зоні підвищеної воєнної небезпеки. Відпрацювати навички самостійного застосування ТОТ.

Періодичність та склад:

10 занять 2 рази на тиждень.

Всього 5 тижнів.

Склад групи 7-10 учасників.

Тривалість одного заняття – 2 години (120 ± 10 хвилин).

Програма збудована по принципу «від простого до складного». Також кожне наступне заняття спирається на знання та навички, отримані на попередньому.

Складається з дихальних, рухових, статичних та кінезіологічних вправ, технік ментальної та тілесної концентрації, візуалізації та музикотерапії.

Структурна схема програми (10 занять):

1) ознайомче, визначитися;
2) робота з тривожністю та гострим станом;
3) безпека, заземлення;
4) ресурсне;
5) цілісність, налаштування тіла;
6) робота з агресією, страхом, ступором;
7) подолання окремості тіла та психіки, єдине ціле;
8) робота на зростання енергопотенціалу, стресостійкості, резистентності;
9) інтегральне (Приклад об’єднання декількох засвоєних технік. Як це працює);
10) підсумкова, релаксаційна. Свято. Подальша робота.

Інформація для учасників.

Як підготуватися до заняття та що брати:

Бути одягненими в зручний одяг, який не заважає рухатися, не стискує дихання.

Змінне легке взуття (мокасини, кеди тощо)

Каримат.

Легкий плед.

Маленька подушка.

Робиться повідомлення в закритій тематичній групі Телеграм.

Не приймати важку їжу пізніше, ніж за 2 години. Допускається легкий перекус.

Заняття №1.

Діафрагмальне дихання. Ознайомче.

Цілі: Познайомитися з учасниками групи. Інформування про програму. Знайомство з технікою діафрагмального дихання (ДД).

Музичний супровід – спеціально підібрані релаксаційні, медитативні та динамічні композиції довжиною від 4 до 8 хвилин кожна (Карунеш, Олівер Шанті, Деві Примал, Етно, тощо).

1) Шерінг (до 60 хв).

Знайомство. Представитися самому.

Запропонувати, щоб кожен розповів коротко (до 5хв) про себе. Як звертатися? З яким запитом та яким очікуванням прийшов?

Розповісти про програму:

Цілі, склад, графік.

Підкреслити, що сьогодні ознайомче заняття. Але вже будуть перші вправи.

Назвати вартість програми та можливі знижки. Спосіб оплати.

Дати можливість поставити питання. Відповісти.

2) Теоретична частина (до 20хв.)

Діафрагмальне дихання (ДД) як засіб подолання наслідків хронічного стресу.

Провести тест на визначення типу дихання у кожного учасника.

Зафіксувати результат.

Коротко про фізіологію дихання, про типи реакції на стрес, та як вони впливають на тип дихання. Розповісти про ДД та його вплив на психоемоційний стан. Показати техніку ДД.

3) Практика 1 (4-5хв).

Провести пробний сеанс ДД. Прослідкувати техніку виконання у кожного. Корегувати при потребі.

4) Практика 2 (7-8 хв.).

Визначення індивідуального комфортного темпу ДД для кожного учасника. Рахувати довжину вдиху та видиху. Зафіксувати.

Запропонувати бажаючим назвати свій комфортний темп, дати зворотній зв’язок.

5) Практика 3 (4-5 хв.)

ДД в визначеному комфортному темпі.

6) Завершальний шерінг (до 15 хв):

Опитування про самопочуття та стан після заняття. Запропонувати поділитися враженнями, побажаннями.

Дати рекомендації, що та як виконувати до наступної зустрічі:

- назвати дату та час наступного заняття.
- попросити визначитися про подальшу участь в програмі не пізніше четверга цього тижня.

Заняття №2.

Релаксація. Робота з гострим стресом.

Цілі: Ознайомлення та засвоєння технік релаксації та швидкої допомоги при гострому стресі.

Музичний супровід – спеціально підібрані релаксаційні, медитативні та динамічні композиції довжиною від 4 до 8 хвилин кожна (Карунеш, Олівер Шанті, Деві Примал, Етно, тощо).

1) Шерінг (до 45 хв.)

Опитування про самопочуття та виконання вправи дома. До 5 хв. на учасника. Дати зворотній зв'язок кожному.

Розповісти про план сьогоднішнього заняття. Окреслити, на що звертати увагу.

Ознайомити з головним правилом виконання:

Дихання координує фізичні рухи. Фізичні рухи підпорядковуються диханню.

