

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА**

**на тему:**

**Взаємозв'язок тілесної усвідомленості з компонентами психічного здоров'я**

Здобувача (ки) 2 курсу ПМ-223 групи  
Спеціальності 053 Психологія  
Освітньо-професійна програма  
Клінічна психологія  
Салівон М.В.  
(прізвище та ініціали)  
Керівник  
к.психол.н.,  
Максимчук М.О.  
(вчене звання, науковий ступінь, прізвище та ініціали)

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

Протокол № 10 від « 24 » червня 2024р.

Зав. кафедри клінічної психології

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

Зав. кафедри соціальної психології

к.психол.н., Трофімова Д.О.  
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

**Київ–2024**

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	3
РОЗДІЛ I. ТІЛЕСНА УСВІДОМЛЕНІСТЬ ТА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я: ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНІВ.....	7
1.1. Феномен тілесної усвідомленості в психології .....	7
1.2. Особливості тілесної усвідомленості .....	19
1.3. Компоненти психічного здоров'я.....	27
Висновки до розділу I .....	43
РОЗДІЛ II. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ТІЛЕСНОЇ УСВІДОМЛЕНОСТІ З КОМПОНЕНТАМИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я . .....	45
2.1. Теоретико-методологічне обґрунтування методів дослідження .....	45
2.2. Характеристика вибірки.....	55
Висновки до розділу II .....	58
РОЗДІЛ III. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ТІЛЕСНОЇ УСВІДОМЛЕНОСТІ ТА КОМПОНЕНТІВ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я .....	59
3.1 Аналіз результатів емпіричного дослідження.....	59
3.2. Рекомендації щодо оволодіння навичками тілесної усвідомленості задля підвищення рівня психічного здоров'я .....	100
Висновки до розділу III .....	105
ВИСНОВКИ .....	107
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	110
ДОДАТКИ .....	124

## ВСТУП

**Актуальність теми.** У сучасному світі стрімкого розвитку технологій, що призводять до змін форми праці, і, як наслідок, збільшення об'єму розумової діяльності, фізична активність людей помітно зменшується. Із переходом багатьох бізнесів у соціальні мережі, велика кількість спеціалістів переходять до роботи не тільки за комп'ютером, а, більшою мірою, до роботи в телефоні. Такі зміни призводять до ще більшого зменшення фізичної активності людей протягом робочих годин, як наслідок заклякання і перенапруження окремих ділянок, зумовлених поставою під час роботи за телефоном. Однак, одночасно із цим у суспільстві поширюється культура турботи про себе: про фізичне і ментальне комплексно. Так все популярнішою стає тема тілесності у здоровому ключі, не тільки через прагнення вибудувати гарну фізичну форму чи високу фізичну витривалість, а й з турботою до себе, через роботу комплексно з психічним і тілесним аспектами задля загального здоров'я і благополуччя особистості. Розвиток тілесної усвідомленості, рефлексія тілесного досвіду та розвиток навичок тілесної усвідомленості відіграють в цьому процесі важливу роль.

Дослідженню теми тілесності присвячені роботи тілесно-орієнтованих терапевтів: В. Райха про теорію “м'язового панцира”, метод Ф.М. Александера, тілесна свідомість К. Ясперса, біоенергетика та класифікація п'яти типів характеру О. Лоуена, “локус контролю” Дж. Роттера, полівагальна теорія та опитувальник тілесних відчуттів (BRQ) С. Порджеса, зв'язок травматичного досвіду та напруги і викривлень в тілі М. Чейз, тілесне “Я” як серцевина становлення особистості Г. Олпорта, Г. Гарднера - автора теорії множинного інтелекту, усвідомлення через рух М. Фельденкрайза та інші.

Також свій вклад у дослідження питань тілесності зробили такі українські вчені: О. Гомілко (метафізика та феномен тілесності), Н. Медведєва (співвідношення тілесності і соціальності), В. Шмаргун (Тілесне у розвитку психіки людини), Ю. Волощенко (Адаптація “Опитувальника багатовимірної оцінки інтероцептивного усвідомлення” (Multidimensional Assessment of

Interoceptive Awareness, Version 2 (MAIA-2) та дослідження взаємозв'язку інтероцептивної усвідомленості із якістю життя, вибором копінг-стратегій тощо ).

У сучасних дослідженнях теми тілесності розглядають знання про тіло, аспекти схеми тіла, тілесну пам'ять, образ тіла та самосприйняття, тілесний локус контролю, тілесне я, тілесну чутливість, тілесне усвідомлення.

За останні 5 років українські дослідники приділяли увагу дослідженням таких понять як Образ тіла (О. Остапенко, О. Ляшенко ), взаємозв'язок тілесного Я з копінг-мезаніцями (Д.М. Туркова), Тілесність як чинник становлення жінки (Є. Калюжна), Психологічні особливості тілесного Я жінок, хворих на рак репродуктивної системи (Т.Б. Хомуленко, І. С. Кислова, Н.П. Лесніченко), А.Є. Денісієвська досліджувала взаємозв'язок інтероцептивних відчуттів та якості сну.

Усвідомлення тілесних відчуттів набуває все більшої ролі в лікуванні захворювань, включаючи тривожність, депресію, посттравматичний стресовий розлад, аутизм, шизофренію, порушення харчової поведінки. Однак не так багато досліджень що вивчають зв'язок усвідомлення тілесних відчуттів і психічного здоров'я. Дослідження такого зв'язку саме на українській вибірці не було представлено раніше.

Власне це й обрано основною задачею даного дослідження, що визначає його актуальність як у загальнопсихологічному, так і у прикладному аспектах. Люди часто нехтують своїми тілесними відчуттями та їх усвідомленням тож проведене дослідження окрім отриманих результатів вивчення взаємозв'язку тілесної усвідомленості та компонентів психічного здоров'я також посприяло інформуванню українців щодо тілесної усвідомленості та збільшенню уваги до відчуттів у тілі.

**Об'єкт дослідження** – тілесна усвідомленість як психологічне явище.

**Предмет дослідження** – взаємозв'язок тілесної усвідомленості та компонентів психічного здоров'я.

**Мета дослідження:** теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити взаємозв'язок тілесної усвідомленості та компонентів психічного здоров'я.

