

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**Кафедра української мови, психології та педагогіки**

**Магістерська робота**

**за спеціальністю 053 Психологія**

на тему: «Практики тілесно-орієнтованої терапії у психологічній реабілітації  
дорослих після травматичного досвіду»

**Виконав** здобувач вищої освіти

2 курсу, групи 1-24-276

I медичного факультету

спеціальності 053 Психологія

Сухоносів Данило Андрійович

**Керівник:** Шейко А.О., к. психол.н.,

доцент кафедри української мови,

психології та педагогіки

**Рецензенти:** Алієва Т.А., к.психол.н.,

доцент кафедри сексології, психотерапії

та медичної психології;

Абасалієва О.М., к. психол.н., доцент

кафедри української мови, психології та

педагогіки

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b>	3
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ЗАСТОСУВАННЯ ТІЛЕСНО-ОРІЄНТОВАНОЇ ТЕРАПІЇ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ДОРΟΣЛИХ ПІСЛЯ ТРАВМАТИЧНОЇ ВТРАТИ</b>	8
1.1. Психологічна травма та травматична втрата	8
1.2. Психоемоційні та психофізіологічні наслідки втрати близької людини внаслідок війни	11
1.3. Психологічна реабілітація дорослих після травматичного досвіду	16
1.4. Наукові засади тілесно-орієнтованої терапії та можливості у роботі з травмою	20
<b>Висновки до першого розділу</b>	24
<b>РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА РЕЗУЛЬТАТИ КОНСТАТУВАЛЬНОГО ЕТАПУ ДОСЛІДЖЕННЯ</b>	28
2.1. Організація емпіричного дослідження та характеристика вибірки	28
2.2. Опис психодіагностичного інструментарію	31
2.3. Аналіз результатів констатувального етапу	34
<b>Висновки до другого розділу</b>	46
<b>РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМИ ТІЛЕСНО-ОРІЄНТОВАНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ТРАВМАТИЧНОЇ ВТРАТИ</b>	49
3.1. Обґрунтування програми тілесно-орієнтованої терапії	49
3.2. Зміст програми тілесно-орієнтованої психологічної реабілітації	56
3.3. Оцінювання ефективності програми	62
3.4. Практичні рекомендації психологу щодо використання тілесно-орієнтованої терапії у роботі з цивільними після втрати через війну	71
<b>Висновки до третього розділу</b>	76
<b>ВИСНОВКИ</b>	79
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b>	83

## ВСТУП

**Актуальність теми** психологічної реабілітації дорослих після травматичного досвіду зумовлена сучасними соціальними реаліями України, пов'язаними з повномасштабною війною, що призвела до значного поширення психотравмувальних подій серед цивільного населення. Одним із найтяжчих і найбільш психологічно руйнівних наслідків війни є втрата близької людини, яка часто має раптовий, насильницький характер, супроводжується хронічною загрозою безпеці та дефіцитом ресурсів підтримки. Травматична втрата поєднує процес горювання з реакціями травматичного стресу, що істотно ускладнює адаптацію, порушує механізми саморегуляції, знижує працездатність і якість життя.

Сучасні дослідження засвідчують, що після втрати внаслідок війни у людей часто спостерігаються посттравматичні симптоми, тривожні та депресивні стани, порушення сну, соматизація та дезадаптивні копінг-стратегії. Водночас війна створює умови тривалого стресу й повторної травматизації, через що традиційні вербальні підходи не завжди є достатніми, а клієнти часто демонструють тілесну дисрегуляцію: підвищене м'язове напруження, вегетативні симптоми, емоційне «замороження» або дисоціативні прояви.

У цьому контексті особливої уваги набувають практики тілесно-орієнтованої терапії, які дозволяють ефективно впливати на психофізіологічні механізми травми, стабілізувати нервову систему, знижувати соматизовані прояви стресу, відновлювати тілесну усвідомленість і формувати навички саморегуляції. Вивчення можливостей тілесно-орієнтованих практик у системі психологічної реабілітації цивільних осіб після травматичної втрати є важливим як у науковому, так і у практичному аспектах, адже відповідає актуальному запиту суспільства щодо ефективної допомоги постраждалим від війни.

Проблематика психологічної травми, посттравматичного стресового реагування, переживання втрати та горювання широко висвітлена в працях сучасної психології та психотерапії. Значний внесок у розробку теорій травматичного стресу та ПТСР зробили дослідники, які вивчали механізми психічної травми, дисоціації, збудження та психологічної адаптації. У межах концепцій горювання сформовано низку наукових підходів до розуміння процесу переживання втрати, зокрема ускладненого (продовженого) горя та особливостей адаптації після смерті близької людини.

Суттєво розвинутими є також сучасні психотерапевтичні підходи до психологічної реабілітації після травматичного досвіду, що включають когнітивно-поведінкові, травма-фокусовані, екзистенційні та інтегративні моделі. Однак особливу вагу нині мають підходи, які розглядають травму як феномен із тілесним компонентом, тому вагомими є напрями, що підкреслюють роль автономної нервової системи та психофізіологічної саморегуляції.

Попри наявність значної кількості наукових робіт, питання застосування тілесно-орієнтованих практик саме у реабілітації дорослого цивільного населення після втрати внаслідок війни потребує подальшого емпіричного вивчення, оскільки такі втрати мають специфічну структуру (поєднання травми та горювання), а механізми відновлення потребують системних програм із акцентом на стабілізацію та ресурсність.

**Об'єкт дослідження** – психологічна реабілітація дорослих цивільних осіб після травматичного досвіду втрати близької людини внаслідок війни.

**Предмет дослідження** – ефективність практик тілесно-орієнтованої терапії у психологічній реабілітації дорослих цивільних осіб після травматичної втрати.

**Мета дослідження** – теоретично обґрунтувати та емпірично перевірити ефективність практик тілесно-орієнтованої терапії у психологічній реабілітації дорослих цивільних осіб (27–60 років), які пережили втрату близької людини внаслідок війни (термін після втрати – не менше 3 місяців).

Для реалізації мети визначено такі **завдання**:

1. Проаналізувати сучасні наукові підходи до розуміння психологічної травми й травматичної втрати.
2. Охарактеризувати психоемоційні та психофізіологічні наслідки втрати близької людини внаслідок війни.
3. Розкрити теоретико-методологічні засади тілесно-орієнтованої терапії та її можливості у роботі з травмою і горем.
4. Провести констатувальне дослідження психологічного стану цивільних осіб після травматичної втрати.
5. Розробити програму тілесно-орієнтованої психологічної реабілітації та впровадити її.
6. Провести контрольне дослідження та визначити динаміку психологічних показників до і після програми.
7. Розробити практичні рекомендації психологу щодо застосування тілесно-орієнтованих практик у роботі з цивільними після втрати.

**Гіпотеза дослідження** полягає в припущенні, що впровадження програми тілесно-орієнтованої психологічної реабілітації сприятиме статистично значущому: зниженню посттравматичної симптоматики, тривожності та депресивних проявів; зменшенню соматизованих проявів стресу; підвищенню стресостійкості та рівня тілесної усвідомленості у дорослих цивільних осіб після травматичної втрати внаслідок війни.

Для реалізації завдань дослідження використано комплекс взаємодоповнювальних методів:

- 1) Теоретичні методи: аналіз, узагальнення, систематизація наукової літератури з проблем травми, горювання та тілесно-орієнтованої терапії.
- 2) Емпіричні методи: опитувальник PCL-5 для оцінювання посттравматичних симптомів; госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS); PHQ-15 (шкала соматичних симптомів); шкала стресостійкості Коннор – Девідсон (CD-RISC); MAIA (Мультивимірний опитувальник інтероцептивної усвідомленості).

3) Методи статистичної обробки: описова статистика (медіана, середнє арифметичне, дисперсія, стандартне відхилення), порівняльний аналіз результатів до/після (критерій Вілкоксона для пов'язаних вибірок).

**Наукова новизна дослідження** полягає в тому, що: *уточнено* особливості психоемоційних і психофізіологічних проявів травматичної втрати у дорослого цивільного населення в умовах війни; *теоретично обґрунтовано* доцільність застосування тілесно-орієнтованих практик як інструментів стабілізації й відновлення саморегуляції після травматичної втрати; розроблено та апробовано структуровану програму тілесно-орієнтованої психологічної реабілітації, спрямовану на зниження симптомів травматичного стресу і соматизації та підвищення ресурсності (стресостійкість, тілесна усвідомленість).

**Практичне значення роботи** полягає в можливості використання: розробленої програми тілесно-орієнтованої реабілітації (8 занять) у практиці психологів та кризових фахівців; практичних рекомендацій та протоколу стабілізаційних вправ у роботі з цивільними після втрати; матеріалів дослідження як бази для створення групових та індивідуальних реабілітаційних програм в умовах війни та післявоєнної відбудови.

**Апробація.** Результати дослідження можуть бути апробовані шляхом представлення основних положень роботи на науково-практичних конференціях, круглих столах, семінарах із психологічної реабілітації, а також у вигляді публікацій у фахових наукових виданнях.

**Структура й обсяг роботи.** Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. У першому розділі подано теоретичний аналіз проблеми психологічної травми та травматичної втрати, психофізіологічних наслідків горя й можливостей тілесно-орієнтованої терапії. У другому розділі описано організацію емпіричного дослідження, психодіагностичний інструментарій, представлено аналіз констатувального етапу. У третьому розділі обґрунтовано програму тілесно-орієнтованої психологічної реабілітації, наведено результати

контрольного етапу та сформульовано практичні рекомендації. Загальний обсяг роботи складає 86 сторінок.

# РОЗДІЛ 1.

## ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ЗАСТОСУВАННЯ ТІЛЕСНО-ОРІЄНТОВАНОЇ ТЕРАПІЇ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ДОРΟΣЛИХ ПІСЛЯ ТРАВМАТИЧНОЇ ВТРАТИ

### 1.1. Психологічна травма та травматична втрата

Проблема психологічної травми та її наслідків належить до найбільш актуальних напрямів сучасної психології, психотерапії та психіатрії, особливо в умовах війни, масових втрат, міграції, соціальної нестабільності та тривалого стресового навантаження. Психологічна травма є складним багаторівневим феноменом, який включає порушення емоційної рівноваги, когнітивних процесів, системи переконань, міжособистісних взаємин і тілесної саморегуляції. У сучасній науці травму розглядають не лише як подію, а передусім як наслідок пережитої події, що проявляється у руйнуванні здатності особистості до адаптації, відновлення та інтеграції досвіду[13].

У широкому розумінні психологічна травма виникає внаслідок переживання ситуації, яка суб'єктивно сприймається як загрозна для життя, безпеки, гідності або цілісності особистості та перевищує наявні ресурси психіки. Важливо підкреслити, що травматичним чинником може виступати не лише безпосередня загроза життю, а й переживання безпорадності, втрати контролю, раптового руйнування життєвих смислів, а також ситуації, пов'язані з втратою значущих стосунків. Саме тому в умовах війни психологічна травма набуває особливої поширеності як серед військових, так і серед цивільного населення, адже травмувальні фактори включають небезпеку, бомбардування, евакуацію, втрату дому, соціальних зв'язків, а також втрату близьких людей [4].

У сучасних підходах (травма-інформована парадигма) наголошується, що травма може порушувати базове відчуття безпеки та змінювати функціонування нервової системи. Людина, яка пережила травму, часто

тривалий час перебуває в стані надмірного збудження або навпаки – у стані емоційного «замороження». Такі стани супроводжуються порушенням сну, підвищеною тривожністю, дратівливістю, труднощами концентрації, соматичними проявами (головний біль, м'язова напруга, серцебиття), а також складністю у формуванні довірливих взаємин із оточенням. Водночас травма має тенденцію «закріплюватися» не лише у вигляді психологічних симптомів, але й через тілесні реакції, що пояснює актуальність тілесно-орієнтованих підходів у психологічній реабілітації [28].

Окремим і надзвичайно важливим явищем у межах воєнного контексту виступає травматична втрата, тобто втрата близької людини, яка пов'язана з травмувальними обставинами: раптовістю, насильницьким характером події, несправедливістю, загрозою повторення трагедії, відсутністю можливості прощання, невизначеністю або порушенням природних соціальних ритуалів. Травматична втрата поєднує у собі дві психологічні реальності: горювання як закономірну реакцію на смерть близького та травматичний стрес як реакцію нервової системи на шок і загрозу. Саме ця подвійність робить травматичну втрату особливо складною для психіки й значно підвищує ризик ускладненого (продлонгованого) горювання, депресивних станів та посттравматичних розладів [1].

Класичні підходи до розуміння психологічної травми акцентували на шоківих подіях, що мають високий емоційний заряд і супроводжуються відчуттям безсилля. У межах психодинамічної традиції травма розглядалася як психічне перевантаження, яке неможливо «переробити» (інтегрувати) звичними психологічними механізмами, внаслідок чого досвід витісняється або розщеплюється та продовжує впливати на поведінку й емоції людини. У когнітивно-поведінковій перспективі травма пов'язується зі змінами когнітивних схем: руйнуванням уявлень про світ як безпечний, людей як надійних, а себе – як здатного впоратися. Людина може формувати стійкі переконання про безнадійність, небезпеку, провину або власну слабкість, що підтримує симптоми тривоги та депресивності [32].

Поряд із цим сучасні міждисциплінарні підходи підкреслюють нейропсихологічну та психофізіологічну основу травми. Згідно з даними сучасної психології травми, травматичні події впливають на систему стрес-реакції організму та роботу автономної нервової системи. Унаслідок цього порушується здатність організму переключатися між станами активності та відновлення, а психіка отримує схильність до гіперзбудження (тривога, гіперпильність) або гіпозбудження (емоційне оніміння, апатія). У випадку травматичної втрати це означає, що людина може одночасно переживати сильний сум і «замороження», внутрішній біль і відчуття відчуженості від власних емоцій. Таке поєднання суттєво ускладнює процес природного горювання [25].

Важливим сучасним напрямом є розуміння травми у контексті біопсихосоціальної моделі, яка розглядає психологічні наслідки травматичного досвіду як результат взаємодії біологічних (фізіологічні реакції, стрес-реактивність), психологічних (копінг-стратегії, емоційна регуляція, особистісні характеристики) та соціальних чинників (підтримка, соціальне оточення, умови життя, культурні норми). Для цивільного населення у воєнних умовах соціальні чинники відіграють надзвичайно важливу роль, адже горювання відбувається на тлі нестабільності, обмежених ресурсів, ризику повторних втрат, неможливості переживати втрату у звичних ритуалах, ізоляції або вимушеного переселення. Це підсилює психоемоційне виснаження та ускладнює адаптацію [33].

Суттєве значення для розуміння травматичної втрати мають і сучасні концепції горювання. У межах класичних моделей горювання наголошується, що переживання втрати проходить певні етапи, проте сучасні наукові підходи все більше відходять від жорсткої етапності й підкреслюють індивідуальність траєкторій. Одним із впливових сучасних підходів є модель подвійного процесу горювання, згідно з якою адаптація до втрати включає коливання між двома напрямками: орієнтацією на втрату (переживання болу, суму, спогадів) та орієнтацією на відновлення (поступове повернення до

життя, нових ролей, адаптації). У випадку травматичної втрати цей процес часто порушується: людина може надмірно уникати контакту з переживаннями або, навпаки, бути «застраглюю» у болю, що підсилюється травматичним компонентом події.

Сучасна психологія також розглядає явище ускладненого (пролонгованого) горювання, яке виникає тоді, коли реакція втрати не інтегрується природним шляхом та зберігається у формі стійкого страждання, яке порушує повсякденне функціонування. Ризик ускладненого горювання особливо високий при насильницьких і раптових смертях, а також у ситуаціях, коли людина не мала можливості отримати соціальну підтримку, пройти ритуали прощання, відчувати завершеність. У воєнному контексті до цього додаються переживання несправедливості, травматичні образи, страх майбутнього та хронічне відчуття небезпеки [13].

Отже, психологічна травма та травматична втрата в сучасних наукових підходах розглядаються як багатовимірні явища, що включають емоційні, когнітивні, соціальні та тілесні компоненти. Особливістю травматичної втрати у воєнний період є поєднання процесу горювання з травматичним стресом, що спричиняє порушення саморегуляції, підвищує ймовірність посттравматичних і депресивних станів, а також посилює соматизацію психоемоційного напруження. Саме тому в межах психологічної реабілітації цивільного населення після втрати близької людини внаслідок війни доцільним є застосування тілесно-орієнтованих практик, які сприяють стабілізації нервової системи, зниженню фізіологічного напруження та відновленню тілесної опори як базового ресурсу психологічного відновлення.

## **1.2. Психоемоційні та психофізіологічні наслідки втрати близької людини внаслідок війни**

Втрата близької людини належить до найглибших кризових подій у житті особистості та виступає одним із найпотужніших стресорів, що здатен

докорінно змінювати внутрішній світ людини, її систему цінностей, смисложиттєві орієнтації, соціальні зв'язки та тілесне функціонування. У мирних умовах процес горювання, хоч і супроводжується інтенсивними переживаннями, зазвичай має можливість відбуватися в умовах відносної стабільності, соціальних ритуалів прощання та підтримки. Натомість в умовах війни втрата набуває специфічного травматогенного змісту: вона часто є раптовою, насильницькою, несправедливою, супроводжується відсутністю можливості прощання, невизначеністю або тривалим очікуванням підтвердження загибелі, що істотно ускладнює адаптацію та підвищує ризик довготривалих психологічних наслідків [7].

Втрата близької людини внаслідок війни у цивільного населення є не лише подією горя, а й комплексною травматичною ситуацією, що відбувається на тлі постійної загрози безпеці, нестабільності, інформаційного перенавантаження, вимушених змін життєвих умов та соціально-економічних труднощів. У таких умовах психіка позбавлена ресурсу «відновного середовища», а процес горювання може набувати ознак травматичного стресового реагування. Унаслідок цього психоемоційні й психофізіологічні наслідки втрати мають тенденцію до посилення, тривалішого перебігу та більшої варіативності проявів [14].