2) Сканування дихання (до 3 хв).

ВП: стоячи в звичайній позі. Руки вздовж тулуба. Починаємо дихати, як завжди, в своєму звичайному ритмі.

Спостерігаємо, яке воно. Поверхневе чи глибоке? Животом чи грудьми? Плавне або поривчате? Є паузи чи немає?

Запам'ятовуємо, але висновків не робимо.

3) Тілесна концентрація (до 10хв).

Поєднуємо з діафрагмальним диханням.

По черзі рухаємо фокус уваги від ступень до рук та голови.

На вдих внутрішній погляд рухається від однієї групи суглобів до іншої. На видиху затримується на суглобах.

4) Тілесна релаксація. 6 фізичних вправ. (до 20 хв).

Вправа 1 Голова на груди.

Коливання головою через м'язи тулуба. М'язи шиї не задіяні.

Вправа 2

На вдиху підіймати плече, рука висить.

На видиху плече падає донизу. Потім друге, потім обидва.

Вправа 3.

На вдиху руку повільно підіймаємо в гору. Як на мотузці. На видиху впустити. Потім другу. Потім обидві. При цьому руки розслаблені повністю.

Вправа 4.

Трохи нахиляємося вперед і руки, мов маятники розкачаються за допомогою тіла. Руки як пліті розслаблено висять. Вдих та видих вільні.

Вправа 5.

Обертаємо тазом повільно та розслаблено в одну, потім в іншу сторону.

При цьому м'язи живота та м'язи попереку напружуються не одночасно, а по черзі!

На вдиху в одну сторону повне коло. На видиху в протилежну.

Вправа 6.

Стоячи на 1 нозі іншою розкачуємо вперед-назад. Нога розслаблена. Потім інша нога.

Провести коротке опитування про стан на зараз.

5) Діафрагмальне антистресове дихання. Відпрацювання та закріплення техніки (до 10 хв).

Розминка:

- 10 потужних вдихів животом.
- 10 різких помпових видихів.

ДД в визначеному особистому комфортному темпі.

6) Вправа «Дихання за квадратом» (до 20 хв).

Теоретична частина (до 10 хв).

Вправа ефективна при гострому стресі як швидка допомога. Також її можна виконувати регулярно разом з ДД або окремо.

Техніка вправи. Рівність кожної фази. Тривалість фаз має підбиратися особисто.

ДД в основі вправи!

Практична частина (до 10 хв.).

Головне, визначити кожному, який темп дихання (тривалість фаз) підходить саме йому. Критерій – комфортність та відсутність напруги.

Наприкінці запропонувати озвучити бажаючим свій комфортний темп.

7) Сканування дихання (до 3 хв).

ВП: стоячи в звичайній позі. Руки вздовж тулуба. Починаємо дихати, як завжди, в своєму звичайному ритмі. Спостерігаємо, яке воно. Поверхневе чи глибоке? Животом чи грудьми? Плавне або поривчате? Є паузи чи немає?

Порівнюємо з диханням на початку заняття.

8) Завершальний шерінг (до 15 хв):

Опитування про самопочуття та стан після заняття. Запропонувати поділитися враженнями, побажаннями.

Дати рекомендації, що та як виконувати до наступної зустрічі.

Заняття №3.

Безпека. Заземлення.

Цілі: Формування відчуття безпеки, рівноваги та знаходженні в стані «Тут і зараз». Подолання тривожності.

Музичний супровід – спеціально підібрані релаксаційні, медитативні та динамічні композиції довжиною від 4 до 8 хвилин кожна (Карунеш, Олівер Шанті, Деві Примал, Етно, тощо).

1) Шерінг (до 45 хв).

Опитування про самопочуття та виконання вправи дома. До 5 хв. на учасника. Дати зворотній зв'язок кожному.

Розповісти про план сьогоднішнього заняття. Окреслити, на що звертати увагу.

2) Сканування дихання (до 3 хв).

ВП: стоячи в звичайній позі. Руки вздовж тулуба. Починаємо дихати, як завжди, в своєму звичайному ритмі.

Спостерігаємо, яке воно. Поверхневе чи глибоке? Животом чи грудьми? Плавне або поривчате? Є паузи чи немає?

Запам'ятовуємо, але висновків не робимо.

3) Тілесна концентрація (до 10хв).

Поєднуємо з діафрагмальним диханням.

По черзі рухаємо фокус уваги від ступень до рук та голови.