**Завдання дослідження:**

1. Здійснити теоретичний аналіз феномену тілесної усвідомленості.
2. Охарактеризувати особливості тілесної усвідомленості.
3. Визначити компоненти психічного здоров'я.
4. Провести порівняльний аналіз показників психічного здоров'я за рівнем тілесної усвідомленості.
5. Емпірично дослідити взаємозв'язок тілесної усвідомленості та компонентів психічного здоров'я.
6. Надати рекомендації щодо оволодіння навичками тілесної усвідомленості задля підвищення рівня психічного здоров'я.

У роботі для реалізації мети та вирішення поставлених завдань використано **теоретичні методи дослідження:** аналіз науково-теоретичних джерел з проблеми дослідження, узагальнення науково-теоретичних та емпіричних даних, **емпіричні методи дослідження:** “Опитувальник тілесних відчуттів - коротка форма” (Body Perception Questionnaire – Short Form (BPQ-SF)) С. Порджеса в адаптації А.Є. Денісієвської, “Опитувальник багатовимірної оцінки інтероцептивного усвідомлення” (Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness, Version 2 (MAIA-2) в адаптації Ю. Волощенко, “Опитувальник психічного здоров'я” (MHAІ – Mental Health Assesment Instrument) розроблений дослідниками Києво-Могилянської Академії і Університету Джонса Гопкінса (США) Б. Доті, І. Хароз, Н. Сінгх, Д. Басс, Л. Мюррей, П. Болтон, К. Калавей, С. Богданов, адаптував українською мовою С. Богданов, “Багатовимірний скринінг поведінкового здоров'я” (The Multidimensional Behavioral Health Screen 2 - MBHS-2) Девіда Марка МакКорда та Стівена Буї на платформі [ua-test.com](http://ua-test.com), Опитувальник “Індекс благополуччя ВООЗ-5” (WHO-5 Well-being index) в адаптації Л.М. Карамушки, К.В. Терещенко, О.В. Креденцер та “Коротку версію тесту життєстійкості” В.О. Олефіра, М.А. Кузнєцова, А.В. Павлової та **статистичні методи**

**дослідження:** дескриптивний аналіз, порівняльний аналіз, t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок, коефіцієнт кореляції Спірмена, регресійний покроковий аналіз, дисперсійний аналіз ANOVA.

До емпіричного дослідження було залучено 114 українців. Віковий діапазон вибірки опитуваних становив 22-52 років, гендерний склад даної вибірки включав 107 жінок і 7 чоловіків. Дослідження здійснювалось за допомогою розсилання створеної онлайн google-форми.

**Теоретична значущість роботи.** В роботі було теоретично аргументовано та емпірично встановлено взаємозв'язок певних аспектів та рівнів тілесної усвідомленості з певними компонентами психічного здоров'я українців. Результати роботи дозволяють не тільки розглянути взаємозв'язок тілесної усвідомленості з компонентами психічного здоров'я, а й визначити які навички найбільше сприяють психічному здоров'ю та використовувати ці знання для кращих адаптацій терапевтичних програм та програм реабілітації саме для українців.

**Практична значущість роботи.** Результати дослідження можуть бути використані як в індивідуальній роботі психолога, психотерапевта, психіатра, так і в розробці групових терапевтичних програм, психоедукаційних програм.

# РОЗДІЛ 1

## ТІЛЕСНА УСВІДОМЛЕНІСТЬ ТА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я: ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНІВ

### 1.1. Феномен тілесної усвідомленості в психології

Тіло є невідемною частиною людського існування і кожної миті нашого життя воно задіяно в усіх процесах: мисленні, русі, діяльності, створенні чогось, навчанні тощо. В різних культурах по всьому світу люди завжди приділяли окрему увагу тілу та його модифікаціям в релігійних практиках, мистецтві, соціумі, прикрашали його, демонстрували через вбрання та прикраси приналежність до певної культури, соціальної групи тощо. Тіло є інструментом для самопізнання, самовираження, самоусвідомлення, активності, тож тіло постійно залучено до усіх наших процесів від самого першого моменту нашого життя. Одночасно з тим, більшістю люди не замислюються над тілесними процесами і не аналізують діяльність тіла в кожную хвилину, однак для підтримання життєдіяльності у тілі відбуваються постійні складні процеси та зміни.

У сучасному світі важливість проявляється і відзначати свою індивідуальність через зовнішність продовжує зростати, особливо зі збільшенням інтегрованості соціальних мереж у наше буденне життя. Модифікації тіла задля прояву ідентичності, аби підкреслити певну рису чи з метою задоволення особистих вподобань та естетики вже стали буденністю. Враховуючи, що соціальні мережі та видимість, змога вирізнятися і запам'товуватися вже приносять не тільки велику кількість підписників та популярність, а зараз це запорука наявності клієнтів, роботи та заробітку для великої кількості експертів, магазинів та навіть навчальних і медичних закладів. Однак одночасно із розумінням важливості зовнішньої складової зараз, на зміну поширенню культури піклування суто про фізичну форму, в суспільстві прийшло поширення культури турботи про ментальне здоров'я

здля загального здоров'я. Окрім збільшення доступності інформації про психічне здоров'я та послуг психологів, психотерапевтів, психіатрів, великою мірою поширенню цього тренду сприяли лідери думок та блогери, що ділились на широкий загал інформацією та своїм травматичним досвідом щодо наслідків нехтування здорового підходу до піклування про себе. Тренд на загальне здоров'я призвів до підвищення рівня усвідомленості серед людей щодо важливості комплексного підходу до свого здоров'я і недоцільності фокусу лише на зовнішньому вигляді тіла або лише на ментальному здоров'ї. Таким чином все більше поширюється холістичний підхід, піклування про психічне здоров'я та фізичне здоров'я в комплексі, а не тільки швидкі методи задля гарного зовнішнього вигляду. Як наслідок, все більше людей вивчають такі холістичні підходи, що об'єднують і тілесне, і психічне: психосоматика, тілесно-орієнтована психотерапія, танцювально-рухова терапія та інші.

Водночас, на сьогоднішній день в Україні як ніколи важливою є проблема інклюзивності та питання підвищення якості життя людей, що зазнали незворотних тілесних ушкоджень, що призвели до інвалідизації чи втратили частини тіла, кількість яких різко збільшується внаслідок війни. В реаліях сьогодення кіборгізація дає людям, що втратили кінцівки внаслідок війни, шанс на комфортніше життя [1], однак у суспільстві все ще зустрічаються неетичні реакції людей, тож важливо потурбуватися і про психологічний комфорт людей під час реабілітації, поширювати інформацію та прагнути до підвищення обізнаності та більш адекватної поведінки суспільства.