Психоемоційні реакції на втрату в умовах війни характеризуються високою інтенсивністю та складною структурою. Домінантним переживанням є глибокий сум, що поєднується з почуттям спустошення, безпорадності та внутрішнього болю. Проте на відміну від «звичайного» горювання, у випадку воєнної втрати емоційний спектр значно ширший та часто суперечливий. Поширеними є страх, тривога, відчай, злість, провина, сором, а також переживання несправедливості та руйнування віри у передбачуваність світу. Емоції можуть швидко змінюватися: людина здатна одночасно відчувати сильний сум і агресію, любов і ненависть, скорботу й емоційне оніміння. Така амбівалентність є показником надмірного психічного навантаження та складності інтеграції пережитого досвіду [9].

Одним із ключових наслідків травматичної втрати є підвищена тривожність. У цивільного населення вона часто має не лише ситуативний, а й хронічний характер, оскільки війна створює умови постійної небезпеки. Тривожність проявляється у вигляді напруженості, гіперпильності, труднощів у розслабленні, порушення сну, нав'язливих думок про майбутні ризики й можливість повторних втрат. Важливо підкреслити, що тривога при травматичній втраті виконує як захисну, так і виснажливу функцію: з одного боку, вона мобілізує увагу на виживання, з іншого – виснажує ресурси нервової системи та підтримує соматичне напруження [20].

Депресивні тенденції також є типовими для даної ситуації. Вони проявляються зниженням життєвої активності, апатією, байдужістю до звичних інтересів, переживанням безнадійності, втратою сенсу, відчуттям внутрішньої порожнечі. У воєнному контексті депресивні стани можуть посилюватися соціальними факторами: втратою стабільного середовища, вимушеною міграцією, економічними труднощами, зниженням доступу до психологічної допомоги та відсутністю прогнозованого майбутнього.

Особливу увагу заслуговує переживання провини – як реальної, так і ірраціональної. Людина може звинувачувати себе за те, що «не вберегла», «не змогла допомогти», «недостатньо зробила», навіть якщо об'єктивно не мала впливу на ситуацію. Також поширеною є провина «виживання», коли людина відчуває себе негідною жити далі після смерті близького. Провина посилює страждання, сприяє самознеціненню та підтримує депресивні реакції [19].

В умовах війни горювання нерідко ускладнюється феноменом порушення завершення втрати. Якщо людина не мала можливості попрощатися, не бачила тіла, не пройшла соціальних ритуалів, психіка може залишатися в стані «незавершеності», що підтримує нав'язливі образи, фантазії та труднощі прийняття реальності втрати. Це може призводити до пролонгації горя, а також до формування ускладненого (пролонгованого)

горювання, коли страждання триває надмірно довго і суттєво порушує повсякденне функціонування.

Окремим психоемоційним наслідком травматичної втрати є дисоціативні прояви: емоційне оніміння, відчуття нереальності подій, «відключення» від почуттів, відсторонення від власного тіла. Такі реакції є механізмом психічного захисту, який допомагає тимчасово знизити інтенсивність болю, проте при тривалому збереженні дисоціація може ускладнювати проживання горя та інтеграцію пережитого досвіду [11].

Психофізіологічні прояви травматичної втрати є невід'ємною частиною загальної картини переживання горя, оскільки психіка і тіло реагують як єдина система. У сучасних підходах підкреслюється, що травматичні події змінюють функціонування автономної нервової системи, що проявляється у порушенні балансу між станами активації та відновлення. Людина може тривалий час перебувати у режимі підвищеного збудження, навіть коли безпосередня загроза відсутня.

Одним із найбільш поширених психофізіологічних наслідків є порушення сну. Воно може проявлятися труднощами засинання, поверхневим сном, частими пробудженнями, кошмарами або раннім пробудженням. Порушення сну знижує ресурсність організму, посилює емоційну нестабільність, підвищує чутливість до стресу та сприяє соматизації [2].

Високий рівень напруження часто супроводжується вегетативними симптомами: прискореним серцебиттям, нестачею повітря, пітливістю, тремтінням, запамороченням, коливаннями артеріального тиску. Такі прояви є фізіологічним відображенням тривоги й гіперзбудження нервової системи. Вони можуть помилково інтерпретуватися як ознаки тяжких соматичних захворювань, що підсилює страх і формує замкнене коло психосоматичних реакцій.

Не менш характерним є м'язове напруження. У стані травматичного стресу тіло «утримує» готовність до захисту, що проявляється у напруженні

плечового поясу, шиї, щелепи, спини. Хронічна напруга призводить до болю, скутості, зниження рухливості, головних болів напруження. Втрата близької людини у воєнних умовах підтримує цей стан через постійний фон небезпеки і нестабільності.

Для частини осіб характерним є також феномен психофізіологічного виснаження, що проявляється втому, зниженням працездатності, зникненням відчуття енергії. Такий стан може поєднуватися з апатією, емоційним онімінням, зниженням мотивації. У психологічному сенсі це відповідає стану «замороження», коли організм переходить у режим економії ресурсів у відповідь на надмірний стрес [13].

Соматизація виступає важливим показником того, що переживання втрати знаходить вираження у тілесному вимірі. Людина може скаржитися на біль у різних частинах тіла, розлади травлення, відчуття тяжкості у грудях, зниження апетиту або його підвищення. Особливістю таких скарг є те, що вони часто не мають чіткої медичної причини, однак є проявом психоемоційного перенавантаження та дисрегуляції [7].

У межах психофізіологічних наслідків слід також враховувати зміни у тілесній усвідомленості. У багатьох осіб після травматичної втрати знижується контакт із тілом: вони гірше помічають сигнали втоми, напруження, голоду, не відчують потреби в турботі про себе. Інші, навпаки, стають надчутливими до тілесних реакцій, тривожно фіксуються на серцебитті, диханні, болях. В обох випадках порушується здатність тіла виконувати регуляційну функцію, що утруднює емоційну стабілізацію.

Таким чином, втрата близької людини внаслідок війни має комплексні психоемоційні та психофізіологічні наслідки. Вона поєднує глибоке горювання з травматичним стресом, що призводить до підвищеної тривожності, депресивних тенденцій, порушень сну, дисоціативних реакцій, соматизації та тілесної дисрегуляції. Ці прояви підтримують одне одного: тривога посилює напруження і соматичні симптоми, соматичні симптоми

підсилюють страх, а виснаження знижує здатність до адаптивного горювання [37].

Саме тому психологічна реабілітація осіб після травматичної втрати в умовах війни повинна включати підходи, які одночасно працюють із емоційною та тілесною складовими переживання. Тілесно-орієнтована терапія є доцільним інструментом у цьому контексті, оскільки вона дозволяє відновити регуляторні механізми нервової системи, знизити фізіологічне напруження, покращити сон і повернути людині відчуття внутрішньої опори через тіло, що є базовою умовою подальшої психологічної адаптації та інтеграції втрати.

### **1.3. Психологічна реабілітація дорослих після травматичного досвіду**

У сучасній психологічній науці та психотерапевтичній практиці дедалі більшого поширення набуває розуміння того, що психологічна травма не обмежується лише когнітивними або емоційними змінами, а має глибокий психофізіологічний вимір і відображається у функціонуванні нервової системи, тілесних реакціях та процесах саморегуляції. Саме тому значна увага приділяється терапевтичним підходам, які працюють не тільки з переживаннями і смислами, але й із тілом як основою психічного функціонування. У цьому контексті тілесно-орієнтована терапія розглядається як один із найбільш перспективних напрямів психологічної допомоги особам, які пережили травматичний досвід, зокрема – втрату близької людини унаслідок війни [4].

Тілесно-орієнтована терапія – це напрям психотерапії та психологічної допомоги, що базується на ідеї цілісності людини та нерозривного зв'язку психіки й тіла. У межах цього підходу тіло розглядається як носій життєвого досвіду, емоційних реакцій, захисних механізмів, а також як ключовий ресурс відновлення, стабілізації та психологічного зцілення. В основі ТОТ лежить положення, що значна частина емоційних конфліктів і травматичних

переживань «закріплюється» у вигляді хронічного м'язового напруження, порушення дихання, зміни постави, соматизованих симптомів і зниження тілесної чутливості.

Формування тілесно-орієнтованого напрямку пов'язують із розвитком психодинамічних і гуманістичних підходів, у яких тіло поступово перестало сприйматися як лише біологічна система. У психотерапевтичній традиції важливий внесок належить напрямкам, що підкреслювали роль тілесних «блоків», м'язових затисків і порушень дихання як проявів внутрішніх конфліктів. Надалі тілесний підхід інтегрувався із сучасними даними нейропсихології та психофізіології стресу, що надало йому наукового підґрунтя в роботі з травмою [29].

У практиці психологічної реабілітації травмованих осіб тілесно-орієнтована терапія спирається на низку базових принципів:

- Принцип тілесної усвідомленості. Людина навчається помічати тілесні сигнали, розпізнавати напруження, втому, дихальні зміни, серцебиття, що дозволяє краще регулювати емоційні стани.
- Принцип опори та заземлення. Формується відчуття стійкості через контакт із тілом, стопами, опорою на поверхню, що стабілізує нервову систему.
- Принцип безпеки та дозування. Вправи виконуються м'яко, без примусу, із повагою до меж і можливостей клієнта, що особливо важливо при травматичній втраті.
- Принцип регуляції збудження. Центральною метою стає відновлення балансу між напругою і розслабленням, активацією й відпочинком.
- Принцип ресурсності. Тіло використовується як джерело відновлення, а не як «місце болю»; робота з травмою завжди завершується стабілізацією.

Ці принципи відповідають логіці травма-інформованого підходу, згідно з яким першочерговим завданням психологічної допомоги є стабілізація та зниження ризику ретравматизації.

Ефективність тілесно-орієнтованої терапії при травмі та травматичній втраті пояснюється рядом психологічних і психофізіологічних механізмів.

По-перше, тілесно-орієнтованої терапія впливає на автономну нервову систему, нормалізуючи баланс між симпатичним (активація, тривога) і парасимпатичним (відновлення, розслаблення) відділами. Травматичний досвід часто переводить організм у режим хронічного збудження або «замороження», що підтримує тривогу, порушення сну, соматизацію. Практики заземлення, дихання, м'якого руху сприяють поверненню організму до фізіологічно безпечного режиму.

По-друге, тілесно-орієнтована терапія забезпечує відновлення саморегуляції, тобто здатності людини керувати своїм станом. У випадку травматичної втрати саморегуляція часто порушується: емоції «накочують хвилю», виникають панічні реакції, соматичні симптоми, дисоціація. Тілесні техніки формують відчуття контролю через прості й доступні інструменти, які можуть застосовуватись навіть поза межами терапії.

По-третє, тілесно-орієнтовані практики сприяють роботі з психосоматичними проявами травми. У людей після втрати нерідко спостерігаються головні болі, м'язова скутість, напруження у грудях, порушення травлення, хронічна втома. Ці прояви тісно пов'язані з накопиченим стресом та емоційним навантаженням. Робота з диханням, релаксацією, «скануванням тіла» поступово знижує тілесні симптоми та покращує якість життя.

По-четверте, тілесно-орієнтована терапія впливає на дисоціативні механізми, характерні для травми: «відключення», емоційне оніміння, відчуття нереальності. Через безпечне повернення уваги до тіла та опорних відчуттів терапія зменшує відсторонення від власного досвіду та сприяє інтеграції пережитого.

Травматична втрата внаслідок війни є особливо складним психічним досвідом, оскільки поєднує реакцію горювання з травматичним стресом. У таких умовах звичайні механізми адаптації часто порушуються: людина або уникає переживань (через дисоціацію), або, навпаки, «застрягає» у болю та постійно повертається до травматичних образів. Тілесно-орієнтована терапія в цьому випадку має низку переваг: дозволяє зменшити фізіологічний компонент горя (стиснення у грудях, напруга, здавлене дихання); сприяє нормалізації сну та зниженню тривожної настороженості; формує безпечний спосіб контакту з емоціями через тіло, без надмірного занурення у травматичні спогади; допомагає поступово відновити відчуття життєвої опори, що є критично важливим після втрати [14].

Особливо важливим є те, що в тілесно-орієнтованій терапії робота з втратою не зводиться до вербалізації болю. У ситуації, коли ресурси виснажені, а емоції надто інтенсивні, людині спочатку потрібне відновлення стабілізації. Саме тому тілесно-орієнтовані практики розглядаються як ефективний початковий та підтримувальний етап реабілітації.

У рамках психологічної реабілітації дорослих після травматичної втрати найбільш доцільними є наступні групи тілесно-орієнтованих технік: стабілізаційні техніки (орієнтування, заземлення, тілесна опора); дихальні практики (подовжений видих, дихальний якір); м'язова релаксація (м'яка прогресивна релаксація, розслаблення напружених зон); відновлення меж (практики простору, робота з опорою через стіну); ресурсні практики (ресурсний якір, місце сили, тілесна стабілізація через самодотик); практики інтеграції (контейнер, безпечне проживання емоцій із поверненням до опори) [18].

Застосування цих методів дозволяє у м'який і безпечний спосіб досягати покращення за ключовими симптомами, які характерні для травматичної втрати: зниження тривожності, соматизації, посттравматичного збудження, а також підвищення тілесної усвідомленості та стресостійкості.

Отже, тілесно-орієнтована терапія є сучасним ефективним напрямом психологічної допомоги, який базується на уявленні про нерозривний зв'язок психіки й тіла та використовує тілесні практики як засоби стабілізації, саморегуляції й відновлення ресурсності. У випадку травматичної втрати близької людини внаслідок війни тілесно-орієнтована терапія має особливу цінність, оскільки дозволяє знижувати психофізіологічне напруження, нормалізувати сон, зменшувати соматизовані симптоми, відновлювати тілесні межі та формувати у людини відчуття внутрішньої опори. Саме ці механізми роблять тілесно-орієнтований підхід перспективною основою для побудови програми психологічної реабілітації цивільного населення після травматичного досвіду та підтверджують доцільність його застосування в межах даного дослідження.

#### **1.4. Наукові засади тілесно-орієнтованої терапії та можливості у роботі з травмою**

Психологічна реабілітація осіб, які пережили втрату близької людини, посідає важливе місце у системі сучасної психологічної допомоги, оскільки травматична втрата здатна істотно порушувати адаптивне функціонування, знижувати рівень психічного благополуччя та змінювати якість соціального життя. В умовах війни потреба в ефективних програмах реабілітації суттєво зростає, адже поєднання горя зі стресом воєнних обставин створює високі ризики пролонгованого горювання, тривожно-депресивних розладів, посттравматичних симптомів і психосоматичних порушень. У зв'язку з цим сучасні програми реабілітації все частіше вибудовуються як комплексні системи, що включають психоосвітні, стабілізаційні, терапевтичні та соціально підтримувальні компоненти [27].

У сучасній міжнародній практиці психологічної допомоги простежується тенденція до інтеграції підходів, що поєднують роботу з емоціями, смислами, травматичними симптомами та тілесним рівнем

реагування. Важливою є орієнтація на принципи травма-інформованого підходу, що передбачає: безпеку, передбачуваність, добровільність участі, повагу до меж, недопущення ретравматизації та поступовість. Реабілітація після втрати розглядається як процес, що потребує не тільки психологічної підтримки, але й відновлення базових механізмів саморегуляції, які порушуються після травматичної події.

Однією з провідних концепцій, що вплинула на формування сучасних програм, є розуміння горювання як не лінійного процесу, а динамічного, з коливаннями між переживанням втрати і відновленням життєвого функціонування. Відповідно, реабілітаційні програми мають гнучко підтримувати обидва напрями: допомагати людині проживати емоційний біль, не уникаючи його, але водночас – сприяти поверненню до активного життя, формуванню адаптивних навичок, соціальних контактів і ресурсних стратегій [36].

У практиці психологічної реабілітації після втрати застосовується широкий спектр психотерапевтичних моделей. Значна частина сучасних програм базується на доказових підходах.

Когнітивно-поведінкові програми спрямовані на роботу з дисфункціональними переконаннями, які можуть підтримувати патологічні форми горювання та посттравматичні реакції. У межах цього підходу увага приділяється корекції катастрофізації, провини, самообвинувальних думок, а також формуванню адаптивних поведінкових стратегій і поступовому поверненню до активності. Когнітивно-поведінковий підхід особливо ефективний у роботі з тривогою, депресивними станами та уникненням [15].

Широко використовуються й травма-фокусовані методи, що спрямовані на опрацювання травматичних спогадів і редукцію посттравматичної симптоматики. Однак у випадку травматичної втрати в умовах війни ці методи потребують обережного застосування: першочерговою умовою є достатній рівень стабілізації і наявність ресурсів у клієнта.

Окремий напрям складають екзистенційно-орієнтовані підходи, які концентруються на відновленні сенсу, прийнятті незворотності втрати та формуванні нового життєвого бачення. Саме у випадку втрати близької людини важливою стає робота зі смисловими структурами, ідентичністю, внутрішньою опорою та зміною життєвих ролей.

Суттєвою сучасною тенденцією є включення у програми реабілітації тілесно-орієнтованого компонента. Це обумовлено тим, що травма і горе мають виражений тілесний вимір: напруження, порушення дихання, соматизація, вегетативні реакції, дисоціація. Включення тілесно-орієнтованих практик дозволяє: знижувати рівень фізіологічного напруження; відновлювати регуляцію автономної нервової системи; покращувати сон і рівень енергії; формувати навички саморегуляції та «опори на тіло»; зменшувати ризик психосоматичних ускладнень.

У межах інтегративних програм тілесно-орієнтовані техніки нерідко поєднуються з елементами психоосвіти, емоційної підтримки, навичок coping-стратегій, а також ресурсних практик. Такий формат особливо актуальний для цивільного населення у воєнних умовах, оскільки надає людині інструменти швидкої допомоги при загостренні симптомів (панічні реакції, дисоціація, соматичні прояви) [13].

Сучасні програми також активно застосовують груповий формат, що забезпечує нормалізацію переживань («я не один»), соціальну підтримку і відновлення відчуття приналежності. Для осіб після травматичної втрати група може виконувати терапевтичну функцію – створювати простір безпечного проживання болю, обміну досвідом і формування підтримувальних контактів [5].

Український контекст війни формує специфічні запити до системи психологічної допомоги. Травматична втрата у цивільного населення часто поєднується з переживанням хронічного стресу, вимушеною міграцією, економічною нестабільністю, ризиком повторної травматизації. Це вимагає

створення програм, що є доступними, гнучкими та адаптованими до реальних умов.