Увага на внутрішньому стані та на відчуттях, які виникають в той чи іншій частині тіла. Де легко, а де є затиски. Якщо якась частина потребує більшої уваги – затримуємося в ній. Але не даємо оцінок.

Скануємо своє дихання. Рівне? Повільне? Є чи ні паузи.

4) Заземлення, 1 частина. 6 вправ (до 20хв).

Вправа 1:

Руки на перехрест на плечі. 30-40 разів постукати себе.

Вправа 2- 4 – очі закриті!!!

Вправа 2:

Стоячи, увага в ступнях. Зв'язок з землею, коріння.

Вправа 3:

З цього положення перенос центру тяжіння та уваги с п'яток на зовнішній бік підошви, з боку на пальці ніг, потім на подушечку під великим пальцем. І знов на п'ятку.

Вправа 4:

Робимо невеликий крок вперед, становимося, рівновага, знов заземляємося. Крок назад, теж саме. Крок вліво, теж саме. Крок вправо, теж саме.

Вправа 5:

Дуже повільно відкриваємо очі. Сканування поглядом простору навколо себе. Знаходимо предмети, називаємо їх та їх якості. Відмічаємо, що вони безпечні. При цьому не втрачаємо відчуття опори під ногами та рівноваги.

Вправа 6:

Потихеньку ходимо по залу, увага на кроках, на контакті з землею, на рівновазі. Продовжуємо сканувати простір та знаходити різні предмети як в попередній вправі.

5) Дихання за квадратом (ДК). Відпрацювання та закріплення техніки. (до 10 хв).

Розминка:

- 10 потужних вдихів животом.
- 10 різких помпових видихів.

ДК в визначеному особистому комфортному темпі.

6) Заземлення, 2 частина. 3 вправи сидячі на стільці. Дихання за квадратом. Дихання координує рухи. Темп рухів підпорядковується темпу дихання. (до 20хв).

Вправа 1:

На вдиху положення прямо трохи подаємо тіло вперед, не відриваючи стоп та сідниць. Відчуваємо тиск ступнів на підлогу та робимо паузу в диханні та русі.

Видих - повертаємося в ВП, тиск знижуємо. Робимо паузу на видиху.

Вправа 2:

Теж саме, але на вдиху стегно та коліно правої ноги рухаються вперед. Стопи та сідниці не відриваються. Пауза – відчули тиск на підлогу правої ступні.

Видих – повертаємося на ВП. Пауза – відчуваємо контакт обох ступень та сідниць з поверхнею.

Далі все теж саме, тільки лівою ногою.

Вправа 3:

Теж саме. Але на вдиху центр тяжіння переноситься на праву сідницю та ступню. Пауза-відчуваємо тиск на підлогу та стілець.

Видих – повертаємося в ВП. Пауза – відчуваємо контакт обох ступень та сідниць з поверхнею.

7) Сканування дихання (до 3 хв).

ВП: стоячи в звичайній позі. Руки вздовж тулуба. Починаємо дихати, як завжди, в своєму звичайному ритмі.

Спостерігаємо, яке воно. Поверхневе чи глибоке? Животом чи грудьми? Плавне або поривчате? Є паузи чи немає?

Порівнюємо з диханням на початку заняття.

8) Завершальний шерінг (до 15 хв).

Опитування про самопочуття та стан після заняття. Запропонувати поділитися враженнями, побажаннями.

Дати рекомендації, що та як виконувати до наступної зустрічі.

Заняття 4.

Ресурс. Ресурсне діафрагмальне дихання. (РДД).

Цілі: Відновлення ресурсного стану та відновлення енергії.

Музичний супровід – спеціально підібрані релаксаційні, медитативні та динамічні композиції довжиною від 4 до 8 хвилин кожна (Карунеш, Олівер Шанті, Деві Примал, Етно, тощо).

1) Шерінг (до 45 хв).

Опитування про самопочуття та виконання вправи дома. До 5 хв. на учасника. Дати зворотній зв'язок кожному.

Розповісти про план сьогоднішнього заняття. Окреслити, на що звертати увагу.

2) Сканування дихання (до 3 хв).

ВП: стоячи в звичайній позі. Руки вздовж тулуба. Починаємо дихати, як завжди, в своєму звичайному ритмі.

Спостерігаємо, яке воно. Поверхневе чи глибоке? Животом чи грудьми? Плавне або поривчате? Є паузи чи немає?