В цьому ключі актуальним і важливим є продовження досліджень сфери тілесності та її складових, як змінюється тілесність як явище та її взаємозв'язок із іншими сферами фізичного та ментального здоров'я задля вдосконалення програм першої психологічної допомоги та реабілітації.

Отже, зважаючи на актуальність теми тілесності сьогодні та на те, що протягом всієї історії людство продовжує вивчати тілесність - дослідження явища тілесності є таким самим безмежним процесом, що ніколи не



завершиться, як і вивчення будь-якої іншої сфери нашого буття, сутності, організму. Особливо враховуючи постійні зміни у світі, суспільстві та суб'єктивність у сприйнятті тілесності для кожної людини, адже в процесі становлення кожна людина набуває унікального досвіду, кожна людина по-різному сприймає, інтерпретує, справляється з та асимілює набутий досвід, що впливає на усвідомленість тілесних явищ, самосприйняття, самостворення та прояв особистості у соціумі. Зростання актуальності у суспільстві напрямків тілесно-орієнтованої терапії, танцювально-рухової терапії, психосоматики та інших лише відкривають більше можливостей та поглиблюють процес пізнання людської тілесності.

Поняття “тіло” та “тілесність” не є тотожними і важливо їх розмежовувати. Відтворення тіла у свідомості не обов'язково співпадає із об'єктивним тілом адже людина може сприймати себе менше або більше реальних розмірів тіла, ігнорувати наявність певних деталей тіла чи організму, або навпаки додавати їх в уяві, тощо [2].

Розглядаючи історичні етапи формування сучасного ставлення до понять «тіло» і «тілесність» важливими є дослідження Декарта і проблематика «психофізичного дуалізму», ставлення до тіла у філософії Ніцше, поява і розвиток філософського поняття «тілесності» у феноменології Гусерля, Сартра, Мерло-Понті, а також погляд сучасної соціальної топології Фуко, Дельоза, Бурдьє на роль і місце тіла людини у соціальному просторі [3].

Погляд М. Мерло-Понті, який пізніше підтримають багато філософів та психологів, полягав у сприйманні тілесного досвіду як первинного в організації світу. Згідно з М. Мерло-Понті, людське тіло того ж складу, що і світ, є його частиною та співтворцем, адже прояви людини, зумовлені її потребами та бажаннями, створюють сенси та формують культурний світ навколо [4,5].

Також А.Ю. Рождественський говорить про тілений досвід як про базу, на яку можуть надбудовуватись інші досвіди, адже саме тілесний досвід є найпершим та стає певною системою відліку [6]. Посилаючись на теорію

базових перенатальних матриць С. Грофа, які включають переживання життя, смерті, здатності боротися за життя, загрози, насильства, болю, задухи, радості, задоволення, необхідних для виживання, О. Хлівна та Л. Магдисюк підтверджують первісність тілесного досвіду зазначаючи, що нервова система дитини та психосоматичні патерни формуються під впливом психофізіологічних реакцій матері під час вагітності на рівні клітин, через кров, гормональні зміни, смак і запах навколоплідних вод [7].

Тілесний досвід формується із вибору приймати чи відхиляти соціально прийнятні норми тілесних проявів і поведінки, інформації, гіпотез та культурального досвіду групи людей про те, як функціонує організм, як має ставитись людина до свого тіла та як слід реагувати оточуючим на різні прояви тіла іншого, які сенси закладені в цих реакціях та прийнятих ритуалах, пов'язаних з тілом [8]. В залежності від стереотипів щодо тіла та тілесності, правил та норм, що приписуються певним групам населення чи професіям, поширених у культурі певного суспільства, віку особистості, життєвого періоду та викликів, людина може по-різному переживати, усвідомлювати тілесний досвід та на різному рівні в подальшому асимілювати та інтегрувати його [8].

У ході дослідження психологічних особливостей тілесності молодих жінок у контексті феноменології Є.М. Калюжна та Н.В. Савченко визначили, що тілесний досвід молодої жінки включає в себе переживання тілесних відчуттів, вербалізацію тілесного Я, оволодіння власним тілом, розвиток “тілесних уявлень”, типи самоусвідомлення тілесного потенціалу, та розвиток тілесних навичок [9]. Також було показано, що істинна форма пізнання - чуттєва, однак свідомо відбувається інтерпретація феноменів, що можливе тільки через рефлексію, направлену до суб'єктивного досвіду [9].

У своїй роботі А.Ю. Рождественський та Г.В. Ложкін використовують терміни “тілесність” як якісну визначеність фізичного буття особистості, «тілесний потенціал» - дану за способом буття особистості приховану можливість реалізації тілесності, а також процес усвідомлення особистого

тілесного досвіду - «рефлексія тілесного потенціалу», розглядають тілесність як одиницю самосвідомості та реалізації власних можливостей особистості і виділяють вітальний, конформний та особистісний типи саморефлексії тілесного потенціалу [2]. Вітальний тип означає усвідомлення тіла більшою мірою як біологічний чинник, у конформному або просоціальному типі тіло розглядається як інструмент, що має відповідати соціальним критеріям та відповідно до третього особистісного типу тіло усвідомлюється невід'ємною частиною цілісного “Я” [2].

Філософи та митці по-різному бачили та описували тіло: для Платона тіло було «темницею» для душі, для апостола Павла - «храмом» святого Духу, Епіктет називав тіло «трупом», український філософ Григорій Сковорода - «одягом», «шкірою», Рене Декарт вважав тіло «машиною», Жан-Поль Сартр сприймав тіло як “Я” [10]. У релігійних контекстах є багато підходів, серед них такі, центральною ідеєю яких є твердження “Я - не тіло, я - душа” та тіло виступає обмеженням від якого треба звільнитись, такі, що розглядають тіло як храм Божий, ті, що вивчають та сприймають тіло суто як інструмент для отримання досвіду, задоволення чи відпрацювання карми для кращого життя, ті, що сприймають тіло як божествене, тіло та насолода тіла стає центральним: його естетика, сексуальність, тощо.

У великому тлумачному словнику сучасної української мови Тіло - визначається як “організм людини або тварини в цілому з його зовнішніми і внутрішніми проявами; тулуб людини або тварини; шкірно-м'язовий покрив людини або тварини, м'язи, м'ясо [11].