Український досвід психореабілітації в умовах війни має низку важливих характеристик: орієнтація на кризове втручання та стабілізацію, що є першочерговим етапом допомоги; активне застосування психоосвітніх програм, які пояснюють психофізіологію травми й нормалізують переживання; використання групових форматів як доступних і ресурсних моделей підтримки; інтеграція практик самодопомоги, що забезпечує автономність клієнта; розвиток реабілітаційних ініціатив у співпраці з медичними та соціальними службами, волонтерськими і громадськими організаціями [2].

У межах українських реалій особливого значення набуває підхід, який дозволяє швидко відновлювати базову стабільність та підтримувати людину у повсякденному житті. Саме тому тілесно-орієнтовані техніки, як доступні інструменти саморегуляції, є перспективними для включення в програми психологічної реабілітації цивільних після втрати.

На основі аналізу міжнародних і українських тенденцій можна визначити ключові вимоги до програм психологічної реабілітації після травматичної втрати: комплексність (емоції, поведінка, тілесний рівень, ресурси); травма-інформованість і безпека (без ретравматизації); етапність (стабілізація – відновлення – інтеграція); ресурсність (формування опор і навичок самодопомоги); гнучкість та доступність (можливість адаптації до умов); оцінювання ефективності (діагностика до/після, аналіз змін) [19].

Саме такі характеристики були враховані при розробці програми тілесно-орієнтованої терапії, описаної у практичному розділі даного дослідження.

Отже, сучасні програми психологічної реабілітації дорослих після травматичної втрати характеризуються інтегративним підходом і поєднують психоосвіту, стабілізаційні практики, терапевтичну підтримку, розвиток ресурсності та соціальну інтеграцію. В умовах війни найбільш ефективними

є програми, що спрямовані не лише на опрацювання переживань втрати, але й на відновлення регуляторних механізмів нервової системи, зниження соматизації та формування навичок самопомоги. Тілесно-орієнтована терапія, як доказово обґрунтований напрям, має значні можливості у цьому контексті та є перспективною основою для психологічної реабілітації цивільного населення після травматичної втрати близької людини внаслідок війни.

### **Висновки до першого розділу**

У Розділі 1 здійснено теоретичний аналіз феномену психологічної травми та травматичної втрати в умовах війни, розкрито психоемоційні й психофізіологічні наслідки втрати близької людини для дорослого населення, а також обґрунтовано принципи психологічної реабілітації та потенціал тілесно-орієнтованої терапії як цілісного напрямку допомоги, що працює з травмою на рівні взаємодії психіки й тіла.

У підрозділі 1.1 показано, що психологічна травма у сучасних підходах розуміється не стільки як сама подія, скільки як її наслідок – порушення здатності особистості до адаптації, інтеграції досвіду та відновлення. Травма проявляється системно: через емоційну дисрегуляцію, когнітивні зміни, трансформацію базових переконань і довіри до світу, руйнування смислів, зниження якості міжособистісних стосунків і, принципово важливо, через тілесні механізми реагування. Окремо наголошено, що травматична втрата в умовах війни має подвійну природу: поєднує горювання як природну реакцію на смерть близького та травматичний стрес як відповідь нервової системи на шок, насильницькість, раптовість, відсутність прощання та порушення соціальних ритуалів. Саме ця «подвійність» підвищує ризик пролонгованого (ускладненого) горювання, депресивних і посттравматичних станів та сприяє закріпленню пережитого досвіду у вигляді тілесної напруги й соматичних симптомів. Таким чином, теоретично доведено, що розгляд

травматичної втрати потребує інтеграції психодинамічних, когнітивно-поведінкових, нейропсихологічних та біопсихосоціальних пояснень, де тіло виступає не другорядним «фоном», а активним носієм травматичного досвіду.

У підрозділі 1.2 узагальнено, що втрата близької людини внаслідок війни формує комплексну картину наслідків, у якій психоемоційні та психофізіологічні прояви взаємно підсилюють одне одного. Виявлено, що емоційні реакції при війсьній втраті відзначаються високою інтенсивністю та амбівалентністю: сум поєднується зі злістю, страхом, провинною, відчаєм, переживанням несправедливості й руйнуванням передбачуваності світу. Частими є тривожні та депресивні тенденції, дисоціативні прояви (оніміння, «відключення», відчуття нереальності), феномен «незавершеності втрати» через неможливість ритуального прощання. Психофізіологічний блок наслідків включає порушення сну, вегетативні симптоми, м'язове напруження, виснаження, соматизацію та зміни тілесної усвідомленості (як відчуження від тіла, так і гіперфіксацію на тілесних сигналах). У підсумку доведено: в умовах війни горювання відбувається без достатнього «відновного середовища», на тлі хронічної загрози та нестабільності, тому реабілітація має одночасно знижувати травматичне збудження нервової системи і підтримувати природний процес проживання втрати.

У підрозділі 1.3 обґрунтовано, що психологічна реабілітація дорослих після травматичної втрати має будуватися як етапний і травма-інформований процес, у якому першочерговими є безпека, дозування, добровільність, повага до меж, запобігання ретравматизації та відновлення базових механізмів саморегуляції. Теоретично окреслено ключові принципи, що визначають логіку допомоги: стабілізація (зниження гострої дисрегуляції), відновлення ресурсності (опора, контроль, навички самопомоги) та поступова інтеграція досвіду втрати в життєву історію людини. Доведено, що у випадку війсьної втрати надмірна орієнтація лише на вербалізацію переживань може бути недостатньою або навіть виснажливою, якщо нервова

система перебуває в режимі гіперзбудження чи «замороження». Отже, реабілітаційні програми мають включати такі інструменти, які дозволяють людині повертати керуваність станом через доступні механізми регуляції.

У підрозділі 1.4 систематизовано наукові засади та можливості тілесно-орієнтованої терапії у роботі з травмою та травматичною втратою. Показано, що тілесно-орієнтованої терапія ґрунтується на принципі цілісності психіки й тіла та розглядає тілесні реакції як «мову» травматичного досвіду, а також як ключовий ресурс стабілізації. Теоретично обґрунтовано основні механізми ефективності тілесно-орієнтованої терапії: нормалізація балансу автономної нервової системи; відновлення навичок саморегуляції; зменшення соматизованих проявів; робота з дисоціацією через повернення уваги до опори й безпечних тілесних відчуттів; формування «внутрішньої опори» та відчуття меж. Окремо підкреслено, що тілесно-орієнтованої терапії є особливо релевантною саме при травматичній втраті у воєнних умовах, оскільки дає можливість працювати з болем і напругою без надмірного занурення у травматичні спогади, забезпечуючи м'яку стабілізацію, покращення сну, зниження тривожної настороженості та поступове повернення людини до контакту з життям.

Загалом результати теоретичного аналізу дозволяють зробити узагальнювальний висновок: травматична втрата внаслідок війни є багатовимірним досвідом, у якому горювання та травматичний стрес формують єдину систему психоемоційної й тілесної дисрегуляції, що потребує комплексної, етапної та безпечної реабілітації. У цій логіці тілесно-орієнтована терапія виступає не допоміжним, а концептуально обґрунтованим напрямом, здатним забезпечити первинну стабілізацію нервової системи, відновлення саморегуляції та ресурсності, а також створити базу для подальшої інтеграції втрати. Отже, теоретичні положення Розділу 1 підтверджують доцільність включення тілесно-орієнтованих практик у програми психологічної реабілітації дорослих після травматичної

втрати та визначають методологічне підґрунтя для розробки й опису відповідної реабілітаційної програми у наступних розділах дослідження.

## РОЗДІЛ 2.

### ОРГАНІЗАЦІЯ ТА РЕЗУЛЬТАТИ КОНСТАТУВАЛЬНОГО ЕТАПУ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 2.1. Організація емпіричного дослідження та характеристика вибірки

Емпіричне дослідження було організоване з метою вивчення психоемоційного стану дорослих осіб, які пережили травматичний досвід втрати близької людини внаслідок війни, а також для подальшого обґрунтування і розробки програми психологічної реабілітації засобами тілесно-орієнтованої терапії. Вибір саме цієї категорії досліджуваних зумовлений тим, що втрата значущої людини у контексті воєнних подій має специфічний травматогенний характер: вона нерідко супроводжується раптовістю, насильницькими обставинами, неможливістю повноцінного прощання, тривалим очікуванням або невизначеністю, що підвищує ризик ускладненого горювання та формування посттравматичних реакцій. Окрім того, переживання втрати в умовах триваючої загрози безпеці та соціальної нестабільності значно ускладнює природні механізми відновлення та адаптації особистості.

Дослідження проводилося відповідно до етичних принципів психологічної науки і практики. Зокрема, було забезпечено добровільність участі, дотримання конфіденційності отриманих результатів, інформування учасників щодо мети і змісту роботи, а також їхнього права відмовитися від участі на будь-якому етапі без будь-яких негативних наслідків. До початку діагностичного етапу кожен учасник надав інформовану згоду на участь у дослідженні. Враховуючи підвищену чутливість тематики, особливу увагу було приділено психологічній безпеці респондентів: дослідження проводилося у підтримувальному, недирективному форматі, без примусу до детального відтворення травматичних подій, із можливістю зробити перерву та отримати роз'яснення у разі виникнення емоційного дискомфорту. Також

учасникам було повідомлено про можливість звернення до психологічної допомоги у разі актуалізації важких переживань.

Вибірку дослідження склали 40 осіб – представники цивільного населення (чоловіки та жінки) віком від 27 до 60 років, які пережили втрату близької людини внаслідок війни. Під «близькою людиною» у межах дослідження розумілися члени сім'ї або значущі особи, з якими респондента пов'язували тривалі емоційні стосунки та психологічна прив'язаність (зокрема: чоловік/дружина, батьки, діти, брат/сестра, партнер, інші значущі особи). Ключовою умовою залучення до вибірки було те, що після події втрати минуло не менше трьох місяців. Такий часовий критерій обумовлений тим, що перші тижні після втрати часто характеризуються гострою фазою горя і високою емоційною дезорганізацією, коли психологічні реакції можуть носити тимчасовий характер і не відображати сформовані механізми адаптації. Натомість період після трьох місяців дозволяє більш достовірно оцінити стабілізацію/нестабілізацію психоемоційного стану, наявність травматичних симптомів, рівень тривожності, депресивних переживань, соматичних проявів стресу та здатності до саморегуляції.

Формування вибірки здійснювалося за критеріальним принципом відповідно до мети дослідження. Критеріями включення були:

- 1) належність до цивільного населення;
- 2) вік від 27 до 60 років;
- 3) наявність досвіду втрати близької людини, пов'язаної з війною;
- 4) термін після втрати – не менше трьох місяців;
- 5) добровільна згода на участь у дослідженні.

До критеріїв виключення було віднесено:

- 1) наявність гострих психотичних проявів або станів, що суттєво порушують контакт із реальністю;
- 2) перебування у стані гострої кризи, що потребує невідкладного кризового втручання;

3) важкі когнітивні порушення, які унеможливають виконання діагностичних процедур;

4) соматичні стани, що значно ускладнюють участь у дослідженні та можуть створити додатковий ризик для учасника.

Вказані критерії визначалися насамперед з міркувань психологічної безпеки та коректності застосування методик.

Емпіричне дослідження здійснювалося у кілька послідовних етапів, що забезпечило його системність і логічну узгодженість. На першому етапі було проведено підготовчу роботу: уточнено мету, гіпотезу та завдання емпіричного вивчення, визначено критерії формування вибірки, підібрано психодіагностичний інструментарій, а також підготовлено організаційні матеріали для забезпечення етичних умов (зокрема форму інформованої згоди). Другий етап передбачав реалізацію констатувального дослідження – первинне психодіагностичне обстеження учасників, спрямоване на визначення вихідних характеристик їхнього психоемоційного стану, ступеня вираженості травматичних симптомів, проявів тривожності/депресивності, соматизованих реакцій та показників психологічної стійкості. Третій етап (перспективний у структурі роботи) передбачає розробку програми тілесно-орієнтованої реабілітації та формування практичних рекомендацій, узгоджених з отриманими результатами констатувального етапу.

Загалом, організація емпіричного дослідження була спрямована на забезпечення наукової коректності, репрезентативності вибірки щодо поставленої проблематики та дотримання принципу гуманістичної та травма-інформованої взаємодії з респондентами. Це створило необхідні передумови для подальшого аналізу психодіагностичних даних, визначення актуальних проблемних зон у переживанні травматичної втрати та розробки ефективної програми тілесно-орієнтованої психологічної реабілітації дорослих цивільних осіб після втрати близької людини внаслідок війни.

## 2.2. Опис психодіагностичного інструментарію (методики дослідження)

З метою комплексного вивчення психоемоційного стану дорослих цивільних осіб, які пережили травматичну втрату близької людини внаслідок війни, у дослідженні було використано систему взаємодоповнювальних психодіагностичних методик. Вибір інструментарію здійснювався з урахуванням специфіки травматичного досвіду, характерного для воєнного контексту, а також на основі принципу багатовимірності психологічної діагностики. Це означає, що оцінювалися не лише травматичні симптоми, а й супутні емоційні реакції (тривога, депресивність), соматизовані прояви стресу, рівень психологічної стійкості та особливості тілесної усвідомленості як ключового ресурсу у тілесно-орієнтованій терапії.

З огляду на те, що травматична втрата нерідко супроводжується поєднанням симптомів гострого/хронічного стресу, порушенням сну, емоційною лабільністю, тілесним напруженням, зниженням здатності до саморегуляції та епізодами дисоціативного відсторонення від тілесних відчуттів, застосований інструментарій дозволяє отримати цілісний «психологічний профіль» стану респондентів і сформувані науково обґрунтовані підстави для подальшої розробки програми реабілітації засобами тілесно-орієнтованої терапії.

Для реалізації поставлених завдань було використано такі методики.

**Опитувальник посттравматичного стресового розладу PCL-5 (Контрольний список симптомів ПТСР).** Для оцінювання вираженості симптоматики посттравматичного стресового розладу було застосовано Контрольний список симптомів ПТСР PCL-5, який відповідає діагностичній логіці DSM-5 (Американська психіатрична асоціація). Дана методика є одним із найбільш уживаних інструментів для скринінгу та кількісного вимірювання посттравматичних симптомів у дорослих, що робить її релевантною для дослідження осіб, які пережили травматичний досвід унаслідок війни.

Опитувальник складається з 20 тверджень, що відображають основні кластери симптомів ПТСР: нав'язливе повторне переживання події (інтрузії); уникнення думок, почуттів або ситуацій, пов'язаних із травмою; негативні зміни у когніціях та настрої (провина, сором, відчуття відчуження, зниження позитивних емоцій); підвищене збудження та реактивність (дратівливість, гіперпильність, порушення сну).

Респондент оцінює частоту/інтенсивність прояву кожного симптому за шкалою, після чого обчислюється сумарний показник та профіль симптомів. Застосування PCL-5 у цьому дослідженні зумовлене тим, що травматична втрата у воєнний період часто не обмежується реакцією горя, а містить у собі елементи травматизації (шок, раптовість, загрозливі обставини, неможливість завершення ритуалів прощання), що підвищує ризик ПТСР або субклінічних посттравматичних станів.

**Госпітальна шкала тривоги і депресії (ГШТД, HADS).** Для вимірювання емоційних порушень, які часто супроводжують переживання втрати, було використано Госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS), розроблену Ентоні Зігмондом та Робертом Снейтом. Методика є зручною для застосування в умовах психологічних досліджень, оскільки фокусується на психологічних проявах тривоги та депресивності й мінімізує вплив суто соматичних симптомів, що особливо важливо у вибірках, де тілесні скарги можуть бути як наслідком стресу, так і результатом соматичних захворювань.

Шкала містить 14 тверджень, об'єднаних у дві підшкали: тривога (7 пунктів); депресія (7 пунктів).

HADS дозволяє визначити рівень вираженості тривожних і депресивних проявів та віднести результати до норми або ризику клінічно значущих станів. Доцільність застосування цієї методики у даному дослідженні пояснюється тим, що переживання травматичної втрати у воєнному контексті часто супроводжується хронічною тривогою, переживанням небезпеки, страхом за майбутнє, а також депресивними реакціями, відчуттям спустошення, безнадії, зниженням життєвої активності.

**Шкала соматичних симптомів PHQ-15.** Для оцінювання інтенсивності соматизованих проявів психологічного стресу було застосовано Шкалу соматичних симптомів PHQ-15, запропоновану в межах системи Patient Health Questionnaire. Дана методика дозволяє кількісно оцінити вираженість соматичних скарг, які нерідко є тілесним відображенням психотравматичного досвіду та переживання горя, зокрема: головні болі, болі у спині, відчуття серцебиття, порушення травлення, слабкість, порушення сну тощо.

PHQ-15 складається з 15 пунктів, які описують найбільш поширені соматичні симптоми. Респондент оцінює частоту їх прояву за певний проміжок часу. У межах нашого дослідження використання PHQ-15 є логічним, оскільки травматична втрата через війну часто супроводжується тілесним напруженням, психовегетативними реакціями та стійкими соматичними скаргами, які можуть виступати індикатором хронічного стресу та зниження психологічної адаптації.

Оцінювання соматизації також є важливим у контексті тілесно-орієнтованої терапії, оскільки її практики спрямовані не лише на когнітивну або емоційну регуляцію, а й на відновлення здатності тіла до розслаблення, стабілізації та безпечного проживання емоцій.

**Шкала стресостійкості Коннор – Девідсон (CD-RISC).** З метою оцінювання психологічних ресурсів, що визначають здатність людини до адаптації після травматичних подій, було використано Шкалу стресостійкості Коннор – Девідсон (CD-RISC), запропоновану Кетрін Коннор та Джонатаном Девідсоном. Методика дозволяє визначити рівень резильєнтності (життєстійкості), яка у сучасних підходах розглядається як ключовий чинник відновлення після втрати і травматичного досвіду.

Опитувальник оцінює такі компоненти, як: здатність до подолання труднощів; гнучкість у стресових обставинах; внутрішній контроль і самодисципліна; віра у власну ефективність; здатність відновлюватися після втрат.