Запам'ятовуємо, але висновків не робимо.

3) Тілесна концентрація (до 10хв).

Поєднуємо з діафрагмальним диханням.

По черзі рухаємо фокус уваги від ступень до рук та голови та уявляємо, як тіло поступово, як рухається увага, відчуває тепло, зігрівається.

Дивимося внутрішнім поглядом, де тепло йде легко. А де важко. Приділяємо увагу саме цим частинам тіла. Але не даємо ніяких оцінок.

4) Ресурсне. Відновлення. 6 вправ. Виконуються стоячи. Ноги у міцному контакті з підлогою. (до 20хв).

Вправа 1.

На вдиху розправляємо плечі, зводимо лопатки, груди вперед.

На видиху зводимо плечі, лопатки розходяться, груди стискаються.

Вправа 2.

Пряма хвиля. Стоячи. Тіло згинається хвилею.

Вдих, коли тіло хвилею йде в гору, видих коли йде донизу.

Вправа 3.

Зворотна хвиля. Вдих, коли тіло хвилею йде донизу. Видих – коли в гору.

Вправа 4.

Розкриття.

ВП. Поза затислості. Колені трохи зігнуті. Тіло як би присіло та згорбилося. Голова до низу. Долоні закривають обличчя.

Вдих – тіло поступово розкривається, груди та плечі розпрямляються, голова підіймається.

Видих – повертаємося в ВП.

Закінчуємо вправу в верхній точці. 2-3 сек паузи. Відчутисвій стан в цому положенні. Зафіксувати його.

Вправа 5.

Зліт.

ВП. Майже сидячи. Тіло напружене та зжате.

Вдих – тіло випрямляється та витягується, руки підіймається вгору. Долоні в «намасте». Обличчя дивиться на долоні. Ноги, тулуб, руки – одна лінія, як стріла.

Видих - повертаємося в ВП.

Закінчуємо вправу в верхній точці. 2-3 сек паузи. Відчути свій стан в цьому положенні. Зафіксувати його.

5) Ресурсне ДД лежачи. (до 15 хв).

Виконується лежачи.2 вправи без перерви. 2 музичні треки приблизно рівні за часом (7-8 хв). Релаксаційні.

Вправа 1.

ВП. Руки вздовж тулуба.

Вдих – руки заходять за голову. Видих – повертаються вздовж тулуба.

Вправа 2.

Руки вверху перед собою. Долоні разом.

Вдих – руки в сторони. Груди розкриваються. Видих – руки повертаються, долоні разом.

6) РДД. Політ. Воля (до 10 хв).

Музика плавна. Але більш енергійна. Тривалість до 10 хв.

Учасники повільно та плавно рухаються по залу подалі один від одного. Хода легка, перекатом з носків на п’ятки. Наче хочуть злетіти.

Вдих – руки рухаються через перед вверх. Груди розправляються, голова підіймається. Видих – опускаються через сторони донизу.

7) Сканування дихання (до 3 хв).

ВП: стоячи в звичайній позі. Руки вздовж тулуба. Починаємо дихати, як завжди, в своєму звичайному ритмі.

Спостерігаємо, яке воно. Поверхневе чи глибоке? Животом чи грудьми? Плавне або поривчате? Є паузи чи немає?

Порівнюємо з диханням на початку заняття.

8) Завершальний шерінг (до 15 хв):

Опитування про самопочуття та стан після заняття. Запропонувати поділитися враженнями, побажаннями.

Дати рекомендації, що та як виконувати до наступної зустрічі.

Заняття 5.

Цілісність. З’єднання тіла.

Цілі: Відновлення відчуття тілесної цілісності.

Музичний супровід – спеціально підібрані релаксаційні, медитативні та динамічні композиції довжиною від 4 до 8 хвилин кожна (Карунеш, Олівер Шанті, Деві Примал, Етно, тощо).

1) Шерінг (до 45 хв).

Опитування про самопочуття та виконання вправи дома. До 5 хв. на учасника. Дати зворотній зв’язок кожному.

Розповісти про план сьогоднішнього заняття. Окреслити, на що звертати увагу.

2) Сканування дихання (до 3 хв).

ВП: стоячи в звичайній позі. Руки вздовж тулуба. Починаємо дихати, як завжди, в своєму звичайному ритмі.

Спостерігаємо, яке воно. Поверхневе чи глибоке? Животом чи грудьми? Плавне або поривчате? Є паузи чи немає?

Запам'ятовуємо, але висновків не робимо.