Філософи ХХ століття найчастіше асоціюють тіло з реальним, обмеженим, відносно фіксованим та статичним, фізичним об'єктом, необхідною умовою для людського буття [7,10]. Поняття ж людської тілесності формується у просторі соціуму, де і визначається прийняття себе в залежності від норм та очікувань суспільства, як відповідь через протидію і відхід від цих стандартів, або через прийняття і адаптацію до цих вимог [10].

Дослідження тілесності здійснювали в своїх концепціях тілесно – орієнтовані терапевти: теорія "характерний м'язовий панцир" В. Райха, тілесна свідомість К. Ясперса, біоенергетика та класифікація п'яти типів характеру за паттерном захисту, які проявляються на психічному та м'язовому рівні О. Лоуена, ідея про те як напруга та викривлення тіла відображають травматичний досвід М. Чейз, терапія рухом М. Александера, теорія концентрованого руху Е. Гіндлер, теорія усвідомлення через рух М. Фельденкрайза, структурна інтеграція І. Рольф [7]

Серед українських дослідників питанню тілесності присвятили роботи Л.М. Газнюк, О. Корнієнко, В.А. Косяк, І.А. Жеребкіна, О. Гомілко, А.Ю. Рождественський, Г.В. Ложкін, С.Б. Кримський, Н. Медведєва, Є. Калюжна, В. Шмаргун, Ю. Волощенко та інші.

На сьогодні існує багато визначень людської тілесності. Н. Медведєва зазначає, що «тілесність – це субстрат людської життєдіяльності, який являє собою багатомірне утворення, яке існує в трьох вимірах: біологічне (природне) тіло, внутрішня тілесність, зовнішня тілесність, і конструюється на їхньому перетині» [12].

На думку О. Гомілко, тілесність не є природною передумовою, а це культурно антропологічний феномен, один із головних дієвих і активних чинників історії та культури, адже через неї конструюється культурна реальність [13]. Вона визначає "тілесність" як «соціальний конструкт», «культурний репрезентант» [14] та висвітлює ідею тілесності в індіанській літературі, згідно якої чуттєвість є основною онтологічною властивістю тіла, тож тілесність не існує поза чуттєвістю [13].

А. Возний розглядає тілесність як набір інформаційних, енергетичних, системно-структурних та функціональних властивостей, що належать кожній окремій біосистемі людини і є змістовною складовою людини, що забезпечує можливість соціального буття [3].

На думку Ю. Г. Павлік результативним підходом до вивчення тіла можна вважати той, де тілесність розкривається як "феномен уподібнений до вищих

психічних функцій”, що дозволяє відзначити, що становлення тілесності це процес, який відбувається за усвідомленого ставлення до тіла, в результаті якого тіло стає соціально-психологічним знаряддям, і в цьому процесі не змінюється біологічний тип людини, органи та загальна будова тіла, тож “тілесність, поєднуючи психофізіологічні, психосоматичні, біоенергетичні прояви людини, є результатом проектування складної структури тіла в особливий вимір, де воно функціонує як продукт соціальних практик і дії дискурсів” [15].

Є. Калюжна пов’язує тілесність із внутрішніми проявами у відповідь на обставини та оточуючих, що дозволяють обрати способи реагування задля задовільнення потреб та якісного життя. Вона визначає тілесність як психологічний феномен, який базується на психічних уявленнях і на тому, як вони пов’язані з тілом, для його формування важливим чинником є наявність чуттєвого зв’язку з первинним материнським об’єктом, саме здатність до співналаштування з дитиною вбачається запорукою формування тілесності жінки. Здатність до співналаштування потребує здатності до саморефлексії, що, в свою чергу, розвивається зі здатності відчувати та усвідомлювати внутрішні тілесні реакції [16, 17].

В. Шмаргун представляє тілесність як тіло людини, визначене в своїх проявах координаційними механізмами, що включають фізіологічні, психологічні та біомеханічні механізми у поєднанні з особливостями соціуму, адже тіло людини не існує поза соціальною життєдіяльністю, взаємодією та відносинами [18]. У тілесному розвитку В. Шмаргун виділяє соціалізацію тіла, розуміючи під цим норми поведінки із тілом у культурному просторі, в якому росте людина та психологізацію тіла як комплекс психологічних аспектів розвитку тіла та методів саморегуляції тілесних проявів [19].

За О. Хлівною “тілесність – це психофізіологічні, психосоматичні, біоенергетичні прояви людського тіла, які характеризуються онтологічним і соціокультурним розвитком і здійснюються в аксіологічному просторі соціуму“ [7].

Багато досліджень демонструють успішність у лікуванні депресій, травматичного досвіду та розладів харчової поведінки за допомогою тілесно-орієнтованих підходів. Наприклад, практичні психотерапевтичні підходи у допомозі при подоланні посттравматичних стресів, психічних розладів та важких станів розрізняються залежно від тих теоретичних шкіл, в рамках яких вони виникли. Серед них виділяють кілька, що приділяють значну увагу тілу, тілесним відчуттям, тілесній усвідомленості та саморегуляції.

Гештальт терапія, що розглядає будь-який досвід через цикл контакту, механізми переривання циклу контакту та через важливість запершення дії чи процесу. Робота з ситуацією чи досвідом базується на прагненні відновити цикл контакту - від визначення потреби до її задовільнення та асиміляції отриманого результату через усвідомлення механізмів переривання контакту. Терапія базується на діалозі, в якому проявляються механізми проекції, ретрофлексії, профлексії, конфлюєнції - злиття, тощо [20].

Основою тілесно-орієнтованої терапії є знання про тілесні зажими, “м’язовий панцир”, поняття введені В. Райхом. Тілесно-орієнтована терапія базується на методі уважного усвідомлення, для розвитку інтероцептивної чутливості: розпізнавання незадоволених потреб, навички помічати та співвідносити внутрішні тілесні сигнали, навички перебувати в моменті, навички утримувати увагу, сприймання досвіду з цікавістю та самоспівчуттям, а також застосування руху для роботи із зажимами, вивільнення спонтанності. Уважність підвищує зв’язок з тілом та здатність витримувати навіть важкі думки та почуття, що, в свою чергу, дозволяє дослухатись до своїх істинних, не автоматичних інтенцій та рішень [21]. Вважається, що тілесно-орієнтована терапія ефективно працює при неврозах, посттравматичних стресових розладах, агресивних станах, тривозі, фрустрації, депресивних станах, психосоматичних порушеннях, емоційному вигоранні, синдромі хронічної втоми. Психо-емоційні стани змінюються в залежності від фізичного здоров’я людини, однак так само впливають на фізичне здоров’я, наприклад у випадку коли вплив стресу призводить не до підвищення стеросостійкості та адаптації,

а до патологічного стану, нервових розладів, хвороб серцево-судинної системи [22].