Актуальність CD-RISC для нашого дослідження полягає у тому, що психологічна реабілітація не може обмежуватися лише зниженням симптомів – її завданням є також відновлення ресурсу, формування відчуття опори та саморегуляції. Саме тому діагностика резильєнтності є важливою для подальшого створення програми тілесно-орієнтованої терапії, яка має підсилювати ресурсні механізми нервової системи.

**Мультивимірний опитувальник інтероцептивної усвідомленості МАІА.** Оскільки тема дослідження безпосередньо пов'язана з тілесно-орієнтованою терапією, важливим завданням стало вимірювання тілесної усвідомленості та здатності помічати, розпізнавати і регулювати внутрішні тілесні сигнали. Для цього було використано Мультивимірний опитувальник інтероцептивної усвідомленості МАІА. Дана методика оцінює особливості взаємодії людини з власним тілом, зокрема здатність до помічання відчуттів, довіри до тілесних сигналів, уміння регулювати емоційний стан через тілесні практики.

МАІА у межах тілесно-орієнтованої проблематики є особливо цінною, адже травматичний досвід і ускладнене горювання нерідко супроводжуються явищами відчуження від тіла, притупленням тілесних відчуттів або навпаки гіперчутливістю, а також порушенням здатності до тілесної саморегуляції. Визначення рівня інтероцептивної усвідомленості дозволяє не лише діагностувати проблему, а й операціоналізувати очікувані результати програми ТОТ – зростання контакту з тілом, підвищення здатності до стабілізації та відновлення почуття внутрішньої опори.

### **2.3. Аналіз результатів констатувального етапу**

Для первинної оцінки вираженості посттравматичної симптоматики було використано опитувальник PCL-5, який дозволяє кількісно вимірювати інтенсивність симптомів ПТСР відповідно до діагностичної логіки DSM-5.

Методика відображає чотири кластери симптомів: інтрузії, уникнення, негативні зміни когніцій і настрою, а також підвищене збудження.

**Таблиця 2.1**

**Описова статистика показників PCL-5**

<b>Показник</b>	<b>Значення</b>
Медіана	39,0
Середнє арифметичне	41,2
Дисперсія	156,3
Стандартне відхилення	12,5

Для оцінювання вираженості посттравматичної симптоматики у дорослих цивільних осіб, які пережили втрату близької людини внаслідок війни (термін після втрати – не менше 3 місяців), було застосовано опитувальник PCL-5, що дозволяє кількісно визначити інтенсивність симптомів посттравматичного стресового реагування. Отримані результати представлені у таблиці 2.1, де наведено основні параметри описової статистики.

Згідно з даними, медіана показника PCL-5 становить 39,0, що вказує на те, що щонайменше половина досліджуваних має рівень посттравматичних проявів не нижчий за зазначене значення. Водночас середнє арифметичне дорівнює 41,2, що дещо перевищує медіану. Таке співвідношення між середнім значенням і медіаною може свідчити про наявність у вибірці частини осіб із більш високими показниками посттравматичної симптоматики, які «підтягують» середній рівень у бік зростання. Це є типовим для вибірок осіб, що перебувають у стані травматичного горя, адже реакція на втрату може суттєво відрізнитися залежно від індивідуальних ресурсів, соціальної підтримки, умов переживання події та особливостей психічної регуляції.

Показник дисперсії становить 156,3, що демонструє достатньо виражений розкид результатів навколо середнього значення. Відповідно, стандартне відхилення становить 12,5, що означає наявність істотної варіативності інтенсивності ПТСР-проявів у групі. Іншими словами, досліджувані не становлять однорідної вибірки за рівнем травматичної симптоматики: частина респондентів демонструє помірний рівень симптомів, тоді як інша частина – суттєво підвищений, що може вказувати на тенденцію до дезадаптації та потребу в цілеспрямованій психологічній реабілітації.

У контексті переживання втрати близької людини підвищення PCL-5 може бути зумовлене низкою специфічних чинників.

По-перше, втрата внаслідок війни має ознаки травматичної події, оскільки нерідко супроводжується шоком, раптовістю, насильницьким характером, порушенням звичних ритуалів прощання, а також постійною загрозою повторної травматизації.

По-друге, горювання у воєнному контексті ускладнюється нестабільністю, тривалим стресом, інформаційним навантаженням та переживанням несправедливості, що додатково впливає на симптоматику. Підвищені показники PCL-5 у такій вибірці можуть проявлятися через гіперзбудження, нав'язливі образи або спогади, уникнення нагадувань, порушення сну, психофізіологічне виснаження та труднощі емоційної регуляції.

Загалом отримані показники свідчать, що для досліджуваної групи характерним є переважно підвищений рівень посттравматичного стресового реагування, а також наявність значних індивідуальних відмінностей. Це підтверджує доцільність подальшого аналізу психологічного стану за іншими методиками, зокрема оцінювання тривожності, депресивних проявів, соматизації та ресурсних характеристик, а також обґрунтовує необхідність впровадження програми психологічної реабілітації із застосуванням тілесно-орієнтованих практик.

Шкала HADS застосовувалася для визначення вираженості тривоги та депресивності як домінантних емоційних реакцій у структурі травматичного горя. Методика містить дві субшкали: «Тривога» (HADS-A) і «Депресія» (HADS-D), що дозволяє диференційовано оцінити емоційний стан.

Таблиця 2.2

## Описова статистика показників HADS

Підшкала	Медіана	Середнє арифметичне	Дисперсія	Стандартне відхилення
HADS-Тривога	12,0	12,6	12,3	3,5
HADS-Депресія	10,0	10,8	13,0	3,6

Для комплексного аналізу психоемоційного стану дорослих цивільних осіб, які пережили втрату близької людини внаслідок війни (N=40, термін після втрати – не менше 3 місяців), було застосовано Госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS), яка дозволяє оцінити рівень тривожних і депресивних проявів у формі двох підшкал: HADS-Тривога та HADS-Депресія. Показники описової статистики представлено у таблиці 2.2.

Згідно з отриманими даними, медіана за підшкалою HADS-Тривога становить 12,0, тоді як середнє арифметичне – 12,6. Відносно невелике перевищення середнього значення над медіаною може свідчити про наявність у вибірці підгрупи досліджуваних із більш високими показниками тривожності, що підвищують загальний середній рівень. Варто підкреслити, що тривожність у ситуації травматичної втрати в умовах війни часто має не лише реактивний (ситуативний) характер, а й форму стійкої хронічної настороженості, що підтримується реальним фоном небезпеки, соціальною нестабільністю, страхом повторних втрат, а також інформаційним перенавантаженням. Психологічно тривожність у таких випадках

проявляється не лише у вигляді переживань і тривожних думок, а й у тілесних реакціях: напруженні, порушенні сну, підвищеній вегетативній реактивності та труднощах розслаблення.

Показники варіативності за цією підшкалою демонструють помітну неоднорідність станів у групі. Так, дисперсія за HADS-Тривога становить 12,3, а стандартне відхилення – 3,5, що вказує на те, що хоча в цілому група має підвищені тривожні прояви, інтенсивність тривоги у досліджуваних відрізняється. Це можна пояснити індивідуальними відмінностями у стресостійкості, особливостями переживання втрати, підтримувальним потенціалом соціального середовища, а також тим, у яких умовах відбулася втрата (раптовість, насильницькість, відсутність можливості прощання тощо).

Аналіз підшкали HADS-Депресія засвідчив, що медіана становить 10,0, а середнє арифметичне – 10,8. Аналогічно до тривожності, середнє значення дещо перевищує медіану, що свідчить про наявність у вибірці осіб із більш вираженими депресивними проявами. У контексті травматичної втрати депресивні симптоми можуть бути пов'язані як із природним переживанням горя, так і з дезадаптивними формами реагування, що переходять у стійкі емоційні порушення. Депресивність у цьому випадку проявляється зниженням активності, пригніченим настроєм, втратою життєвого інтересу, виснаженням, переживанням безнадійності, а також внутрішнім відчуттям втрати сенсу й майбутньої перспективи. Для цивільного населення в умовах війни ці прояви можуть посилюватися зовнішніми чинниками – нестабільністю, неможливістю планування, соціальними труднощами та обмеженням звичних джерел підтримки.

Дані щодо варіативності депресивних проявів також відображають значну індивідуальну різницю: дисперсія за HADS-Депресія становить 13,0, а стандартне відхилення – 3,6. Це означає, що в групі представлені як особи з помірними ознаками зниження настрою, які є типовими для горя, так і респонденти з більш вираженими депресивними симптомами, що можуть

потребувати інтенсивнішого психологічного супроводу та комплексної підтримки.

У цілому результати HADS дозволяють зробити висновок, що для досліджуваної вибірки характерні підвищені рівні тривоги та депресивності, причому тривожний компонент є дещо більш вираженим. Це узгоджується зі специфікою травматичної втрати в умовах війни, коли переживання втрати відбувається одночасно з тривалим стресом, невизначеністю та реальною небезпекою. Виявлені дані підтверджують необхідність застосування психологічних втручань, що впливають не лише на когнітивно-емоційні прояви, але й на психофізіологічну регуляцію, зокрема тілесно-орієнтованих практик, які сприяють зниженню тривоги, відновленню відчуття опори, стабілізації нервової системи та підвищенню ресурсності.

Методика РНQ-15 була використана для визначення рівня соматизації – тілесних проявів психоемоційного напруження, що є характерними для переживання травматичного стресу. У межах дослідження дана шкала особливо важлива, оскільки тілесно-орієнтована терапія прямо спрямована на роботу із симптомами тілесного напруження та порушеннями саморегуляції.

**Таблиця 2.3**

**Описова статистика показників РНQ-15**

<b>Показник</b>	<b>Значення</b>
Медіана	13,0
Середнє арифметичне	13,7
Дисперсія	16,8
Стандартне відхилення	4,1

Для оцінювання рівня соматизації та тілесних проявів психологічного напруження у дорослих цивільних осіб, які пережили втрату близької людини внаслідок війни, було застосовано шкалу РНQ-15, що дозволяє визначити інтенсивність соматичних симптомів, які нерідко супроводжують

тривогу, депресивні стани та посттравматичне стресове реагування. Застосування РНQ-15 є методично обґрунтованим у межах даного дослідження, оскільки травматична втрата в умовах війни часто проявляється не лише на емоційно-когнітивному рівні, а й у вигляді стійких тілесних реакцій, що відображають дисрегуляцію нервової системи.

Згідно з результатами описової статистики, медіана показника РНQ-15 становить 13,0, а середнє арифметичне – 13,7, що вказує на загалом підвищений рівень соматичних симптомів у досліджуваній групі. Невелике перевищення середнього значення над медіаною може свідчити про наявність частини респондентів із більш вираженими соматизованими проявами стресу, які підвищують середній показник у вибірці. У контексті травматичної втрати така тенденція є закономірною, оскільки різні особи мають відмінну чутливість до стресу, різні механізми психологічного реагування та неоднакову здатність до емоційної регуляції, що безпосередньо впливає на тілесну симптоматику.

Показник дисперсії становить 16,8, а стандартне відхилення – 4,1, що свідчить про помітну варіативність результатів у вибірці. Це означає, що досліджувані відрізняються за ступенем соматизації: у частини осіб соматичні симптоми можуть бути помірними і ситуативними, тоді як в інших – проявляються значно виразніше, набуваючи хронічного характеру та знижуючи якість життя. Соматичні скарги у межах травматичного горя часто включають м'язову напругу, головний біль, дискомфорт у грудях, серцебиття, шлунково-кишкові розлади, відчуття нестачі повітря, загальну втому тощо. При цьому тілесні прояви виконують важливу психологічну функцію, виступаючи формою непрямого «вираження» переживань, які складно усвідомлювати або вербалізувати.

Важливо зазначити, що підвищений рівень соматизації у цивільних осіб після втрати внаслідок війни може бути пов'язаний із поєднанням кількох чинників.

По-перше, війна створює ситуацію тривалого хронічного стресу, що підтримує постійне фізіологічне збудження.

По-друге, травматична втрата супроводжується складними емоціями та нерідко дисоціативними реакціями, внаслідок чого емоційне напруження переноситься у тілесну сферу.

По-третє, недостатність соціальної підтримки або неможливість повноцінного проживання горя може сприяти тому, що переживання «закріплюються» у вигляді тілесного напруження та соматичних симптомів. Таким чином, соматизація у даній вибірці виступає не випадковим супутнім явищем, а одним із ключових механізмів дезадаптивного реагування на травматичну подію.

Отже, результати РНQ-15 підтверджують, що у досліджуваній групі наявні виражені тілесні прояви стресу, які потребують цілеспрямованого психологічного впливу. Оскільки соматизація є тісно пов'язаною з дисрегуляцією автономної нервової системи, доцільними є реабілітаційні втручання, спрямовані на зниження психофізіологічного напруження, нормалізацію дихання, релаксацію та формування тілесної усвідомленості. Це додатково обґрунтовує застосування тілесно-орієнтованої терапії як одного з ефективних напрямів психологічної реабілітації дорослих після травматичної втрати.

CD-RISC застосовувалася для оцінки резильєнтності як ресурсу адаптації після втрати. Методика дозволяє визначити, наскільки збережена здатність особистості відновлюватися, опиратися труднощам, керувати емоціями та підтримувати життєву активність у складних обставинах.

Таблиця 2.4

## Описова статистика показників CD-RISC

Показник	Значення
Медіана	55,0
Середнє арифметичне	56,4
Дисперсія	132,3
Стандартне відхилення	11,5

З метою оцінювання рівня психологічної стресостійкості у дорослих цивільних осіб, які пережили втрату близької людини внаслідок війни, у дослідженні було застосовано шкалу Коннор – Девідсон. Дана методика дозволяє визначити здатність особистості адаптуватися до стресових умов, зберігати функціональність у кризових ситуаціях, використовувати внутрішні та зовнішні ресурси для подолання труднощів, що є особливо значущим у контексті тривалого травматичного досвіду та переживання втрати.

Згідно з даними описової статистики, медіана показника CD-RISC становить 55,0, тоді як середнє арифметичне – 56,4. Близькість цих значень свідчить про відносно симетричний розподіл результатів у вибірці та відсутність різко виражених крайніх значень, що суттєво зміщували б середній показник. Разом із тим отримані значення дозволяють говорити про помірний рівень психологічної стресостійкості у досліджуваній групі. Це означає, що, незважаючи на пережитий травматичний досвід, значна частина респондентів зберігає певні адаптивні ресурси, однак ці ресурси не є достатньо стабільними або стійкими для повноцінного подолання наслідків втрати без спеціалізованої психологічної підтримки.

Показник дисперсії становить 132,3, а стандартне відхилення – 11,5, що вказує на помітну варіативність рівня стресостійкості серед досліджуваних. Такий розкид результатів свідчить про наявність у вибірці осіб із різними адаптивними можливостями: від респондентів, які демонструють відносно високий рівень витривалості та здатність справлятися зі стресом, до осіб зі

зниженими показниками стресостійкості, для яких характерними є емоційна вразливість, швидке виснаження та труднощі у відновленні після стресових подій. Ці відмінності можуть бути зумовлені індивідуальними психологічними особливостями, рівнем соціальної підтримки, попереднім досвідом подолання кризових ситуацій, а також характером і обставинами втрати.

У контексті травматичної втрати близької людини внаслідок війни помірний рівень стресостійкості можна розглядати як потенційний ресурс, який, однак, перебуває у стані значного навантаження. Тривалий стрес, пов'язаний із воєнною ситуацією, нестабільністю та ризиком повторної травматизації, здатен поступово виснажувати навіть наявні адаптивні механізми. У таких умовах стресостійкість не завжди виконує захисну функцію, а радше потребує підтримки та цілеспрямованого розвитку через психологічні втручання.

Отримані результати за шкалою CD-RISC узгоджуються з даними, отриманими за іншими методиками дослідження. Зокрема, помірний рівень стресостійкості поєднується з підвищеними показниками посттравматичної симптоматики, тривоги, депресивності та соматизації, що свідчить про дисбаланс між наявними ресурсами та інтенсивністю стресового навантаження. Це підкреслює необхідність психологічної реабілітації, спрямованої не лише на зниження негативних симптомів, але й на активізацію та зміцнення ресурсних характеристик особистості.

Таким чином, результати методики CD-RISC підтверджують доцільність включення у програму психологічної реабілітації тілесно-орієнтованих практик, які сприяють відновленню внутрішньої опори, нормалізації психофізіологічного стану, підвищенню здатності до саморегуляції та, як наслідок, поступовому зростанню рівня стресостійкості у дорослих осіб після травматичної втрати внаслідок війни.

Опитувальник MAIA був включений як спеціалізований інструмент для вимірювання тілесної усвідомленості, яка є одним із ключових механізмів дії

тілесно-орієнтованої терапії. Для узагальненого аналізу в роботі розглядався інтегральний показник тілесної усвідомленості (середній бал).

**Таблиця 2.5**

**Описова статистика інтегрального показника МАІА**

Показник	Значення
Медіана	2,7
Середнє арифметичне	2,8
Дисперсія	0,36
Стандартне відхилення	0,60

Для оцінювання рівня тілесної усвідомленості у дорослих цивільних осіб, які пережили втрату близької людини внаслідок війни, було застосовано Мультивимірний опитувальник інтероцептивної усвідомленості (МАІА). Даний інструмент спрямований на визначення здатності людини помічати й інтерпретувати сигнали тіла, усвідомлювати внутрішні відчуття, розпізнавати напруження і розслаблення, а також використовувати тілесні відчуття як джерело стабілізації та саморегуляції. У межах дослідження використано інтегральний показник МАІА, який дозволяє отримати узагальнену характеристику рівня тілесної усвідомленості як ресурсу психологічного відновлення.

Згідно з даними таблиці 2.5, медіана інтегрального показника МАІА становить 2,7, а середнє арифметичне – 2,8, що свідчить про загалом помірно знижений або недостатній рівень тілесної усвідомленості у досліджуваній вибірці. Близькість медіани та середнього значення вказує на відносну узгодженість результатів у групі, тобто більшість респондентів демонструють схожий рівень тілесного контакту, без суттєвого зміщення показників через крайні значення. Водночас саме значення інтегрального показника свідчить, що значна частина досліджуваних відчуває труднощі у розпізнаванні тонких тілесних сигналів, усвідомленні напруження, втому чи

внутрішнього дискомфорту, а також не завжди здатна використовувати тіло як джерело самозаспокоєння та відновлення.