3) Тілесна концентрація (до 10хв).

Поєднуємо з діафрагмальним диханням.

По черзі рухаємо фокус уваги від ступень до рук та голови та уявляємо, як тіло поступово, як рухається увага, відчуває приємна тяжкість, наливається вагою, силою, енргією.

Дивимося внутрішнім поглядом, де процес йде легко. А де важко. Приділяємо увагу саме цим частинам тіла. Але не даємо ніяких оцінок.

4) Цілісність. 6 вправ. Вправи виконуються лежачи на спині. Поєднуються з ДД (до 20 хв).

Вправа 1.

ВП: руки лежать на стенах. Вдих, руки заходять за голову. Вдих, повертаються на стегна. Відчуваємо контакт рук та стегон.

Вправа 2.

ВП: ноги зігнуті в колінах так, щоб між гомілкою та стегном було десь 90гр. Вдих – руки за голову. Видих – руки повертаються на стегна. Відчуваємо контакт рук та стегон.

Вправа 3.

ВП таке ж як у вправі 2.

Вдих – руки за голову, ноги випрямляються. Видих – повертаємося в ВП. Відчуваємо контакт рук та стегон.

Вправа 4.

ВП: ноги прямі, руки в сторони на підлозі.

Видих – руки зводимо перед грудьми. Відчуваємо контакт долонями. Вдих – руки в сторони на підлогу.

Вправа 5.

ВП: як в попередній вправі.

Видих – руки перехрещуємо на грудях, долоні торкаються плечей. Відчуваємо контакт рук, грудей та плечей. Вдих – руки в сторони на підлогу.

Вправа 6.

ВП: як в попередній вправі.

Видих – руками обіймаємо себе за плечі. Відчуваємо контакт рук та плечей. Вдих - руки в сторони на підлогу.

5) Розкачування. ДД з концентрацією на ділянках тіла (до 25хв).

З'єднання частин тіла.

На вдиху увага зосередження на середині грудей. На видиху переносимо увагу на сонячне сплетіння.

Потім, затримуючи увагу на сонячному сплетінні, робимо вдих. Далі увага на середині грудей – видих.

Далі увага на шиї – вдих. Увага га животі – видих та вдих. Увага на шиї – видих.

І так далі по черзі:

Голова – куприк. Долоні – ступні.

6) Сканування дихання (до 3 хв).

ВП: стоячи в звичайній позі. Руки вздовж тулуба. Починаємо дихати, як завжди, в своєму звичайному ритмі.

Спостерігаємо, яке воно. Поверхневе чи глибоке? Животом чи грудьми? Плавне або поривчате? Є паузи чи немає?

Порівнюємо з диханням на початку заняття.

7) Завершальний шерінг (до 15 хв):

Опитування про самопочуття та стан після заняття. Запропонувати поділитися враженнями, побажаннями.

Дати рекомендації, що та як виконувати до наступної зустрічі.

Заняття 6.

Робота з агресією, страхом, ступором (Бий-Біжи-Замри).

Цілі: Подолання внутрішньої агресії, страху та стану ступору (завмирання).

Музичний супровід – спеціально підібрані релаксаційні, медитативні та динамічні композиції довжиною від 4 до 8 хвилин кожна (Карунеш, Олівер Шанті, Деві Примал, Етно, тощо).

1) Шерінг (до 45 хв).

Опитування про самопочуття та виконання вправи дома. До 5 хв. на учасника. Дати зворотній зв’язок кожному.

Розповісти про план сьогоднішнього заняття. Окреслити, на що звертати увагу.

2) Сканування дихання (до 3 хв.).

ВП: стоячи в звичайній позі. Руки вздовж тулуба. Починаємо дихати, як завжди, в своєму звичайному ритмі.

Спостерігаємо, яке воно. Поверхневе чи глибоке? Животом чи грудьми? Плавне або поривчате? Є паузи чи немає?

Запам’ятовуємо, але висновків не робимо.

3) Тілесна концентрація (до 10хв).

Поєднуємо з діафрагмальним диханням.

По черзі рухаємо фокус уваги від ступень до рук та голови та уявляємо, як тіло поступово, як рухається увага, відчуває приємна тяжкість, наливається вагою та теплом одночасно.

Дивимося внутрішнім поглядом, де процес йде легко. А де важко. Приділяємо увагу саме цим частинам тіла. Але не даємо ніяких оцінок.