Досліджень же про взаємозв'язок тілесних відчуттів та тілесної усвідомленості із психічним здоров'ям, життєстійкістю та благополуччям значно менше. Необхідність проживати кризи та певні досвіди вперше в історії людства, адаптуватись до частих значимих неочікуваних змін та витримувати натиск швидкоплинності соціальних структур, а в Україні зараз ще й злочини війни, мають вплив не тільки на психічне здоров'я людини, а впливають й на тілесність людини. Вчені підтверджують важливість тілесної усвідомленості для життєвої успішності сучасної людини, яка зустрічається з великим соціально-емоційним навантаженням [23].

О. Сілютіна досліджувала тему тілесності і розробила методику у вигляді опитувальника тілесного інтелекту. Результати засвідчили, що розуміння власних тілесних процесів, позитивна оцінка самопочуття та актуального тілесного стану виступають вагомими аспектами самоствавлення особистості, сприяючи прояву поваги до себе, розумінню як тілесних, так і особистісних процесів і явищ, управлінню своїм життям та діяльністю, дозволяє людині успішно будувати імідж свого тіла [24, 25, 26].

Отже, кожен дослідник вивчаючи тему "тілесності" розглядає її через різні явища, як от згадані вище: тілесний досвід, тілесний інтелект, тілесні прояви, тілесний потенціал, тілесний образ, тілесні відчуття, тілесне Я, тілесні навички тощо.

Різні підходи також включають тему тілесності на різних рівнях, фокусуючи увагу на певних аспектах тілесності більше за інші. В усіх дослідженнях тілесності і тілесного досвіду відзначається важливість усвідомлення власних тілесних процесів та станів, що наближає нас до поняття тілесної усвідомленості. Тож розглянемо ключове поняття у вивченні ролі тілесних феноменів у розвитку психіки людини - поняття тілесної усвідомленості.

Пізнавальна діяльність людини — це процес відображення в мозку людини предметів та явищ дійсності [27]. Реальність у людській свідомості відтворюється на рівні чуттєвого та абстрактного пізнання. До чуттєвого пізнання включають пізнавальні психічні процеси відчуття та сприймання, що утворюють чуттєвий досвід людини [27].

Чутливість - одна із основних функцій нервової системи, яка є частиною ширшого поняття рецепції і є тією її частиною, що сприймається рецепторами і усвідомлюється корою. Розрізняють чутливість загальну, або просту та складну. Загальна чутливість, залежно від місця розташування рецепторів, поділяється на екстероцептивну, або поверхневу (шкіра і слизові оболонки), пропріоцептивну, або глибоку (м'язи, зв'язки, суглоби), та інтероцептивну (внутрішні органи) [28].

До екстероцептивної, або поверхневої, чутливості належать больова, температурна (теплова та холодова) і тактильна. Пропріоцептивна чутливість включає відчуття пасивних і активних рухів (м'язово-суглобове відчуття), вібраційне відчуття, відчуття тиску і ваги, кінестетичне відчуття - визначення напрямку руху шкірної складки. Загальні, або прості, відчуття пов'язані безпосередньо з функцією окремих рецепторів, аналізаторів [28].

Складні види чутливості обумовлені поєднаною діяльністю різних типів рецепторів і кіркових відділів аналізаторів: відчуття локалізації, за допомогою якого визначається місце нанесеного подразнення; стереогноз - здатність пізнавати предмети шляхом їх обмацування; двомірно-просторове відчуття - хворий визначає за умови заплющених очей, яка фігура, цифра або літера накреслені на шкірі; дискримінації - здатність сприймати відоремлено два подразнення, що наносяться одночасно. Складні види чутливості не мають окремих аналізаторів. Їх забезпечення здійснюється загальними видами відчуття [28].

Інтероцептивною називають чутливість, що виникає у разі подразнення внутрішніх органів, стінок кровоносних судин. У нормальних умовах імпульси



від внутрішніх органів практично не усвідомлюються. Під час іритації інтероцепторів виникає біль різної інтенсивності, відчуття дискомфорту [28].

Відчуття – це найпростіший пізнавальний психічний процес, який полягає у відображенні в мозку людини окремих властивостей предметів і явищ матеріального світу, а також внутрішніх станів організму при безпосередньому впливі матеріальних подразників на відповідні рецептори [29, 27]. Відчуття є первинною формою психічного зв'язку організму з оточуючим світом, орієнтування в навколишньому середовищі, пізнання зовнішнього світу та власних внутрішніх станів. Відчуття, що надходять від внутрішніх органів, впливають на емоції та самопочуття людини [27].

Залежно від розміщення рецептора, форми впливу подразника, розрізняють: Інтероцептивні - органічні, коли рецептори розміщені у внутрішніх органах і тканинах тіла; відображають стан внутрішніх органів, Пропріоцептивні - кінестезичні, коли рецептори розміщені в м'язах і суглобах та передають інформацію про рух і положення тіла в просторі, Екстероцептивні - рецептори розміщені на поверхні тіла та відображають властивості предметів та явищ зовнішнього середовища [27, 30, 31].

Під інтероцептивними відчуттями розуміють сукупність сигналів, що надходять із внутрішнього середовища організму й характеризують стан органів і частин внутрішнього тіла, зокрема серцебиття, дихання, насичення, а також діяльність вегетативної нервової системи, пов'язаної з емоціями. Ці відчуття впливають на емоційні стани людини, через почуття голоду, спраги, нудоти, ситості, ускладненого дихання, комфорту, дискомфорту, змін у функціонуванні органів тощо, та дозволяють діагностувати внутрішні захворювання [31]. Інтероцептивні відчуття, будучи найстаршими та найменш усвідомлюваними, визнаються важливим чинником психічного розвитку, що сприяє формуванню почуття власної ідентичності та істотно впливає на поведінкову та інтелектуальну сферу особистості [17].