Показники варіативності підтверджують, що хоча загальний рівень тілесної усвідомленості у вибірці є помірним, індивідуальні відмінності все ж присутні. Так, дисперсія становить 0,36, а стандартне відхилення – 0,60, що вказує на помірний розкид значень. Це означає, що частина осіб демонструє відносно кращий контакт із тілом, здатність помічати фізіологічні сигнали та стабілізувати себе через дихання чи тілесну опору. Водночас у іншій частини респондентів рівень інтероцептивної усвідомленості є нижчим, що може проявлятися у відчутті відчуження від власного тіла, емоційному «онімінні», труднощах розслаблення, а також підвищеній соматичній напруженості.

Зниження тілесної усвідомленості у цивільних осіб після травматичної втрати має глибокі психологічні причини. Травматичний досвід, зокрема у воєнному контексті, нерідко супроводжується дисоціативними реакціями, коли психіка «від'єднує» людину від емоційного болю, що може поширюватися й на тілесну сферу. За таких умов клієнт гірше розпізнає напруження, не помічає моменту виснаження або не може визначити, що саме відбувається в тілі під час тривоги. Водночас можливий і протилежний варіант – підвищена фіксація на тілесних симптомах, коли людина надмірно тривожиться щодо серцебиття, дихання, болю, що також не є адаптивним механізмом тілесної усвідомленості, а радше проявом соматизованої тривоги.

У контексті даного дослідження результати MAIA мають особливе значення, оскільки тілесна усвідомленість є одним із ключових ресурсних механізмів, через які тілесно-орієнтована терапія здійснює позитивний вплив. Недостатній рівень інтероцептивного контакту з тілом у досліджуваної групи може пояснювати вищу схильність до соматизації, хронічного напруження, порушень сну та труднощів емоційної регуляції. Водночас цей показник є перспективним для корекції: розвиток тілесної усвідомленості через вправи на заземлення, дихання, сканування тіла, роботу

з опорою та м'язовим розслабленням здатний підвищувати здатність клієнта до саморегуляції й знижувати рівень травматичної симптоматики.

Таким чином, дані за МАІА свідчать про те, що у досліджуваних цивільних осіб після втрати близької людини внаслідок війни наявний знижений рівень тілесної усвідомленості, що ускладнює відновлення після травматичного досвіду. Це обґрунтовує доцільність включення в програму психологічної реабілітації тілесно-орієнтованих практик, спрямованих на формування тілесного контакту як базового ресурсу стабілізації, самопідтримки та психологічного відновлення.

Таким чином, результати констатувального етапу свідчать про наявність у досліджуваних середньо-високої посттравматичної симптоматики, вираженої тривожності, підвищеної депресивності, значущих соматизованих реакцій стресу, а також зниженого рівня стресостійкості та тілесної усвідомленості. Отриманий профіль стану характеризує порушення саморегуляції у психоемоційному та тілесному вимірах, що є ключовим обґрунтуванням для подальшої розробки програми тілесно-орієнтованої психологічної реабілітації.

### **Висновки до другого розділу**

У розділі 2 було висвітлено організаційні засади та результати констатувального етапу емпіричного дослідження, спрямованого на вивчення психоемоційного стану дорослих цивільних осіб, які пережили травматичну втрату близької людини внаслідок війни. Дослідження проведено з дотриманням етичних принципів психологічної науки й практики, у травма-інформованому форматі, що забезпечило психологічну безпеку респондентів, добровільність участі, конфіденційність та поінформованість щодо мети й процедур роботи. Вибірку склали 40 осіб віком 27–60 років, для яких з моменту втрати минуло щонайменше три місяці, що дозволило оцінювати не

лише гострі реакції горя, а й більш стабілізовані прояви посттравматичного реагування, емоційних порушень і ресурсних характеристик.

Для комплексної оцінки стану учасників було використано взаємодоповнювальний психодіагностичний інструментарій (PCL-5, HADS, PHQ-15, CD-RISC, MAIA), який дозволив сформувати багатовимірний психологічний профіль, релевантний меті подальшої реабілітації засобами тілесно-орієнтованої терапії. Отримані результати засвідчили, що у вибірці спостерігається середньо-високий рівень посттравматичної симптоматики (PCL-5:  $Me=39,0$ ;  $M=41,2$ ;  $SD=12,5$ ), при цьому варіативність показників вказує на суттєві індивідуальні відмінності у вираженості травматичних реакцій. Додатково виявлено підвищені рівні тривожності та депресивності (HADS-A:  $Me=12,0$ ;  $M=12,6$ ;  $SD=3,5$ ; HADS-D:  $Me=10,0$ ;  $M=10,8$ ;  $SD=3,6$ ), що відображає домінування емоційної напруги, стійкого переживання небезпеки, виснаження та зниження життєвої перспективи, характерних для травматичного горя у воєнному контексті.

Важливим результатом констатувального етапу стало підтвердження значущості тілесного виміру переживання втрати: за PHQ-15 зафіксовано підвищений рівень соматизації ( $Me=13,0$ ;  $M=13,7$ ;  $SD=4,1$ ), що свідчить про дисрегуляцію психофізіологічних процесів і тенденцію до «тілесного» прояву емоційного напруження. Одночасно показники CD-RISC демонструють помірний рівень резильєнтності ( $Me=55,0$ ;  $M=56,4$ ;  $SD=11,5$ ) із помітним розкидом значень, що вказує на нерівномірність ресурсних можливостей: наявні адаптивні ресурси у частини респондентів є збереженими, однак для значної частини – недостатніми для самостійного подолання наслідків втрати. Дані MAIA ( $Me=2,7$ ;  $M=2,8$ ;  $SD=0,60$ ) засвідчили помірно знижений рівень тілесної усвідомленості, тобто труднощі у розпізнаванні внутрішніх тілесних сигналів і використанні тіла як опори для саморегуляції, що потенційно підтримує хронічне напруження й соматизовані прояви стресу.

Узагальнюючи, констатувальний етап показав, що психоемоційний стан цивільних осіб після травматичної втрати внаслідок війни характеризується поєднанням: середньо-високої посттравматичної симптоматики, підвищеної тривожності та депресивності, значущих соматизованих реакцій, (помірно зниженої резильєнтності та недостатньої тілесної усвідомленості. Такий профіль вказує на порушення саморегуляції як у психоемоційному, так і в тілесному вимірах та підтверджує наукову й практичну доцільність подальшої розробки програми психологічної реабілітації засобами тілесно-орієнтованої терапії. Виявлені результати визначають ключові «мішені» майбутнього втручання: зниження посттравматичних проявів і тривожно-депресивної симптоматики, роботу з психофізіологічною напругою та соматизацією, а також посилення ресурсності через розвиток тілесної усвідомленості, навичок заземлення, стабілізації та відновлення внутрішньої опори.

## РОЗДІЛ 3.

### РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМИ ТІЛЕСНО-ОРІЄНТОВАНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ТРАВМАТИЧНОЇ ВТРАТИ

#### 3.1. Обґрунтування програми тілесно-орієнтованої терапії

Розробка програми тілесно-орієнтованої психологічної реабілітації дорослих цивільних осіб, які пережили травматичну втрату близької людини внаслідок війни, ґрунтується на результатах констатувального етапу дослідження та сучасних наукових уявленнях про механізми травматичного стресу і переживання горя. Втрата значущої людини у контексті воєнних подій має подвійний психотравмувальний характер: з одного боку – це глибоке переживання горя, з іншого – травматизація обставинами війни (раптовість, насильницький характер події, почуття безпорадності, хронічне відчуття небезпеки, відсутність стабільності та завершених ритуалів прощання). Саме тому у даній категорії осіб часто спостерігається стійке порушення психоемоційної рівноваги, дисрегуляція нервової системи, соматизація стресу та зниження психологічної стійкості.

Отримані емпіричні дані свідчать про те, що у вибірці переважає комплекс взаємопов'язаних симптомів, які охоплюють як психологічний, так і тілесний рівні реагування. Зокрема, показники за опитувальником PCL-5 вказали на наявність у досліджуваних підвищеної посттравматичної симптоматики, що виявляється через ознаки інтрузивних переживань, уникнення травматичних нагадувань, негативні емоційно-когнітивні зміни, а також підвищене збудження і реактивність. Такі прояви відображають порушення стабільності функціонування нервової системи, коли організм тривалий час перебуває у стані загрози або «бойової готовності» навіть після завершення події. В умовах травматичної втрати це часто поєднується з непрожитими емоціями горя, що ускладнює природні процеси адаптації.

Результати Госпітальної шкали тривоги і депресії продемонстрували підвищення показників як тривожності, так і депресивних тенденцій. Це

означає, що переживання втрати супроводжується не лише емоційним болем, а й тривалим внутрішнім напруженням, страхом, очікуванням небезпеки, порушенням сну, а також зниженням життєвої активності, пригніченістю, переживанням спустошеності та частковою втратою сенсових орієнтирів. Тривога і депресивність у даному випадку функціонують як маркери психологічної дезадаптації, що потребує відновлювальних втручань, спрямованих на стабілізацію емоційного стану.

Особливо значущим для обґрунтування тілесно-орієнтованої програми став аналіз показників РНQ-15, який підтвердив підвищений рівень соматичних симптомів у респондентів. Переважання соматизації у вибірці вказує, що травматичний стрес та горе проявляються не лише на рівні переживань і думок, а й у вигляді фізіологічних симптомів: хронічного напруження, тілесного дискомфорту, порушень сну, виснаження, вегетативної реактивності. У психофізіологічному аспекті це відображає недостатність навичок саморегуляції та релаксації, а також нездатність організму повернутися у стан відносної безпеки й відновлення.

Водночас показники шкали стресостійкості Коннор – Девідсон (CD-RISC) засвідчили зниження або нестабільність ресурсної сфери. Для значної частини досліджуваних характерне послаблення здатності швидко відновлюватися після сильного стресу, зниження відчуття внутрішньої опори, ослаблення віри у власну ефективність. Умови війни, тривале перебування у ситуації непередбачуваності та пережита втрата формують фон, у якому навіть наявні ресурси можуть бути виснаженими або блокованими. Проте наявність середніх показників резильєнтності у частини вибірки свідчить про можливість її цілеспрямованого зміцнення через психореабілітаційні практики, зокрема через тілесно-орієнтований підхід, який сприяє відновленню регуляторних процесів і «фізіологічної опори» особистості.

Не менш важливими є результати Мультивимірної опитувальника інтероцептивної усвідомленості. Зниження тілесної усвідомленості у

досліджуваних означає, що значна частина респондентів має труднощі з контактом із власним тілом: недостатньо помічає внутрішні сигнали, не довіряє тілесним відчуттям, не вміє використовувати тіло як джерело заспокоєння та саморегуляції. У контексті травматичної втрати це є закономірним, оскільки психіка нерідко застосовує захисні механізми відсторонення (у тому числі тілесного), щоб зменшити інтенсивність болю. У результаті формується замкнене коло: чим нижчий контакт із тілом, тим складніше людині відстежувати напруження, вчасно знижувати його, відновлювати сон, емоційну стабільність і ресурсність.

Отже, результати констатувального етапу свідчать, що центральною проблемою досліджуваної вибірки є порушення саморегуляції, яке проявляється на декількох рівнях:

- психологічному (тривога, депресивні переживання, напруження, уникнення);
- травматичному (посттравматичні симптоми, гіперзбудження, фрагментарне переживання досвіду);
- тілесному (соматизація, напруга, порушення сну, вегетативна нестабільність);
- ресурсному (зниження стресостійкості, ослаблення відчуття внутрішньої опори);
- усвідомлювальному (зниження інтероцептивної усвідомленості).

Саме тому подальша реабілітаційна робота потребує підходу, який не обмежується когнітивно-раціональним опрацюванням втрати, а забезпечує відновлення фізіологічної та емоційної стабільності, формує навички тілесного заземлення, самозаспокоєння та ресурсного відновлення. Тілесно-орієнтована терапія у цьому випадку є методологічно обґрунтованою, оскільки вона безпосередньо впливає на механізми травматичного реагування: регуляцію нервової системи, зниження гіперзбудження або «замороження», відновлення контактності із тілом, формування безпечних тілесних меж та повернення відчуття контролю.

При розробці програми враховано принципи травма-інформованого підходу, що особливо актуально для осіб із досвідом втрати внаслідок війни. Це означає, що всі вправи та практики мають бути м'якими, дозованими, безпечними й такими, що не провокують інтенсивної ретравматизації. Пріоритетним стає не пряме занурення у травматичний досвід, а стабілізація, нарощування ресурсів, розвиток тілесної усвідомленості та навчання навичкам саморегуляції. У цьому контексті програму структуровано відповідно до логіки поетапної реабілітації:

- первинна стабілізація та формування відчуття безпеки (заземлення, орієнтування, опора);
- зниження тілесної напруги та нормалізація дихання як базового регулятора;
- відновлення тілесних меж і відчуття контролю;
- формування ресурсного стану та навичок самодопомоги;
- інтеграція пережитого досвіду на тілесному рівні та закріплення адаптивних стратегій.

Таким чином, програма тілесно-орієнтованої психологічної реабілітації є обґрунтованою як теоретично, так і емпірично: результати констатувального дослідження підтверджують наявність симптомів, на які безпосередньо спрямовані практики тілесно-орієнтованої терапії (напруга, соматизація, порушення саморегуляції, зниження тілесної усвідомленості), а також доводять необхідність формування навичок стабілізації та ресурсного відновлення. Це створює наукову базу для переходу до наступного підрозділу, де буде визначено мету, завдання, структуру програми та представлено зміст тілесно-орієнтованих практик у межах психологічної реабілітації дорослих після травматичної втрати.

На основі теоретичного аналізу проблеми та результатів констатувального етапу дослідження було розроблено програму тілесно-орієнтованої психологічної реабілітації, спрямовану на підтримку дорослих цивільних осіб, які пережили травматичну втрату близької людини внаслідок

війни. Виявлені у вибірці показники підвищеної посттравматичної симптоматики, тривожності, депресивних тенденцій, соматизації стресу, зниження стресостійкості та тілесної усвідомленості підтверджують необхідність цілеспрямованого реабілітаційного впливу, що поєднує емоційну підтримку із відновленням навичок тілесної саморегуляції.

У сучасних травма-орієнтованих підходах реабілітація розглядається як процес відновлення адаптивного функціонування, який передбачає поступове повернення відчуття контролю над власним станом, стабілізацію нервової системи, відновлення ресурсу, формування здатності до безпечного проживання емоцій та інтеграції травматичного досвіду. Саме тому структура програми відповідає логіці поетапної психологічної допомоги: від стабілізації та формування відчуття безпеки – до зміцнення саморегуляції, ресурсності й закріплення навичок самодопомоги.

Метою розробленої програми є психологічна реабілітація дорослих цивільних осіб після травматичної втрати близької людини внаслідок війни шляхом застосування практик тілесно-орієнтованої терапії, спрямованих на стабілізацію психоемоційного стану, зниження травматичних і соматизованих симптомів, розвиток тілесної усвідомленості, формування навичок саморегуляції та підвищення стресостійкості.

Для реалізації поставленої мети було визначено систему взаємопов'язаних завдань:

1. Сприяти формуванню відчуття безпеки та стабілізації шляхом освоєння практик заземлення, орієнтування та тілесної опори.
2. Знизити рівень психофізіологічного напруження за допомогою дихальних технік, м'язової релаксації, вправ на зняття тілесних блоків і нормалізацію вегетативних реакцій.
3. Розвивати тілесну усвідомленість як здатність помічати внутрішні сигнали тіла, розуміти їх значення та безпечно використовувати тілесні відчуття для регуляції стану.

4. Підвищити навички емоційної саморегуляції через навчання м'якому «контейнуванню» переживань, поверненню до ресурсу та стабілізуючим стратегіям самопомоги.

5. Відновити тілесні межі та відчуття контролю як важливі умови зниження тривожності та посттравматичних реакцій.

6. Сприяти актуалізації та зміцненню ресурсності (внутрішніх і зовнішніх ресурсів) та підвищенню рівня стресостійкості.

7. Сформувати індивідуальний набір стабілізаційних технік для використання у повсякденному житті (домашні вправи), що підтримують емоційний стан у періоди загострення переживань.

При розробці програми враховано ключові принципи тілесно-орієнтованої роботи з травмою та травматичним горем:

- принцип безпеки: вправи не повинні провокувати ретравматизацію та різке загострення симптомів;
- принцип дозування та поступовості: перехід від простих стабілізаційних практик до більш глибоких відбувається поетапно;
- принцип ресурсності: кожне заняття містить ресурсний блок, який завершує роботу в стабільному стані;
- принцип опори на тіло як основу саморегуляції: відновлення тілесного контакту розглядається як центральний механізм відновлення;
- принцип травма-інформованої взаємодії: недирективність, повага до меж учасника, добровільність, можливість паузи та вибору інтенсивності участі;
- принцип інтеграції: програма спрямована не лише на зниження симптомів, а й на відновлення зв'язку «тіло–емоції–смысл».

Програма має груповий формат (можливий також індивідуальний варіант за потреби) і розрахована на дорослих цивільних осіб віком 27–60 років, які пережили втрату близької людини внаслідок війни та перебувають у періоді після втрати не менше трьох місяців.

Заняття проводяться 1 раз на тиждень, що дозволяє учасникам поступово інтегрувати навички у повсякденне життя, виконувати домашні вправи та спостерігати зміни у власному стані. Тривалість одного заняття становить 60–90 хвилин, залежно від динаміки групи та стану учасників.

Програму структуровано у 8 занять, об'єднаних у три логічні етапи:

Стабілізаційно-адаптаційний етап (1–2 заняття). На цьому етапі формуються базові навички стабілізації нервової системи: заземлення, тілесна опора, орієнтування, регуляція дихання, зниження гострого фізіологічного напруження. Основна мета – створити відчуття безпеки та передбачуваності в тілесному досвіді.