4) Опрацювання базових реакцій «Бий. Біжи. Замри» за допомогою 4 тілесних вправ. Всі вправи керуються диханням. (до 20 хв.).

Перші 2 вправи знижують рівень агресії (Бій). Наступна, 3 вправа знижує рівень страху (Біжи). Остання вправа знижує рівень ступору (Замри).

Вправа 1.

ВП: поза сумоїста. Діафрагмальний глибокий вдих. Видих у формі рику. Руки як у хижака, який хоче схопити жертву. Рик різного тону, різної сили. Як більше до вподоби саме в цей момент.

Вправа 2.

ВП: я к в попередній вправі. Діафрагмальний глибокий вдих. Видих у формі гучного сміху, майже реготу. Різного тону, різної сили.

Вправа 3.

ВП: сидячі на стільцях. По команді починаємо імітувати інтенсивний біг на місці. Тупаємо ногами, рухаємо руками як при бігу. Дихання інтенсивне, поверхневе. Поступово знижуємо темп дихання та збільшуємо його глибину. За диханням сповільнюється рух. Поки дихання не переходить в діафрагмальний режим. Глибина вдиху до 80% від повної. Рух повністю зупиняється

Вправа 4.

ВП: сидячі на стільці прийняти позу завмирання. Тіло скрючене, голова трохи до низу, руки разом та зжаті на грудях. Ноги зігнуті. В такій позі прибуваємо 1-1,5 хвилини. Дихання дуже поверхневе та майже непомітне.

Повільно починаємо збільшувати глибину дихання. За диханням починаємо розслабляти та розпрямляти своє тіло. Поступово збільшуємо глибину вдиху та повністю розпрямляємо тіло. На останній фазі встаємо, розправляємо груди, плечі, руки як крила та робимо 3-5 глибоких (до 80%) вдихи та вільні видихи.

5) Відновлювальне фазове дихання на основі ДД. (до 25 хв.).

Використовується спеціально підібрана музика з 5 треків. Які відрізняються темпом та глибиною. Краще етно. Розташування треків в такому порядку: мелодійний-більш інтенсивний-ритмічний (барабани) – легкий вільний-медитативний.

Кожен трек – окрема фаза дихання зі своєю технікою. Плавне занурення середньої глибини – глибока активна – поверхнева швидка – глибока вільна – тиха з паузами.

6) Сканування дихання (до 3 хв.).

ВП: стоячи в звичайній позі. Руки вздовж тулуба. Починаємо дихати, як завжди, в своєму звичайному ритмі.

Спостерігаємо, яке воно. Поверхневе чи глибоке? Животом чи грудьми? Плавне або поривчате? Є паузи чи немає?

Порівнюємо з диханням на початку заняття.

7) Завершальний шерінг (до 15 хв):

Опитування про самопочуття та стан після заняття. Запропонувати поділитися враженнями, побажаннями.

Дати рекомендації, що та як виконувати до наступної зустрічі.

Заняття 7.

Тіло та психіка – одне ціле.

Цілі: Повернення відчуття єдності тіла та психіки, контролю над тілом. Робота з тілесною напругою.

Музичний супровід – спеціально підібрані релаксаційні, медитативні та динамічні композиції довжиною від 4 до 8 хвилин кожна (Карунеш, Олівер Шанті, Деві Примал, Етно, тощо).

1) Шерінг (до 45 хв).

Опитування про самопочуття та виконання вправи дома. До 5 хв на учасника. Дати зворотній зв'язок кожному.

Розповісти про план сьогоднішнього заняття. Окреслити, на що звертати увагу.

2) Сканування дихання (до 3 хв.).

ВП: стоячи в звичайній позі. Руки вздовж тулуба. Починаємо дихати, як завжди, в своєму звичайному ритмі.

Спостерігаємо, яке воно. Поверхневе чи глибоке? Животом чи грудьми? Плавне або поривчате? Є паузи чи немає?

Запам'ятовуємо, але висновків не робимо.

3) Тілесна концентрація (до 10хв).

Поєднуємо з діафрагмальним диханням.

По черзі рухаємо фокус уваги від ступень до рук та голови та уявляємо, як тіло поступово, як рухається увага, відчуває приємна тяжкість, наливається вагою та теплом одночасно.

4) Техніка відновлення та розслаблення Джекобсона (до 15 хв).

Виконується сидячі на стільці. Спина рівна. Тулуб стегна та голені створюють між собою прямі кути. Ступні міцно стоять на підлозі. Руки на стегнах, долоні на колінах.