Відчуття людини кількісно мінливі, що виражається в адаптації (зміна рівня чутливості при постійному впливі подразника), взаємодії відчуттів (коли

відбувається зміна певних аналізаторів під впливом інших), сенсibilізації (як результат взаємодії відчуттів, виконання вправ або через зміни у стані організму відбувається підвищення чутливості); якісно мінливі у формі синестезії (відчуття, характерні для одного аналізатора з'являються через подразнення іншого аналізатора) та кількісно-якісно мінливі: контраст відчуттів (через вплив попереднього подразника або супутнього подразника змінюється сила та якість відчуттів) [31].

Інтероцепція, екстероцепція та пропріоцепція є основними механізмами формування в людини схеми тіла з уявленнями про межі, протяжності в просторі і т.д. [2].

Під інтероцепцією розуміють процес, за допомогою якого, нервова система сприймає, інтерпретує й об'єднує сигнали, що виходять від тіла, забезпечуючи миттєве відображення внутрішнього стану тіла на свідомому й несвідомому рівнях. Інтероцепція включає в себе двосторонній процес, за допомогою якого інформація про несвідомі внутрішні фізіологічні стани передається в когнітивні центри мозку для підтримання фізичного та емоційного благополуччя [2].

Інтероцепція зазвичай залишається несвідомою, однак усвідомлюватись можуть результати ментальної обробки внутрішніх відчуттів, відтак спроможність ідентифікувати, зрозуміти й належним чином відреагувати на патерни внутрішніх сигналів називають інтероцептивним усвідомленням [21, 32]. Синтія Прайс та Керол Хувен, посилаючись на А.Д. Крейга, зазначали, що “інтероцептивне усвідомлення є ключовим для ідентифікації внутрішніх фізіологічних процесів, пов'язаних з афективними відчуттями та завдяки цьому є інструментом інтеграції тілесних відчуттів, когнітивних процесів та емоційних почуттів” [21]. Отже, інтероцептивне усвідомлення забезпечує доступ до емоційного досвіду та потенційно до важливих механізмів регуляції емоцій [21].

Лізбет Марчер, засновниця бодинаміки - сучасного методу тілесно-орієнтованої психотерапії, в своєму інтерв'ю зазначала, що не може

відокремити власне розуміння відносин від тіла і тілесного усвідомлення, адже саме через тілесне усвідомлення людина відчуває себе у стосунках з іншими. Рівень нашої здатності до тілесного усвідомлення, яке поєднує відчуття, енергію та емоції - відображає рівень нашої здатності до встановлення глибоких зв'язків із іншими. Отже стосунки і тілесне усвідомлення пов'язані між собою і в роботі з тілесними усвідомленнями та терапії важливо враховувати обидва явища [33].

Синтія Прайс та Керол Хувен у своїй роботі з дослідження ролі інтероцептивних навичок усвідомлення в регулюванні емоцій у підході тілесно-орієнтованої терапії (МАВТ), висвітлюючи терапевтичний підхід, створений для навчання первинним навичкам інтероцептивного усвідомлення, розглядають інтероцептивне усвідомлення як ресурс для формування навичок емоційної регуляції, психокорекції синдрому гіперактивності та дефіциту уваги, розладів аутистичного спектру та розладів харчової поведінки [21].

## **1.2. Особливості тілесної усвідомленості**

Оскільки тіло зберігає наші травми - це наше несвідоме, у якому зберігається життєвий досвід від зачаття до сьогодні, та кожен рух, інтонація, постава, хода, вираз обличчя, що є результатом нашого минулого досвіду, який матеріалізується в тілі [34].

Тілесний зміст, лексика рухів, їх амплітуда, траєкторія є відображенням стану людини, її самопочуття. Так само і подих, що зв'язує тіло і психіку, як частина руху - є ритмом життя від якого залежить рух. Тілесні практики зазвичай починаються з дихання, усвідомленого спостереження за вдихом та видихом [7]. Найчастіше у людей, що приходять на тілесно-орієнтовану терапію або танцювально-рухову терапію дихання є неглибоким та не плавним: поверхневі вдихи, короткі видихи, при яких дихання не відбувається

нижче грудної клітини. Однак, дихання є потужним інструментом вирівнювання стану, релаксації і саме до дихання в першу чергу звертаються і в тілесних практиках, заняттях з йоги, медитаціях, і в кризових ситуаціях та станах. Поширеним методом для того аби заспокоїтись є поглибити дихання, дихати на повноту легень, а краще животом, подовжувати видохи та видихати вдвічі довше за вдих, не нехтувати короткими паузами між вдихом і видихом. Часто при переживанні насичених подій, станів та емоцій люди затримують подих, починають дихати ще більш поверхнево, майже непомітно. Перерваний чи заблокований вдих перешкоджає вільному руху енергії в тілі, тому танцювальний терапевт в першу чергу працюватиме із диханням задля повернення клієнту чутливості, та усвідомленості його почуттів. Американським психоаналітиком та танцювальним терапевтом Е. Сігелем та його колегою танцювальним терапевтом Б. Блау було розроблено спеціальну дихальну техніку «спільний подих», що впливає на зниження страху [7].

Ф. Рерихт та С. Прібе зазначають, що багато емпіричних досліджень тілесного досвіду та тілесного самосприймання особистості мають значимі методологічні недоліки через недоступність феноменів внутрішнього світу для безпосереднього спостереження [35]. Однак, в результаті досліджень було виявлено залежність інтероцептивної усвідомленості від сприйняття ситуації, мотивації людини, приналежності до певної культури, а відповідно і значимість та наділеність сенсами тілесного відчуття, а також інших психологічних чинників та аспектів індивідуального досвіду людини [32].

С.Ю. Рудницька та А.О. Колярова базуючись на дослідженнях самосприймання визначають чинники, від яких залежить усвідомлення тілесного досвіду. До них відносять такі, що прямо впливають на фізичному рівні: наявність ускладень під час пологів та розвитку дитини, хвороб, хірургічних втручань чи травм, будь-якого насильства, переживання катастроф, стихійних лих, війни [36]. А також: неадекватне ставлення від батьків, травмуючі відносини, відсутність поваги та порушення особистих кордонів, батьківська байдужість або надто контролюючі батьки, переживання

критики, сорому, ігнорування, знецінення як такого та безпосередньо стосовно тіла та тілесних потреб [36].