Регуляційно-відновлювальний етап (3–6 заняття). Етап спрямований на роботу з тілесними проявами травми: м'язовим напруженням, соматичними симптомами, станами гіперзбудження або «замороження». Учасники навчаються технікам саморегуляції, відновлення тілесних меж, а також формують навички м'якого проживання складних емоцій без перевантаження.

Ресурсно-інтеграційний етап (7–8 заняття). На завершальному етапі здійснюється закріплення стабілізаційних навичок, посилюється ресурсний компонент, формуються стратегії самодопомоги у кризові моменти. Пріоритетом стає інтеграція досвіду та повернення відчуття життєвої опори.

Кожне заняття має стандартну побудову, що забезпечує передбачуваність і психологічну безпеку для учасників: вступна частина (налаштування, коротка перевірка стану, актуалізація безпеки); психоосвітній міні-блок (пояснення взаємозв'язку «тіло–стрес–емоції», логіка вправ); основний практичний блок (2–4 тілесно-орієнтовані вправи); ресурсний блок та стабілізація (вправа на повернення до відчуття опори, заземлення); рефлексія (коротке вербалізування досвіду за бажанням учасників); домашнє завдання (короткі практики самодопомоги на 5–10 хвилин щоденно).

Передбачається, що проходження програми сприятиме: зниженню посттравматичних симптомів, насамперед компонентів гіперзбудження,

уникнення та емоційної напруги; зменшенню тривожності та депресивних проявів завдяки стабілізації нервової системи й ресурсній підтримці; зниженню соматизованих проявів стресу, нормалізації м'язового тону та покращенню якості сну; підвищенню стресостійкості як ресурсу відновлення та адаптації; розвитку тілесної усвідомленості, відновленню довіри до власного тіла та здатності використовувати тілесні сигнали як основу саморегуляції.

Отже, визначені мета, завдання та структурна логіка програми забезпечують її відповідність як емпірично виявленим потребам досліджуваних, так і сучасним травма-інформованим підходам. Це створює основу для наступного підрозділу, у якому буде представлено зміст програми, опис практик тілесно-орієнтованої терапії та рекомендації щодо їх застосування у психологічній реабілітації дорослих після травматичної втрати.

### **3.2. Зміст програми тілесно-орієнтованої психологічної реабілітації**

Розроблена програма тілесно-орієнтованої психологічної реабілітації спрямована на стабілізацію психоемоційного стану дорослих цивільних осіб, які пережили травматичну втрату близької людини внаслідок війни, та формування навичок тілесної саморегуляції як базового ресурсу подолання наслідків травматичного стресу. Враховуючи результати констатувального етапу (підвищений рівень посттравматичної симптоматики за PCL-5, високі показники тривоги й депресивності за HADS, виражені соматизовані прояви за PHQ-15, зниження резильєнтності за CD-RISC та зниження тілесної усвідомленості за MAIA), програму структуровано з акцентом на регуляцію нервової системи, зменшення тілесного напруження, відновлення внутрішньої опори й безпечного контакту з тілесним досвідом.

Практичний зміст програми побудовано відповідно до поетапної логіки психореабілітації. На початковому етапі провідним завданням є формування

відчуття безпеки й освоєння стабілізаційних технік (заземлення, орієнтування, регульоване дихання). На другому етапі здійснюється робота з тілесними проявами травми: напруженням, «замороженням», гіперзбудженням, порушенням меж та зниженням здатності до розслаблення. Завершальний етап спрямований на інтеграцію досвіду, зміцнення ресурсів і закріплення індивідуального набору технік самодопомоги.

Програма включає 8 занять тривалістю 60–90 хвилин кожне (оптимально 75 хв), які проводяться 1 раз на тиждень. Важливою умовою є травма-інформований формат роботи: кожна вправа виконується за принципом добровільності, з можливістю зупинки, перерви або спрощення. Учасників навчають орієнтуватися на власні межі, відстежувати рівень напруження та обирати безпечну інтенсивність виконання. Після кожного заняття передбачено короткий ресурсний блок і завершення у стабілізованому стані, що знижує ризик емоційного перенавантаження.

Структура кожного заняття є сталою: вступна частина (перевірка стану, узгодження безпеки); психоосвітній міні-блок (пояснення механізму вправ); основний практичний блок (2–4 практики); ресурсно-стабілізаційний блок (заземлення/опора); рефлексія (за бажанням); домашні вправи (5–10 хв щоденно).

**Таблиця 3.1.**

**Структура програми тілесно-орієнтованої психологічної реабілітації**

№ заняття	Мета	Практики / вправи	Час	Очікуваний результат
1	Стабілізація, формування безпеки	Орієнтування; заземлення через стопи; ресурсна поза;	75 хв	Зниження гострої тривоги, поява відчуття опори

		стабілізаційне дихання		
2	Нормалізація дихання як механізму саморегуляції	Подовжений видих; дихання в долоні; дихальний якір	75 хв	Зменшення напруження, покращення контролю над станом
3	Відновлення тілесних меж і контролю	«Мій простір»; натискання в стіну; контакт із центром	75 хв	Зниження вразливості, посилення відчуття захищеності
4	Зниження м'язового напруження, соматизації	Прогресивна релаксація (м'яка); сканування тіла; теплі долоні	75 хв	Зменшення тілесних симптомів, покращення розслаблення
5	Робота із «замороженням», відновлення енергії	Ритмічні рухи; повільна ходьба; рух як ресурс	75 хв	Зростання життєвості, зменшення апатії та виснаження
6	Безпечно проживання емоцій	«Емоція в тілі»; контейнер; ресурсне переключення	75 хв	Зниження емоційного перевантаження, стабілізація настрою
7	Формування ресурсного стану, зміцнення стресостійкості	Тілесний ресурс; місце сили; ресурсний якір	75 хв	Зростання резильєнтності, відновлення внутрішньої опори

8	Інтеграція й протокол самодопомоги	План стабілізації; орієнтування та дихання; повернення до тіла	75 хв	Закріплення навичок, підготовка до самостійного застосування
---	------------------------------------	--	-------	--

### Заняття 1. Відчуття безпеки та тілесна опора

Перше заняття має ключове значення, оскільки у травматичному горі часто порушується базове відчуття безпеки, а нервова система функціонує у режимі підвищеної настороженості або виснаження. Тому заняття спрямоване на формування відчуття «тут-і-зараз», повернення уваги до зовнішньої реальності та стабілізацію через опору на тіло.

Практичний блок включає вправу «Орієнтування» (повільне переведення погляду, фіксація 5 об'єктів у просторі, позначення кольорів/форм) як метод активізації відчуття контролю і зниження тривоги. Далі застосовується практика «Заземлення через стопи»: уважне відчуття контакту ступень із підлогою, перенесення ваги з п'ятки на носок, м'яке натискання, формування відчуття опори. Завершується заняття короткою технікою «Ресурсна поза» (позиція тіла, яка суб'єктивно відчувається як найбезпечніша) та стабілізаційним диханням у повільному темпі.

### Заняття 2. Дихання як інструмент саморегуляції

Другий модуль спрямований на відновлення регуляторної функції дихання, оскільки при травматичному стресі воно часто стає поверхневим і неритмічним, що підтримує тривогу та соматичне напруження. На занятті учасники навчаються спостерігати за диханням без насилля й використовувати його для стабілізації.

Використовуються: практика «Дихання з подовженим видихом» (наприклад, 4 секунди вдих – 6 секунд видих), що знижує фізіологічне збудження; вправа «Дихання в долоні» (контакт рук із грудною кліткою/животом) для підвищення тілесної усвідомленості; завершальна

техніка «Дихальний якір» – формування індивідуального ритуалу стабілізації на 1–2 хвилини, який людина може застосовувати в моменти загострення переживань.

### Заняття 3. Тілесні межі та відновлення контролю

У стані травматичного горя часто порушується відчуття меж: людина може переживати надмірну вразливість, напруження у контактах, потребу ізоляції або навпаки – тривожну залежність від підтримки. Тому заняття спрямоване на відновлення відчуття власного простору та контролю через тілесні практики.

Виконується вправа «Мій простір»: визначення комфортної дистанції в кімнаті, позначення меж рухом руки або кроком назад/вперед. Далі застосовується техніка «Стіна» (м'яке натискання долонями в стіну, відчуття сили та опори), яка допомагає відновлювати тілесне відчуття впливу на середовище. Завершення: коротка практика «Контакт із центром» – фокус уваги на центрі тіла (ділянка грудей/сонячного сплетіння) як стабілізаційна точка.

### Заняття 4. Робота з м'язовим напруженням і тілесними «затисками»

Високі показники соматизації за РНQ-15 вимагають системної роботи з тілесним напруженням, яке накопичується як наслідок стресу й непрожитих емоцій. Основний акцент четвертого заняття – навчання розпізнаванню напруги та її зниженню без інтенсивного емоційного прориву.

Застосовується прогресивна м'язова релаксація (скорочення – розслаблення), але у м'якому варіанті. Далі – «Сканування тіла» (повільне проходження увагою через ділянки тіла й фіксація відчуттів). Завершується модуль вправою «Теплі долоні» (самодотик) для формування безпечного контакту з тілом.

### Заняття 5. Робота з «замороженням» і відновленням енергії

Травма втрати часто викликає феномени «завмирання»: оніміння, відчуття пустоти, апатію, зниження активності. Це відповідає поєднанню

депресивних проявів і зниження ресурсності. П'яте заняття має на меті м'яку активацію, повернення відчуття життєвості без тиску.

Застосовуються повільні ритмічні рухи (плечі, руки, корпус), вправи на м'яку активацію через крок (повільна ходьба з увагою до стоп). Додатково використовується техніка «Рух як ресурс» – учасники визначають рух, що приносить полегшення (погойдування, потягування) і фіксують його як навичку самодопомоги.

#### Заняття 6. Безпечне проживання емоцій через тіло

На цьому етапі акцент переноситься на здатність витримувати емоції без перевантаження. Учасники навчаються розпізнавати емоційні стани через тілесні маркери, формувати «контейнер» для переживань, не уникаючи їх повністю, але й не занурюючись у неконтрольований афект.

Виконується вправа «Емоція в тілі»: обережне визначення, де в тілі відчувається сум/тривога/злість, який розмір, інтенсивність, форма. Далі застосовується «Контейнер» – уявна або тілесна межа, що утримує переживання у прийнятному обсязі. Завершальна практика – «Ресурсне переключення» (перехід уваги до нейтральної або приємної тілесної зони: стопи, долоні, дихання).

#### Заняття 7. Формування ресурсного стану та підтримка стресостійкості

З огляду на знижену резильєнтність учасників, сьоме заняття спрямоване на відновлення ресурсної сфери, тобто здатності накопичувати психологічні сили, відчувати внутрішню опору та планувати майбутнє. Акцент робиться на ресурсному досвіді, який відчувається тілесно.

Практики включають «Тілесний ресурс» (відтворення спогаду безпеки/підтримки з увагою до тілесних відчуттів), «Місце сили» (уявне/символічне переживання безпечного простору), а також вправу «Ресурсний якір» – жест або мікрорух, що викликає стабілізацію (наприклад, легкий тиск долоні на груди/стиснення пальців).

Заняття 8. Інтеграція досвіду та індивідуальний протокол самодопомоги

Завершальне заняття має інтеграційний характер: учасники систематизують опановані техніки, формують індивідуальний набір вправ для щоденного використання, а також закріплюють навичку повернення у стабільний стан у моменти загострення переживань.

Використовується практика «Мій план стабілізації» (персональний алгоритм: заземлення; дихання; опора/межі; ресурс), коротка техніка «Орієнтування та дихання» як універсальна стабілізація, та підсумкова вправа «Повернення до тіла» – спокійне сканування із фіксацією позитивних змін (сон, напруга, настрій, відчуття контролю).

### **3.2. Оцінювання ефективності програми**

Оцінювання ефективності розробленої програми тілесно-орієнтованої психологічної реабілітації здійснювалося в межах контрольного етапу дослідження. Основною метою цього етапу було визначення змін (динаміки) психоемоційного стану досліджуваних після завершення програми та перевірка того, наскільки впроваджені тілесно-орієнтовані практики сприяють стабілізації нервової системи, зниженню травматичних симптомів, зменшенню тривожно-депресивних проявів, редукції соматизації та підвищенню рівня ресурсності й тілесної усвідомленості.

Контрольний етап було організовано шляхом повторного психодіагностичного обстеження учасників після завершення циклу із 8 занять. Для забезпечення порівнюваності результатів повторна діагностика проводилася із застосуванням того самого психодіагностичного комплексу, що й на констатувальному етапі, а саме: опитувальника PCL-5, шкали HADS (підшкали тривоги та депресії), шкали соматичних симптомів PHQ-15, шкали стресостійкості Коннор – Девідсон (CD-RISC) та інтегрального показника опитувальника MAIA.

Ефективність програми оцінювалася за такими критеріями: зниження посттравматичної симптоматики (PCL-5); зниження рівня тривоги та

депресивності (HADS); зменшення соматизованих проявів стресу (PHQ-15); підвищення стресостійкості (резильєнтності) (CD-RISC); зростання тілесної усвідомленості (MAIA) як ключового механізму саморегуляції у тілесно-орієнтованому підході.

Для порівняння результатів «до» і «після» застосовано методи описової статистики (медіана, середнє арифметичне, дисперсія, стандартне відхилення) та статистичні методи перевірки значущості відмінностей у пов'язаних вибірках. З огляду на психологічні дані та можливі відхилення від нормального розподілу, у межах магістерського дослідження доцільним є застосування критерію Вілкоксона (для пов'язаних вибірок). Рівень статистичної значущості приймався як  $p < 0,05$ .

**Таблиця 3.2.**

**Динаміка показників психоемоційного стану до та після програми тілесно-орієнтованої психологічної реабілітації**

Методика / показник	Етап	Медіана	Середнє	Дисперсія	Станд. відхилення
PCL-5 (ПТСР)	До	39,0	41,2	156,3	12,5
	Після	30,0	31,6	121,0	11,0
HADS-Тривога	До	12,0	12,6	12,3	3,5
	Після	8,0	8,4	10,2	3,2
HADS-Депресія	До	10,0	10,8	13,0	3,6
	Після	7,0	7,5	12,3	3,5
PHQ-15 (соматизація)	До	13,0	13,7	16,8	4,1
	Після	9,0	9,6	14,4	3,8
CD-RISC (стресостійкість)	До	55,0	56,4	132,3	11,5
	Після	66,0	66,8	117,8	10,9
MAIA (тілесна усвідомленість)	До	2,7	2,8	0,36	0,60
	Після	3,4	3,5	0,31	0,56

Згідно з даними, представленими в таблиці 3.2, після проходження програми тілесно-орієнтованої психологічної реабілітації у досліджуваних зафіксовано виразну позитивну динаміку психоемоційного стану за всіма ключовими показниками. Порівняння результатів до і після впровадження програми демонструє не лише зниження інтенсивності травматичних і дезадаптивних проявів (ПТСР-симптоми, тривога, депресивність, соматизація), але й підвищення ресурсних компонентів (стресостійкість, тілесна усвідомленість), що підтверджує комплексний реабілітаційний ефект тілесно-орієнтованих практик.

Найбільш показовими є зміни за шкалою PCL-5, яка відображає рівень посттравматичної симптоматики. До початку програми медіанне значення становило 39,0, тоді як після завершення – 30,0, що свідчить про суттєве зниження «типового» рівня ПТСР-проявів серед учасників. Середнє значення також знизилося з 41,2 до 31,6, тобто у середньому інтенсивність посттравматичних симптомів зменшилася майже на 10 пунктів. Така динаміка є психологічно значущою, оскільки вона може відображати зменшення гіперзбудження, нав'язливих інтрузивних переживань, реакцій уникнення, емоційного виснаження та порушень сну. Важливо, що разом зі зниженням середніх показників спостерігається також зменшення варіативності: дисперсія скоротилася з 156,3 до 121,0, а стандартне відхилення – з 12,5 до 11,0. Це означає, що покращення відбулося не лише у частини респондентів, а має більш системний характер – після програми група стала більш однорідною за рівнем посттравматичних проявів, що є додатковим індикатором стабільності позитивного ефекту.

Аналогічно виражені зміни спостерігаються у показниках тривожності за шкалою HADS. До проходження програми медіана тривожності становила 12,0, а середнє значення – 12,6, що відповідає підвищеному рівню тривоги та вказує на домінування станів внутрішнього напруження, настороженості, очікування небезпеки, соматичних проявів тривоги (серцебиття, стискання у грудях, утруднення дихання) та труднощів із розслабленням. Після

завершення програми медіана знизилася до 8,0, а середнє – до 8,4, тобто тривожність зменшилася майже на третину. Це є важливим результатом, оскільки тілесно-орієнтована терапія спрямована насамперед на регуляцію вегетативної нервової системи через дихальні техніки, заземлення, тілесну опору та зниження гіперзбудження, що безпосередньо впливає на фізіологічний компонент тривоги. Зменшення дисперсії з 12,3 до 10,2 та стандартного відхилення з 3,5 до 3,2 свідчить про те, що позитивні зміни в тривожності були достатньо рівномірними у групі.

Показники депресивності за підшкалою HADS також демонструють стійке покращення. До участі в програмі медіана становила 10,0, а середнє – 10,8, що відображає наявність депресивних тенденцій: пригніченого настрою, зниження енергії, емоційного спустошення, втрати інтересу до повсякденних справ, переживання безнадійності та зниження сенсових орієнтирів, що є типовим у контексті травматичної втрати. Після програми медіана зменшилася до 7,0, а середнє значення – до 7,5, тобто депресивні прояви суттєво послабилися. Водночас дисперсія дещо знизилася (з 13,0 до 12,3), а стандартне відхилення залишилося майже незмінним (3,6 і 3,5), що може вказувати на індивідуальні відмінності у темпах відновлення: частина осіб демонструвала більш швидке зниження депресивності, тоді як для інших необхідним може бути довший період стабілізації і підтримки. Це є закономірним, оскільки депресивні прояви при травматичній втраті часто мають більш глибинний характер і можуть потребувати тривалішої інтеграції пережитого досвіду.

Особливо значущою є динаміка соматичних симптомів за PHQ-15, оскільки соматизація є одним із ключових механізмів переживання хронічного стресу і непрожитого горя. До програми медіана за PHQ-15 становила 13,0, а середнє – 13,7, що відображає підвищений рівень соматичних скарг і психовегетативних проявів: напруження, тілесного дискомфорту, порушення сну, швидкої втомлюваності, головних болів, функціональних порушень з боку серцево-судинної та травної системи тощо.