Різні групи м'язів по черзі напружуємо на 7-10 сек. та розслаблюємо.

Починаємо зі ступней та рухаємося в гору. Ноги, тулуб, руки, кулаки, шія. Обличчя: посмішка, очі, брова.

5) Глибоке сканування всього тіла за допомогою ДД (до 30хв).

Використовується спеціально підібрана музика, медитативна, релакс.

Дихання діафрагмальне, глибина до 70% від повної. Темп комфортний, який визначили на першому занятті.

Фокус уваги переносимо в ступні, потім повільно рухаємося далі.

Якщо якась ділянка тіла, або орган привернув додаткову увагу, затримуємося там. Та робимо техніку «дихання через» - як би вдихаємо та видихаємо цім місцем або органом. Запам'ятовуємо відчуття.

Останнім місцем сканування є голова.

6) Сканування дихання (до 3 хв).

ВП: стоячи в звичайній позі. Руки вздовж тулуба. Починаємо дихати, як завжди, в своєму звичайному ритмі.

Спостерігаємо, яке воно. Поверхневе чи глибоке? Животом чи грудьми? Плавне або поривчате? Є паузи чи немає?

Порівнюємо з диханням на початку заняття.

7) Завершальний шерінг (до 15 хв):

Опитування про самопочуття та стан після заняття. Запропонувати поділитися враженнями, побажаннями.

Дати рекомендації, що та як виконувати до наступної зустрічі.

Заняття 8.

Зростання потенціалу. Метод Дихання Віма Хофа.

Цілі: Відновлення енергетичного ресурсу, підвищення стресостійкості та резистентності несприятливим зовнішнім впливам.

Музичний супровід – спеціально підібрані релаксаційні, медитативні та динамічні композиції довжиною від 4 до 8 хвилин кожна (Карунеш, Олівер Шанті, Деві Примал, Етно, тощо).

1) Шерінг (до 45 хв).

Опитування про самопочуття та виконання вправи дома. До 5 хв. на учасника. Дати зворотній зв'язок кожному.

Розповісти про план сьогоднішнього заняття. Окреслити, на що звертати увагу.

2) Сканування дихання (до 3 хв).

ВП: стоячи в звичайній позі. Руки вздовж тулуба. Починаємо дихати, як завжди, в своєму звичайному ритмі.

Спостерігаємо, яке воно. Поверхневе чи глибоке? Животом чи грудьми? Плавне або поривчате? Є паузи чи немає?

Запам'ятовуємо, але висновків не робимо.

3) Тілесна концентрація (до 10хв).

Поєднуємо з діафрагмальним диханням.

По черзі рухаємо фокус уваги від ступень до рук та голови та уявляємо, як тіло поступово, як рухається увага, відчуває приємна тяжкість, наливається вагою, силою, енергією.

Дивимося внутрішнім поглядом, де процес йде легко. А де важко. Приділяємо увагу саме цим частинам тіла. Але не даємо ніяких оцінок.

4) Теоретична частина (до 20хв)

Дихання методом Віма Хофа (ДМХ) як засіб зростання антистресового потенціалу та загального зміцнення життєстійкості.

Розповісти техніку дихання. 3фази. Як кожна має виконуватися.

Коротко про фізіологію дихання по Віму Хофу, Про фази та зміни в організмі на кожній фазі. Розповісти про вплив на психоемоційний стан та фізичне тіло.

Показати техніку ДМХ.

5) Практика 1 (до 15 хв).

Провести пробний сеанс ДМХ. Прослідкувати техніку виконання у кожного. Корегувати, при потребі.

Провести опитування про стан кожного.

6) Практика 2 (до 15 хв).

Провести три циклу ДМХ із вимірюваннями довжини паузи на видиху у кожного учасника. Записати результати.

7) Сканування дихання (до 3 хв).

ВП: стоячи в звичайній позі. Руки вздовж тулуба. Починаємо дихати, як завжди, в своєму звичайному ритмі.

Спостерігаємо, яке воно. Поверхневе чи глибоке? Животом чи грудьми? Плавне або поривчате? Є паузи чи немає?

Порівнюємо з диханням на початку заняття.

8) Завершальний шерінг (до 15 хв):

Опитування про самопочуття та стан після заняття. Запропонувати поділитися враженнями, побажаннями. Дати рекомендації, що та як виконувати до наступної зустрічі.

Заняття 9.

Інтегральне.