О. Хлівна та Л. Магдисюк також говорять про набуття основних смислів через тілесний досвід у внутрішньоутробний та пологовий період. З появою у дитини потреб, які може задовільнити тільки мати або опікун, починається новий етап формування у дитини самоствавлення, відчуття захищеності або покинутості, усвідомлення відчуттів та емоцій та формування стратегій саморозвитку чи саморуйнування, в залежності від висновків про досвід взаємодії із матір'ю [7]. Орієнтуючись на реакції та ставлення матері дитина формує для себе зачення базових понять добре/пагано, систему морально-етичних цінностей, а також стратегію існування та способи як обходитись із своїми потребами [7]. О. Хлівна та Л. Магдисюк підсумовують: “Можна сказати, що в основному всі види психосоматичного дизонтогенезу так чи інакше обумовлені порушеннями дитячо-батьківських відносин, а також стилю і системи виховання, особливо патогенними є симбіотичні і авторитарно відторгуючі відносини батьків до дитини” [7]. Отже, у роботі із динамічними феноменами тілесності, направлений на виправлення спотворень, побудову нових адаптивних стратегій реагування на задоволення власних потреб та життєві ситуації, найважче корегуванню піддаються саме спотворення, закладені на ранніх етапах розвитку, адже саме на цей тілесний досвід накладається подальший, як зазначалось раніше. Тому так важливо аби людина дослухалась до себе, орієнтувалась на внутрішні відчуття, та усвідомлювала імпульси тіла, аби мати змогу вибрати інші стратегії реакцій, не орієнтуватись лише на завчені з дитинства стратегії, які частіше є сприятливими та зручними для оточуючих чи соціуму, аніж для власне людини.

Було з'ясовано, що існує прямий зв'язок між порушенням інтероцепції і спотворенням образу тіла: чим більше тіло сприймається як щось чужорідне та небажане, незадоволеність ним зростає. Негативне сприйняття образу тіла сильно впливає на потенціал людини чути та усвідомлювати власне тіло,

сприймати та усвідомлювати сигнали тіла, саме тому дуже важливо працювати з образом тіла та самокритикою [16, 32, 37].

Альтернативою чутливості є нечутливість та десенсибілізація - характерні для проявів розладів харчової поведінки як наслідки негативного ставлення до власного тіла [32]. На рівень інтероцептивної чутливості впливають багато індивідуальних чинників, починаючи від моменту вагітності, а саме: генетика, наявність черепно-мозкових травм, оперативних втручань, недостатність або надмірність харчування, погана якість харчування, захворювання внаслідок поганого харчування, наявність насилля, депресія, тривога та інші [32].

Інтероцептивна чутливість загострюється у випадку короткострокових періодів голоду внаслідок підвищення почуття голоду, однак в результаті довгострокового позбавлення їжі чутливість до голоду та насичення погіршується, порушуючи контакт із тілом, сприяючи розпитку розладів харчової поведінки. При розладах харчової поведінки люди часто вирішують істи чи пропускати прийом їжі, спираючись на думки, ігноруючи при цьому сигнали тіла та інтероцептивну чутливість [32]. Одним з головних завдань у терапії розладів харчової поведінки залишається розвиток інтероцептивної чутливості й інтероцептивної усвідомленості, задля відновлення інтуїтивного харчування відповідно до фізіологічних голоду та інших потреб організму. Інтероцепція може сприяти розвитку розладів харчової поведінки та одночасно фокус на інтероцептивній чутливості та усвідомленості може бути складовою реабілітаційних програм та терапії розладів харчової поведінки [32, 37].

У дослідженні Донни Л. Евінг, Міранди Манасі та колег щодо інтероцептивних відмінностей, пов'язаних із низькою якістю сну при тривозі та депресії, було визначено, що низька якість сну по-різному впливає на інтероцепцію серед різних діагнозів. Для всіх діагнозів низька якість сну була пов'язана з низькою точністю інтероцептивних показників та підвищенням інтероцептивної чутливості. При депресії та змішаних діагнозах поганий сон вплинув на порушення метакогнітивної усвідомленості. Науковці зробили висновок, що низька якість сну впливає на серцеву інтероцептивну здатність

та є поширеним раннім проявом психологічного розладу, може сприяти вираженню афективної психопатології через вплив на перцептивні та інтерпретаційні аспекти тілесного усвідомлення. Також зазначалось, що індивідуальні відмінності в інтероцепції пов'язані з емоційним стилем та вразливістю до афективних розладів [38]. “Важливість усвідомлення тілесних відчуттів демонструє соматоформний тип посттравматичного стресового розладу, що характеризується проявами соматоформних розладів з переважною локалізацією неприємних тілесних відчуттів у ділянці серця (54 %), шлунково-кишкового тракту (36 %) та голови (20 %)” [20].

Теорією Кеннона-Барда доведено, що тілесні зміни при різноманітних емоційних станах є дуже подібними. Це не дає змоги пояснити якісну відмінність вищих емоцій людини, і тому емоції не можуть бути наслідком фізіологічних змін в організмі: і тілесні зміни, і пов'язані з ними емоційні переживання виникають майже одночасно. Теорія Вундта ґрунтується на принципі психофізичного паралелізму. Виразні рухи, які виникають під час переживань, є зовнішнім супутником емоцій; вони є результатом внутрішньоорганічних змін [31].

Клініцист Л. Моузлі, посилаючись на дослідження тілесної усвідомленості В. Мелінга і С. Прайса, розглядає тілесну усвідомленість як таку, що взаємопов'язана і з образом тіла, і зі схемою тіла, що виникає за рахунок інтероцепції і пропріоцепції [7]. Процеси отримання та переробки нервовою системою сигналів про стан внутрішніх органів, положення тіла відбуваються без участі свідомості, однак частина цієї інформації може усвідомлюватись за рахунок фокусування уваги на фізичних відчуттях і саме так Л. Моузлі визначає поняття тілесної усвідомленості. В результаті досліджень в цій області В. Мелінга, С. Прайса та інших, автори виділяють чотири взаємопов'язаних виміри тілесної усвідомленості: тілесні відчуття, що сприймаються; якість уваги; спрямованість тілесної усвідомленості; та усвідомленість інтеграції тіла-свідомості [2, 20].