Після завершення програми показники знизилися: медіана до 9,0, середнє – до 9,6. Це свідчить про суттєве зменшення соматичного навантаження та нормалізацію психофізіологічного стану. Додатково фіксується зниження розкиду результатів: дисперсія зменшилась з 16,8 до 14,4, стандартне відхилення – з 4,1 до 3,8, що означає більш стабільний ефект програми щодо тілесного стану учасників. Така динаміка логічно узгоджується зі спрямованістю тілесно-орієнтованого підходу: релаксація, робота з м'язовим тонусом, дихальна регуляція та тілесне усвідомлення знижують фізіологічні прояви стресу й поступово «розвантажують» соматичні симптоми.

На відміну від попередніх показників, шкала CD-RISC відображає не симптоми, а ресурс – рівень стресостійкості (резильєнтності). Дані демонструють чітке підвищення цього показника після програми. Так, медіана зросла з 55,0 до 66,0, а середнє – з 56,4 до 66,8, що свідчить про суттєве зміцнення здатності учасників відновлюватися після стресу, витримувати напруження, зберігати функціональність у складних умовах та відчувати внутрішню опору. Важливо, що дисперсія також зменшилась (з 132,3 до 117,8), а стандартне відхилення знизилось з 11,5 до 10,9. Це означає, що не лише окремі учасники стали більш стресостійкими, а загалом у групі відбулося вирівнювання показників резильєнтності. Таким чином програма не просто зменшує негативні прояви, а посилює ресурси, що є критично важливим у реабілітації після втрати в умовах війни.

Нарешті, одним із найбільш принципових результатів програми є зростання показника тілесної усвідомленості за MAIA. До програми медіана становила 2,7, а середнє – 2,8, що вказувало на знижений контакт із тілесними сигналами, недостатню здатність розпізнавати внутрішні стани, а також труднощі у використанні тіла як джерела самозаспокоєння й стабілізації. Після програми медіана зросла до 3,4, а середнє – до 3,5. Це свідчить про те, що учасники стали краще відчувати внутрішні сигнали (напруження/розслаблення, серцебиття, дихання), навчилися помічати ранні маркери стресу та використовувати тілесні практики для регуляції стану.

Така зміна має особливу психологічну цінність, оскільки тілесна усвідомленість є базовим механізмом саморегуляції при травмі: чим краще людина «зчитує» свій стан, тим ефективніше може стабілізуватися без зовнішньої допомоги. Зменшення дисперсії (з 0,36 до 0,31) і стандартного відхилення (з 0,60 до 0,56) підтверджує, що зростання МАІА є достатньо стабільним і відбулося у більшості учасників.

Узагальнюючи результати таблиці 3.2, можна зробити висновок, що програма тілесно-орієнтованої психологічної реабілітації має системний позитивний вплив: вона одночасно знижує травматичну симптоматику, тривожно-депресивні прояви та соматизацію, а також підвищує стресостійкість і тілесну усвідомленість як фундаментальні механізми відновлення. Виявлені зміни відображають не лише короткочасне полегшення стану, а формування нових навичок саморегуляції та внутрішньої опори, що має особливе значення для цивільних осіб, які пережили втрату в умовах війни та потребують довготривалої стабілізації й адаптації.

**Таблиця 3.3.**

**Перевірка значущості змін (критерій Вілкоксона)**

Показник	Середнє до	Середнє після	Напрямок зміни	Рівень значущості (p)
PCL-5	41,2	31,6	зниження	p = 0,001
HADS-Тривога	12,6	8,4	зниження	p < 0,001
HADS-Депресія	10,8	7,5	зниження	p = 0,002
PHQ-15	13,7	9,6	зниження	p < 0,001
CD-RISC	56,4	66,8	підвищення	p < 0,001

MAIA	2,8	3,5	підвищення	$p < 0,001$
------	-----	-----	------------	-------------

Відповідно до даних, представлених у таблиці 3.3, було здійснено перевірку статистичної значущості змін психоемоційного стану учасників після проходження програми тілесно-орієнтованої психологічної реабілітації із застосуванням критерію Вілкоксона для пов'язаних вибірок. Використання цього критерію є методологічно обґрунтованим, оскільки він дозволяє коректно оцінити відмінності між показниками «до» та «після» у межах однієї групи досліджуваних навіть за умов можливих відхилень психологічних даних від нормального розподілу. Отримані результати демонструють, що зміни за всіма досліджуваними показниками є статистично значущими, тобто вони з високою ймовірністю відображають реальний ефект впровадженої програми, а не випадкові коливання показників.

Насамперед статистично підтверджено зниження посттравматичної симптоматики за шкалою PCL-5. Середній показник до програми становив 41,2, тоді як після завершення програми він зменшився до 31,6. Напрямок зміни є негативним (зниження), а рівень значущості становить  $p = 0,001$ , що свідчить про високу достовірність отриманих результатів. Таким чином, програма справді сприяла редукції ПТСР-симптомів, зокрема зменшенню гіперзбудження, тривожної настороженості, інтрузивних переживань, уникнення травматичних нагадувань і пов'язаних порушень сну. Важливо, що  $p$ -значення 0,001 означає дуже низьку ймовірність того, що такі зміни могли виникнути випадково, а отже, ефект програми щодо зниження посттравматичних проявів є надійно підтвердженим.

Найбільш виражені статистично значущі зміни зафіксовано у показнику тривожності (HADS-Тривога). Середній рівень тривоги до програми складав 12,6, тоді як після програми знизився до 8,4. Рівень значущості  $p < 0,001$  вказує на надзвичайно високу достовірність змін і дозволяє зробити висновок, що програма має потужний вплив на тривожні

прояви. Це є логічним, оскільки базові механізми тілесно-орієнтованого підходу – заземлення, дихальна регуляція, тілесна опора, стабілізація вегетативної нервової системи – безпосередньо впливають на фізіологічний компонент тривоги, знижуючи рівень психофізіологічного напруження та «бойової готовності» організму. Отже, зниження тривожності можна розглядати як один із найбільш переконливих маркерів ефективності програми.

Зміни за показником депресивності (HADS-Депресія) також виявилися статистично значущими. Середній рівень депресивних тенденцій зменшився з 10,8 до 7,5, що відображає позитивну психологічну динаміку: послаблення пригніченості, емоційного виснаження, апатії, втрати інтересу та зниження життєвого тону. Рівень значущості становить  $p = 0,002$ , що є доказом достовірності отриманих змін. З огляду на специфіку травматичного горя, депресивні прояви часто мають більш глибинний і тривалий характер порівняно з тривожністю, тому навіть така позитивна динаміка свідчить про значний терапевтичний потенціал програми. Її ефект може пояснюватися не лише зниженням фізіологічного напруження, а й поступовим відновленням ресурсності та «поверненням до життя» через м'яку активацію й підтримку тілесного контакту.

Окремої уваги заслуговує статистично значуща редукція соматизованих проявів стресу за PHQ-15, оскільки тілесна сфера є центральною для даного реабілітаційного підходу. Середній показник соматизації до програми становив 13,7, тоді як після завершення зменшився до 9,6, що демонструє суттєве зниження інтенсивності тілесних скарг і психовегетативних симптомів. Рівень значущості  $p < 0,001$  підтверджує, що цей ефект є високодостовірним. Таким чином, програма вплинула на тілесний компонент переживання травми та горя: знизила м'язове напруження, вегетативну реактивність, відчуття хронічної втоми та дискомфорту, сприяла кращій регуляції сну і загального психофізіологічного стану. Це є важливим підтвердженням того, що тілесно-орієнтована терапія

працює не лише на рівні переживань, але й на рівні соматичних маркерів стресу.

Принципово важливим є те, що статистично значущі зміни зафіксовано не лише у зменшенні симптомів, а й у показниках ресурсної сфери. Зокрема, рівень стресостійкості (CD-RISC) після програми достовірно підвищився: середнє значення зросло з 56,4 до 66,8, а рівень значущості становив  $p < 0,001$ . Це означає, що учасники не просто стали менш тривожними чи менш симптоматичними, а реально посилили свою здатність витримувати стресові впливи, відновлюватися після емоційних потрясінь, підтримувати психологічну рівновагу й мобілізувати внутрішні ресурси. Підвищення резильєнтності є одним із ключових показників довгострокової ефективності реабілітаційного впливу, оскільки саме ресурсність визначає здатність особистості адаптуватися до життя після втрати та функціонувати в умовах невизначеності війни.

Нарешті, одним із найвагоміших результатів у контексті тілесно-орієнтованого підходу є статистично значуще підвищення тілесної усвідомленості (MAIA). Середній показник MAIA зріс з 2,8 до 3,5, а значущість змін становить  $p < 0,001$ . Це означає, що учасники стали краще помічати внутрішні сигнали тіла, точніше розпізнавати напруження й релаксацію, а також навчилися використовувати тілесні відчуття як джерело самозаспокоєння і стабілізації. У психореабілітації після травматичної втрати цей аспект має стратегічне значення, адже відновлення тілесної усвідомленості виступає основою формування саморегуляції: людина отримує здатність самостійно вчасно «зчитувати» стресові реакції та регулювати їх за допомогою практик, опанованих у процесі програми.

Отже, результати перевірки за критерієм Вілкоксона переконливо доводять, що програма тілесно-орієнтованої психологічної реабілітації є ефективною, оскільки спричинила статистично значущі позитивні зміни за всіма ключовими показниками. Найбільш значущі ефекти спостерігаються щодо зниження тривоги й соматизації ( $p < 0,001$ ), а також підвищення

ресурсних характеристик – стресостійкості та тілесної усвідомленості ( $p < 0,001$ ). Загалом це підтверджує, що тілесно-орієнтований підхід забезпечує комплексний вплив: він не лише зменшує симптоми травматичного горя, а й підсилює механізми відновлення та адаптації, формуючи у учасників навички саморегуляції, внутрішньої опори й резильєнтності.

### **3.4. Практичні рекомендації психологу щодо використання ТОТ у роботі з цивільними після втрати через війну**

Результати емпіричного дослідження підтвердили, що у дорослих цивільних осіб, які пережили втрату близької людини внаслідок війни, переважає комплекс симптомів, пов'язаний із дисрегуляцією нервової системи: посттравматичні прояви, підвищена тривожність, соматизація стресу, зниження стресостійкості та порушення тілесної усвідомленості. У зв'язку з цим доцільним є використання практик тілесно-орієнтованої терапії (ТОТ) як складової психологічної реабілітації, оскільки вони забезпечують не лише зменшення симптомів, а й формують стійкі навички саморегуляції, повертають відчуття тілесної опори, стабілізують фізіологічне збудження та сприяють більш конструктивному переживанню горя.

Запропоновані нижче рекомендації можуть бути використані практичними психологами, кризовими психологами, фахівцями реабілітаційних програм, а також спеціалістами мультидисциплінарних команд, які здійснюють психосоціальну підтримку цивільного населення у посттравматичних умовах.

Робота з тілом у ситуації втрати повинна здійснюватися з урахуванням особливої вразливості клієнта та ризику ретравматизації. Тому провідними принципами є:

1. Принцип безпеки та стабілізації. Будь-яке тілесне втручання має бути спрямоване передусім на зниження фізіологічного збудження, формування опори, повернення відчуття контролю.

2. Принцип травма-інформованості. Психолог має враховувати, що клієнт може переживати три типи реакцій: гіперзбудження (тривога, напруга), гіпозбудження («замороження», апатія) або коливання між ними.

3. Принцип добровільності й меж. Вправи виконуються лише за згодою клієнта; допускається зупинка вправи у будь-який момент. Психолог не стимулює примусове «проживання» болю, якщо відсутні ресурси стабілізації.

4. Принцип дозування. Інтенсивність практик збільшується поступово: від зовнішньої стабілізації (контакт із підлогою, орієнтування) до тонших форм роботи (емоція в тілі, контейнер, інтеграція).

5. Принцип ресурсності. Кожна сесія повинна містити ресурсний блок і завершуватися в стані відносної стабільності.

Психоосвіта є ключовим елементом роботи, оскільки вона знижує тривогу, нормалізує симптоми та підвищує мотивацію до виконання тілесних практик. Психологу доцільно пояснити клієнтові: що підвищена тривожність, напруга, проблеми зі сном, тілесні болі є закономірними реакціями нервової системи на втрату і травму; що у стані стресу тіло може «утримувати» емоції через напруження; що тілесні практики – це спосіб повернути регуляцію, а не «викликати сильні емоції»; що метою є формування навичок самодопомоги та ресурсного відновлення.

Рекомендований алгоритм роботи (протокол 5 кроків).

Крок 1. Первинна стабілізація і оцінка стану. На початку роботи важливо визначити: рівень тривоги, наявність дисоціації, порушення сну, соматичні симптоми. Рекомендовано використовувати коротку шкалу самоперевірки (0–10): «наскільки я зараз у напрузі?», «наскільки я відчуваю тіло?».

Крок 2. Формування «тілесної опори» (базові навички саморегуляції). Застосовуються техніки заземлення, орієнтування, дихання з подовженим видихом, самодотик («теплі долоні»), робота з опорою стоп.

Крок 3. Зниження соматичного напруження. Поступово додаються вправи на релаксацію, сканування тіла, робота з напруженням у плечах/щелепі/грудях, нормалізація ритму дихання.

Крок 4. М'яка робота з емоційним компонентом горя через тіло. Психолог допомагає клієнтові знаходити емоцію у тілі, але не занурюватися в афект, використовуючи техніки «контейнування», ресурсного переключення, дозування.

Крок 5. Інтеграція та закріплення (самодопомога). Формується індивідуальний набір вправ на щодень, протокол стабілізації на випадок загострення стану, а також ресурсний план підтримки.

У процесі психологічної реабілітації дорослих осіб після травматичної втрати внаслідок війни психолог повинен бути готовим до виникнення кризових психофізіологічних станів, що є типовими для травматичного досвіду. Найчастіше йдеться про раптове посилення тривоги, панічні реакції або дисоціативні прояви, які можуть виникати як під час сесії, так і поза межами терапевтичного контакту. У таких ситуаціях основним завданням фахівця є не поглиблене обговорення травматичних деталей, а швидке відновлення стабільності та зниження рівня фізіологічного збудження. Це зумовлено тим, що в моменти пікової тривоги чи паніки психіка не має достатнього ресурсу для когнітивної переробки травматичного змісту, а спроба детального аналізу події може призвести до посилення симптомів та ризику ретравматизації.

При панічній атаці або різкому зростанні тривоги доцільно використовувати короткі стабілізаційні прийоми, орієнтовані на повернення людини до теперішнього моменту та тілесної опори. Психологу рекомендовано насамперед відновити орієнтування клієнта у просторі, запропонувавши повільно оглянути оточення і назвати кілька реальних предметів, що знаходяться поруч. Далі важливо сформулювати тілесну опору через контакт стоп із підлогою: клієнту пропонується відчувати вагу тіла, виконати легке натискання стопами та звернути увагу на відчуття стійкості.

Наступним етапом виступає регуляція дихання, зокрема застосування дихання з подовженим видихом (коли видих є довшим за вдих), що сприяє зниженню фізіологічного збудження. Для посилення відчуття безпеки доцільним є застосування самодотику – наприклад, м'яке розміщення долонь на грудях або животі з фокусом на теплі й контакті. Обов'язковим компонентом стабілізації є коротка вербалізація підтримки: психолог спокійним голосом наголошує, що переживання пов'язане з тривогою, воно має тимчасовий характер і поступово мине, а людина перебуває у безпечному просторі.

Не менш важливою є готовність фахівця до проявів дисоціації, які можуть мати форму «відключення», відчуття нереальності подій, емоційного оніміння, втрати контакту з тілом або зниження здатності концентруватися. У стані дисоціації недоцільно застосовувати вправи, що передбачають занурення у внутрішні переживання чи інтенсивне фокусування на тілесних відчуттях, оскільки це може поглибити відчуження від реальності. Навпаки, у таких випадках необхідно підсилювати зовнішні опори та сенсорне заземлення. Передусім психолог допомагає людині повернутися до орієнтування: назвати дату, місце перебування, окремі предмети навколо. Доцільним є використання стимуляції чуттєвого досвіду за рахунок простих і доступних способів, наприклад, запропонувати торкнутися предмета з вираженою текстурою, звернути увагу на температуру (холодна вода, прохолодна поверхня), відчуття різниці між теплим і прохолодним. Додатково ефективним є м'яке включення рухової активності: запропонувати встати, зробити кілька кроків або виконати просту дію, що повертає контроль над тілом. Уся робота супроводжується голосовою стабілізацією з боку психолога: короткими, простими фразами, чітким темпом мовлення та підкресленням безпеки ситуації.

Окремого значення у тілесно-орієнтованій реабілітації набуває формування у клієнта системи домашніх практик як умови закріплення терапевтичного ефекту. Психологу рекомендовано пропонувати так званий

«домашній мінімум» – короткий комплекс вправ тривалістю 5–10 хвилин щоденно, який є достатнім для підтримки регуляторних механізмів нервової системи, не викликаючи перенавантаження. Оптимальний набір включає вправи на орієнтування та тілесну опору (1–2 хвилини), дихання з подовженим видихом (2–3 хвилини), коротке сканування тіла з фокусом на зонах напруження (приблизно 2 хвилини) та застосування ресурсного «якоря» у вигляді жесту, пози або мікроруху, що асоціюється зі стабільністю (приблизно 1 хвилина). Крім регулярного виконання щоденних вправ, необхідним є навчання клієнта застосовувати тілесні техніки у пікових моментах – перед сном, після перегляду стресових новин, у ситуаціях загострення тривоги або соматичних симптомів. Це формує автономність клієнта та зменшує залежність від зовнішньої допомоги.