Цілі: провести комплексний об'єднуючий сеанс з базовими техніками за для терапевтичного ефекту та закріплення навичок.

Музичний супровід – спеціально підібрані релаксаційні, медитативні та динамічні композиції довжиною від 4 до 8 хвилин кожна (Карунеш, Олівер Шанті, Деві Примал, Етно, тощо).

1) Шерінг (до 45 хв).

Опитування про самопочуття та виконання вправи дома. До 5 хв. на учасника. Дати зворотній зв'язок кожному.

Розповісти про план сьогоднішнього заняття. Окреслити, на що звертати увагу.

2) Сканування дихання (до 3 хв).

ВП: стоячи в звичайній позі. Руки вздовж тулуба. Починаємо дихати, як завжди, в своєму звичайному ритмі.

Спостерігаємо, яке воно. Поверхневе чи глибоке? Животом чи грудьми? Плавне або поривчате? Є паузи чи немає?

Запам'ятовуємо, але висновків не робимо.

3) Тілесна концентрація (до 10хв).

Поєднуємо з діафрагмальним диханням.

По черзі рухаємо фокус уваги від ступень до рук та голови та уявляємо, як тіло поступово, як рухається увага, відчуває приємна тяжкість, наливається вагою, силою, енергією.

Дивимося внутрішнім поглядом, де процес йде легко. А де важко. Приділяємо увагу саме цим частинам тіла. Але не даємо ніяких оцінок.

4) ДД в особистому режимі. (до 10хв).

Увага на процесі дихання та на відчуттях в тілі.

5) ДМХ (до 15 хв).

3 цикли. З вимірюванням довжини паузи на видиху у кожного учасника. Записати результати. Порівняти з результатами на минулому занятті.

6) Відновлювальне фазове дихання на основі ДД (до 20 хв).

Використовується спеціально підібрана музика з 5 треків. Які відрізняються темпом та глибиною. Краще етно. Розташування треків в такому порядку: мелодійний-більш інтенсивний-ритмічний (барабани) – легкий вільний-медитативний.

Кожен трек – окрема фаза дихання зі своєю технікою. Плавне занурення середньої глибини – глибока активна – поверхнева швидка – глибока вільна – тиха з паузами.

7) Сканування дихання (до 3 хв).

ВП: стоячи в звичайній позі. Руки вздовж тулуба. Починаємо дихати, як завжди, в своєму звичайному ритмі.

Спостерігаємо, яке воно. Поверхневе чи глибоке? Животом чи грудьми? Плавне або поривчате? Є паузи чи немає?

Порівнюємо з диханням на початку заняття.

8) Завершальний шерінг (до 15 хв):

Опитування про самопочуття та стан після заняття. Запропонувати поділитися враженнями, побажаннями.

Дати рекомендації, що та як виконувати до наступної зустрічі.

Заняття 10.

Завершальне підсумкове.

Цілі: Фінальна релаксація. Підсумки учасників. Пропозиції на подальшу співпрацю.

Музичний супровід – спеціально підібрані релаксаційні, медитативні та динамічні композиції довжиною від 4 до 8 хвилин кожна (Карунеш, Олівер Шанті, Деві Примал, Етно, тощо).

1) Шерінг (до 45 хв).

Опитування про самопочуття та виконання вправи дома. До 5 хв. на учасника. Дати зворотній зв’язок кожному.

Розповісти про план сьогоднішнього заняття. Окреслити, на що звертати увагу.

2) Релаксаційне фазове дихання на основі ДД (до 30 хв).

Використовується спеціально підібрана музика з декількох треків. Які відрізняються темпом та глибиною. Але обов’язково релаксаційні або медитативні.

Розташування треків в такому порядку: легкі вільні – плавні глибокі – релаксаційні середнього темпу – медитативні.

Учасники в процесі дихання самі обирають техніку, темп, глибину, спираючись на особисті відчуття.

3) Завершальний шерінг (до 45 хв).

Опитування про самопочуття та стан після заняття. Запропонувати поділитися враженнями, побажаннями.

Відповіді на питання.

Підвести підсумки. За результатами яких запропонувати учасникам подальшу роботи.

Для когось може бути достатньо цих 10 занять. Він зможе застосовувати засвоєні техніки самостійно.

Для когось буде запропонований формат індивідуальних занять ТОТ.

Для когось – інші напрямки психотерапії.

Для когось – участь в іншій групі, з більш поглибленим та розширеним застосуванням ТОТ.