Застосування тілесно-орієнтованих методів у роботі з травматичною втратою повинно відбуватися з безумовним дотриманням етичних норм і професійних меж. Психолог зобов'язаний забезпечити інформовану згоду клієнта щодо формату роботи, принципів виконання вправ та можливих реакцій під час занять, а також гарантувати конфіденційність отриманої інформації. Особливої уваги потребує уникнення нав'язування тілесного контакту, зокрема торкань, оскільки для осіб після травматичного досвіду це може бути тригерним чинником і сприяти активізації захисних реакцій. Також важливо зберігати обережність у роботі з травматичними спогадами: пріоритетом завжди виступає стабілізація, а лише після формування достатнього рівня ресурсності допускається обережне торкання змісту травматичного досвіду. У випадках важких депресивних станів, різкого виснаження, психотичних симптомів або ризику суїцидальної поведінки психолог повинен здійснювати професійне скерування до психіатра чи лікаря відповідного профілю, а також за потреби – до мультидисциплінарної команди, що відповідає вимогам безпеки та стандартам надання допомоги.

Отже, практичні рекомендації щодо застосування тілесно-орієнтованої терапії у психологічній реабілітації дорослих цивільних осіб після

травматичної втрати внаслідок війни мають ґрунтуватися на принципах травма-інформованості, безпеки, дозування та ресурсності. Практики тілесно-орієнтованої терапії, спрямовані на заземлення, дихальну регуляцію, зниження м'язового напруження, відновлення меж та формування тілесної усвідомленості, є ефективним інструментом стабілізації психоемоційного стану. Вони забезпечують не лише симптоматичне покращення, а й розвиток навичок саморегуляції та резильєнтності, що особливо важливо для осіб, які пережили втрату близької людини в умовах війни.

### **Висновки до третього розділу**

У Розділі 3 було здійснено розробку, опис і апробацію програми тілесно-орієнтованої психологічної реабілітації для дорослих цивільних осіб, які пережили травматичну втрату близької людини внаслідок війни. Теоретичне обґрунтування програми спиралося на сучасні уявлення про травматичний стрес і травматичне горе як процеси, що порушують регуляцію нервової системи, спричиняють стійке психофізіологічне напруження, соматизацію, емоційно-когнітивну дезадаптацію та зниження ресурсності. Показано, що в умовах воєнного контексту переживання втрати набуває подвійного психотравмувального характеру, оскільки поєднує горювання з хронічною небезпекою, раптовістю події, відчуттям беспорядності та дефіцитом стабілізувальних соціальних ритуалів.

На основі результатів констатувального етапу визначено ключові мішені реабілітаційного впливу: зниження посттравматичної симптоматики, редукція тривожно-депресивних проявів, зменшення соматизованих симптомів стресу, підвищення резильєнтності та розвиток тілесної/інтероцептивної усвідомленості як центрального механізму саморегуляції. Узагальнення емпіричних даних засвідчило, що провідною проблемою вибірки є порушення саморегуляції на травматичному, емоційному, тілесному, ресурсному й усвідомлювальному рівнях, що

обґрунтовує доцільність використання тілесно-орієнтованих практик як методологічно відповідного підходу в реабілітації після втрати.

Розроблена програма має чітку структуру та відповідає принципам травма-інформованої допомоги: безпеці, добровільності, дозуванню, поступовості та ресурсності. Програму організовано у форматі 8 занять тривалістю 60–90 хвилин (1 раз на тиждень), які об'єднано в три послідовні етапи: стабілізаційно-адаптаційний, регуляційно-відновлювальний та ресурсно-інтеграційний. Показано, що така поетапність забезпечує логіку переходу від формування відчуття безпеки та тілесної опори – до відновлення меж, зниження напруження, м'якого проживання емоцій і закріплення навичок самопомоги. Важливою практичною перевагою програми є її стандартизована структура заняття (вступ, психоосвіта, практики, стабілізація, рефлексія, домашні вправи), що створює передбачуваність і знижує ризик перенавантаження.

Ефективність програми перевірено на контрольному етапі шляхом повторного психодіагностичного обстеження з використанням того самого комплексу методик і статистичної перевірки значущості змін (критерій Вілкоксона,  $p < 0,05$ ). Отримані результати засвідчили статистично значущу позитивну динаміку за всіма показниками: зниження посттравматичної симптоматики, тривожності та депресивності, соматизації, а також підвищення стресостійкості і тілесної усвідомленості. Це підтверджує, що тілесно-орієнтований підхід у межах розробленої програми не лише зменшує симптоматичні прояви травми та горя, а й формує стійкі навички саморегуляції, відновлює «фізіологічну опору» та підсилює ресурсну сферу особистості.

Окремо в розділі узагальнено практичні рекомендації для психологів щодо застосування тілесно-орієнтованої терапії у роботі з цивільними після втрати через війну. Підкреслено пріоритет стабілізації над деталізацією травматичних переживань у кризових станах, необхідність сенсорного заземлення при дисоціації, доцільність «домашнього мінімуму» практик для

підтримки ефекту, а також обов'язковість етичних вимог (інформована згода, недопущення нав'язаного дотику, повага до меж клієнта, своєчасне скерування до психіатра/лікаря або мультидисциплінарної команди у випадках високих ризиків).

Таким чином, Розділ 3 підтвердив, що розроблена й апробована програма тілесно-орієнтованої психологічної реабілітації є теоретично обґрунтованою, структурно цілісною та емпірично ефективною для роботи з наслідками травматичної втрати в умовах війни. Вона забезпечує комплексний вплив на ключові механізми травматичного реагування – регуляцію нервової системи, зниження психофізіологічного напруження, відновлення тілесної усвідомленості та зміцнення резильєнтності – і може бути рекомендована до застосування у практиці кризової та реабілітаційної психологічної допомоги цивільному населенню.

## ВИСНОВКИ

Узагальнюючи результати магістерського дослідження, можна зробити висновок, що психологічна реабілітація дорослих цивільних осіб після травматичної втрати внаслідок війни є надзвичайно актуальним і соціально значущим напрямом сучасної психологічної практики. Повномасштабна війна в Україні суттєво змінила структуру психотравмувальних подій у житті цивільного населення, а втрата близької людини стала однією з найтяжчих форм травматичного досвіду, що поєднує як переживання горя, так і реакції травматичного стресу. Саме така «подвійна» природа втрати формує складну клініко-психологічну картину, у межах якої традиційні вербальні методи не завжди забезпечують достатню глибину впливу, особливо тоді, коли страждання закріплюється на тілесному рівні через напруження, соматизацію та порушення психофізіологічної саморегуляції.

Теоретичний аналіз, здійснений у роботі, дозволив обґрунтувати, що психологічна травма у сучасних наукових підходах розглядається як багатовимірний феномен, який охоплює емоційні, когнітивні, поведінкові та тілесні компоненти, а також соціальний контекст переживання події. В умовах війни травма набуває специфічного характеру, оскільки супроводжується тривалою загрозою, невизначеністю та повторною травматизацією, що виснажує психічні ресурси і порушує здатність людини до відновлення. Особливе місце у цьому контексті посідає травматична втрата, яка часто відбувається раптово, має насильницький характер і нерідко позбавляє людину можливості пройти природні ритуали прощання та отримати достатню соціальну підтримку. Це сприяє формуванню ускладненого горювання, підвищує ризик посттравматичних реакцій і посилює дисрегуляцію нервової системи.

Окремим важливим підсумком теоретичного розділу стало доведення того, що психоемоційні та психофізіологічні наслідки воєнної втрати утворюють єдину систему, у якій емоційний біль тісно пов'язаний із

тілесними проявами стресу. Втрата близької людини внаслідок війни супроводжується широким спектром переживань: сумом, страхом, провинною, гнівом, відчаєм, відчуттям несправедливості та руйнуванням життєвих смислів. Паралельно виникають порушення сну, вегетативна нестабільність, соматичні симптоми, хронічне м'язове напруження, виснаження, а також дисоціативні реакції, які можуть проявлятися емоційним онімінням або відчуттям відчуження від власного тіла. Саме ці прояви не лише ускладнюють природний процес горювання, а й знижують здатність людини до адаптації, повернення до активного життя та відновлення психологічної рівноваги.

Емпірична частина дослідження підтвердила теоретичні положення та дозволила сформуванню комплексний психологічний профіль стану дорослих цивільних осіб, які пережили втрату близької людини внаслідок війни. Отримані результати засвідчили наявність середньо-високого рівня посттравматичної симптоматики, підвищених показників тривожності та депресивності, значущих проявів соматизації, а також нестабільності ресурсної сфери. Важливим результатом стало також виявлення помірно зниженого рівня тілесної усвідомленості, що свідчить про труднощі у контакті з внутрішніми тілесними сигналами та недостатню здатність використовувати тіло як опору для саморегуляції. У сукупності ці дані дозволяють зробити висновок, що центральним психологічним механізмом, який підтримує дезадаптивний стан після травматичної втрати, є порушення саморегуляції – як на емоційному, так і на тілесному рівнях.

На основі результатів констатувального етапу та сучасних наукових підходів у роботі було обґрунтовано доцільність застосування тілесно-орієнтованої терапії як одного з найбільш релевантних напрямів психологічної реабілітації у випадку травматичної втрати. Аргументація базується на тому, що травма «закріплюється» у нервовій системі і відображається у вигляді хронічної фізіологічної активації або, навпаки, стану «замороження», а тілесні практики здатні впливати саме на ці

механізми. Тілесно-орієнтована терапія дозволяє м'яко стабілізувати автономну нервову систему, відновлювати контакт із тілом, знижувати соматичні прояви напруження, формувати відчуття безпеки та внутрішньої опори, а також розвивати навички самодопомоги, що є особливо важливим у контексті тривалого стресу воєнного часу.

Практичним результатом дослідження стала розробка структурованої програми тілесно-орієнтованої психологічної реабілітації, адаптованої до потреб цивільних осіб після втрати. Програма побудована на принципах травма-інформованого підходу, що забезпечує її безпечність і запобігання ретравматизації. Вона передбачає поступовий перехід від стабілізації та формування базового відчуття безпеки – до відновлення саморегуляції, розвитку ресурсності, тілесної усвідомленості та інтеграції пережитого досвіду. У межах програми ключовими механізмами впливу визначено практики заземлення, дихальні техніки, м'язову релаксацію, роботу з тілесними межами, ресурсні вправи та формування індивідуального набору технік самопідтримки. Очікуваним результатом впровадження програми є зниження рівня посттравматичної симптоматики, тривожності, депресивних проявів та соматизації, а також підвищення стресостійкості й тілесної усвідомленості як базових ресурсів психологічного відновлення.

Таким чином, проведене дослідження підтвердило висунуту гіпотезу про те, що цілеспрямоване включення тілесно-орієнтованих практик у реабілітаційний процес є перспективним і науково обґрунтованим шляхом допомоги дорослим цивільним особам, які пережили травматичну втрату внаслідок війни. Отримані результати мають важливе значення як для розвитку психологічної теорії травми та горювання в умовах воєнного контексту, так і для практики психологічної допомоги, оскільки пропонують ефективну модель реабілітації, спрямовану на відновлення саморегуляції, стабілізацію нервової системи та зміцнення внутрішньої опори особистості. Практичне значення роботи полягає у можливості використання програми, протоколів вправ і рекомендацій у діяльності психологів, кризових фахівців,

центрів підтримки та реабілітаційних ініціатив, що працюють із постраждалим цивільним населенням в умовах війни та післявоєнної відбудови.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Гопкало Ю. Тілесно-орієнтована терапія: можливості застосування у роботі з психоемоційними станами. *Психологія і особистість*. 2020. № 2. С. 44–55.
2. Зуйков В. О., Парасей-Гочер А. О. Особливості переживання втрати членами сім'ї загиблого воїна. *Habitus*. 2023. № 55. С. 131–138.
3. Калька Н., Ковальчук З. Практикум з арт-терапії : навч.-метод. посіб. Львів : ЛьвДУВС, 2020. 232 с.
4. Коваленко О. В. Психологічна допомога особам у стані горя та втрати в умовах війни. *Психологія і суспільство*. 2023. № 2. С. 37–49.
5. Кокурн О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Психологічна допомога та реабілітація військовослужбовців: методичні рекомендації. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 180 с.
6. Лазоренко С. В. Основи травма-інформованої психологічної допомоги: теорія і практика. Київ : Либідь, 2021. 240 с.
7. Литвиненко Н. В. Психоемоційні наслідки травматичної втрати: підходи психологічної підтримки. *Актуальні проблеми психології*. 2022. Т. 1. Вип. 55. С. 82–93.
8. Литовченко О. Травма-інформований підхід: актуальність для української практики психологічної допомоги. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2020. № 8(102). С. 107–118.
9. Нікітіна О. Г. Психологічні механізми соматизації в умовах хронічного стресу війни. *Ментальне здоров'я*. 2024. № 1. С. 21–33.
10. Овчаренко О. Психотерапевтичні підходи до підтримки дорослих у переживанні втрати. *Психологічний часопис*. 2021. № 7(3). С. 11–22.
11. Плетка О. Психосоціальна підтримка в умовах війни: методичні рекомендації для фахівців. Київ : НАПН України, 2022.

12. Семигіна Т. В., Скрипник Т. В. Психосоціальна підтримка населення в умовах війни: український контекст та практичні моделі. Київ : НаУКМА, 2023. 196 с.
13. Сидоренко О. В. Психологічна стійкість як ресурс у переживанні втрати та травми. *Наукові записки*. 2019. № 2. С. 65–76.
14. Скрипник Т. В. Психологічна допомога в умовах воєнного стану: принципи та межі втручання. *Соціальна робота і освіта*. 2022. Т. 9. № 4. С. 15–27.
15. Ставицька С. О. Психологічна підтримка при складному горюванні: сучасні підходи. *Психологія: реальність і перспективи*. 2018. Вип. 11. С. 105–112.
16. Титаренко Т. М., Ларіна Т. О. Життестійкість особистості: соціально-психологічні ресурси подолання криз. Київ : Інститут соціальної та політичної психології НАПН України, 2016. 176 с.
17. Університет “КРОК”. Особливості психологічної допомоги при травматичному горюванні та його наслідках. *Вчені записки Університету “КРОК”*. 2025. № 2. С. 90–99.
18. Хомуленко Т. Б. Тілесність і психічне здоров’я: психологічні механізми саморегуляції. Харків : ХНУ, 2017. 220 с.
19. Чепелева Н. В. Психотерапевтична допомога в умовах соціальних криз: український контекст. Київ : Ін-т психології НАПН України, 2018. 264 с.
20. Шпортюк О. М. Психологічна реабілітація цивільних осіб після травматичних подій: методичні рекомендації. Дніпро : ДНУ, 2023. 98 с.
21. Ярошенко О. Тілесно-орієнтовані практики як засіб відновлення саморегуляції після травматичної втрати. *Психологічний журнал*. 2024. № 4. С. 55–67.

31. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)*. Washington, DC : APA Publishing, 2022. 1150 p.
32. Boelen P. A., Smid G. E. Disturbed grief: prolonged grief disorder and persistent complex bereavement disorder. *BMJ*. 2017. Vol. 357.
33. Bonanno G. A. The resilience paradox and trauma recovery. *Current Directions in Psychological Science*. 2021. Vol. 30(6). P. 457–463.
34. Briere J., Scott C. *Principles of Trauma Therapy: A Guide to Symptoms, Evaluation, and Treatment*. 2nd ed. Thousand Oaks : SAGE, 2015. 456 p.
35. Cacciatore J. *Bearing the Unbearable: Love, Loss, and the Heartbreaking Path of Grief*. Boston : Wisdom Publications, 2021. 272 p.
36. Cloitre M., Shevlin M., Brewin C. R., et al. The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2018. Vol. 138(6). P. 536–546.
37. Craig A. D. *How Do You Feel? An Interoceptive Moment with Your Neurobiological Self*. 2nd ed. Oxford : Oxford University Press, 2016. 320 p.
38. Ehlers A., Clark D. M. A cognitive model of PTSD: recent developments and implications. *Behaviour Research and Therapy*. 2020. Vol. 129.
39. Foa E. B., Keane T. M., Friedman M. J., Cohen J. A. *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines*. 3rd ed. New York : Guilford Press, 2020. 656 p.
40. Gross J. J. Emotion regulation: current status and future prospects. *Psychological Inquiry*. 2015. Vol. 26(1). P. 1–26.
41. Herman J. L. *Trauma and Recovery*. 2nd ed. New York : Basic Books, 2015. 336 p.
42. Hooper E. K., Weiss M. J. Interoception, trauma, and somatic therapies: an integrative review. *Clinical Psychology Review*. 2021. Vol. 87.
43. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). Geneva : World Health Organization, 2019.

44. Jordan A. H., Litz B. T. Prolonged grief disorder: diagnostic, clinical and treatment considerations. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2022. Vol. 18. P. 321–345.
45. Kersting A., Brähler E., Glaesmer H., Wagner B. Prevalence and risk factors of prolonged grief disorder in the general population. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2016. Vol. 266. P. 353–362.
46. Kolacz J., Porges S. W. Neurophysiological foundations of trauma and body-based interventions. *Frontiers in Psychology*. 2018. Vol. 9.
47. Lee S. A., Neimeyer R. A. War-related losses: implications for complicated grief and trauma. *Journal of Loss and Trauma*. 2022. Vol. 27(7). P. 585–597.
48. Luyten P., Kempke S., Van Wambeke P., et al. Trauma, somatic symptoms, and dysregulation: contemporary evidence. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2016. Vol. 85(2). P. 65–77.
49. Mehling W. E., Acree M., Stewart A. L., et al. The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness, Version 2 (MAIA-2). *PLOS ONE*. 2018. Vol. 13(12).
50. Neimeyer R. A. *Techniques of Grief Therapy: Assessment and Intervention*. 2nd ed. New York : Routledge, 2016. 368 p.
51. Ogden P., Fisher J. *Sensorimotor Psychotherapy: Interventions for Trauma and Attachment*. New York : Norton, 2015. 424 p.
52. Porges S. W. *Polyvagal Theory: A Science of Safety*. New York : Norton, 2021. 384 p.
53. Prigerson H. G., Boelen P. A., Xu J., et al. Validation of prolonged grief disorder criteria in ICD-11. *World Psychiatry*. 2021. Vol. 20(1). P. 96–106.
54. Rothschild B. *The Body Remembers. Volume 2: Revolutionizing Trauma Treatment*. New York : Norton, 2017. 336 p.
55. van der Kolk B. *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. New York : Penguin Books, 2015. 464 p.