Важливо розрізнати ступінь уваги, сфокусованої на фізичних відчуттях, адже здоровий рівень інтероцептивної усвідомленості дійсно допомагає підтримувати здорове ставлення до фізіологічних потреб та сприяє здоровому ставленню до тіла, однак клінічно підвищений рівень концентрації уваги на фізичних відчуттях є дезадаптивним стилем інтероцептивної усвідомленості та пов'язується з тривогою, надмірною настороженістю, соматизацією та іпохондрією [46, 47, 48, 49].

Ю. Волощенко у дослідженні взаємозв'язку окремих доменів інтероцептивного усвідомлення з вибором стратегій проактивного подолання, якістю життя, академічною стійкістю та показниками серцевого ритму студентів першого курсу Київського університету ім. Бориса Грінченка виявив високий рівень статистичної значущості взаємозв'язків між усіма чотирма анкетами і підтвердив гіпотезу про високий рівень впливу інтероцептивного усвідомлення на вибір стратегій проактивного подолання, якість життя і академічну стійкість студентів [39, 40].

Балагурак О. В. вивчаючи депресивні стани жінок зі схильністю до порушень харчової поведінки розглянула дослідження з наступними результатами: серед дорослих жінок рівень депресії значуще корелює з показниками порушення харчової поведінки: міжособистісною недовірою, інтероцептивним усвідомленням та неефективністю (Qadir & Muhsin, 2020), у жінок з булімією депресивна симптоматика прямо корелює з мірою вираженості у їхніх матерів неефективності, інтероцептивного усвідомлення, булімічної симптоматики (Vázquez-Velázquez et al., 2017) [41, 42, 43, 44]. У жінок з порушеннями харчової поведінки та ознаками клінічної депресії, спостерігається вищий рівень агресії, експресії агресії (назовні та аутоагресії) та уникнення шкоди, яскравіше виражені симптоми розладу харчової поведінки такі як: прагнення до схуднення та худого тіла, незадоволеність власним тілом, неефективність, перфекціонізм, недовіра до інших, інтероцептивне усвідомлення, страх перед дорослішанням та зрілістю,



соціальна невпевненість, аскетизм, ніж у тих, які не мають ознак депресії (Beroš et al., 2021) [41, 42, 43, 44].

У дослідженні зв'язку між рівнем усвідомлення свого тіла та скаргами на біль у кістково-м'язовій системі, рівнем фізичної активності та емоційним станом у здорових людей було визначено, що фізична активність позитивно вплинула на рівень усвідомлення свого тіла, який безпосередньо пов'язаний з болем, що пов'язаний з опорно-руховим апаратом і емоційним станом [50].

В результаті дослідження інтероцептивного усвідомлення у пацієнтів із функціональними неврологічними симптомами було виявлено, що пацієнти з функціональними неврологічними симптомами мають нижчу інтероцептивну точність, ніж здорові, і така знижена інтероцептивна точність була прогностичною ознакою симптомів депресії, а також самооб'єктивації - схильності зосереджуватися на зовнішніх особливостях свого тіла [51].

Дослідження взаємозв'язку інтероцептивного усвідомлення та віку показало, що серед американців віком від 22 до 63 років інтероцепція, так само як екстероцепція та пропріоцепція, знижується з віком [52].

В іншому дослідженні “Мета-аналіз зв'язку між інтероцептивним усвідомленням і алекситимією: розрізнення інтероцептивної точності та чутливості” було виявлено, що алекситимія була помірно пов'язана з інтероцептивним усвідомленням у людей із психічними розладами та порушеннями розвитку, але зв'язок був незначним у людей без психічних розладів та відсутніми порушеннями розвитку [53].

Було проведено дослідження інтероцептивного усвідомлення при нервовій анорексії з використанням методики багатовимірної оцінки інтероцептивного усвідомлення (MAIA), результати якого свідчать про те, що певні аспекти інтероцептивного усвідомлення, такі як підвищене усвідомлення відчуттів тіла та зниження довіри до свого тіла, можуть бути пов'язані з такими симптомами нервової анорексії, як ігнорування сигналів голоду, і можуть підвищувати ризик розвитку нервової анорексії [54].

Більшість захворювань беруть початок саме в ранньому дитинстві. При цьому скарги дитини, на які батьки не звертають уваги, можуть згодом трансформуватися в важке захворювання. Батьки і соціум впливають на психічне здоров'я дитини, приводячи до захворювань і розладів, що з'являються при безпосередньому або непрямому впливі емоційної напруги. Особливо небезпечне повторне переживання затяжних негативних емоцій, так як вони можуть викликати патологічні стани – неврози, психопатії, захворювання внутрішніх органів, порушення діяльності опорно-м'язового апарату [1]. В даному випадку природним є відображення внутрішніх проблем у вигляді тілесних психологічних проявів, де постава – це основна поза, яка виражає психоемоційний стан дитини і представляє певний вид психосоматичних розладів. Психосоматичний блок порушень постави проявляється в станах наявності хронічного або минушого стресового впливу на дитину і носить психогенний характер. Основу даного напрямку становлять дослідження, пов'язані з психічним неблагополуччям в сім'ї. Образний компонент психоемоційного стану, виражений в позі або рухах, є відображенням відносин дитини з батьками та іншими членами сім'ї. Віднайдені кінестетичні образи є підсвідомими, шикуючись певним чином в процесі життя дитини [7]. Особлива роль, при цьому, відводиться негативним впливам сварок і нерозуміння в родині. Так, наприклад, виникнення сколіотичних деформацій пов'язують з розбіжностями між батьками в процесі виховання дітей. Щодо постави слід зазначити, що постава або поза, що формує поставу в подальшому житті, безпосередньо впливає на психофізіологічні показники дитини і, в той же час, стан психіки може відображатися на його поставі. Говорячи про симптоми психосоматичних розладів, в першу чергу необхідно перерахувати симптоми тілесні, що є на фізіологічному рівні наслідком реакції напруги, а на психологічному – тривоги і фрустрації [45].

Отже, багато дослідників доходять схожих висновків про чинники тілесної усвідомленості, до яких включають багато факторів, однак більшість

стосуються розвитку людини від моменту вагітності та дитячого віку, включаючи вплив індивідуальних фізичних особливостей та соціальних, культуральних та стосункових, у яких головну роль відіграють стосунки із батьками та ставлення батьків до дитини.

### **1.3. Компоненти психічного здоров'я**

Вагомий вплив на формування образу людської тілесності здійснюється медіа через просування стандартизованих форматів і образів тіла, а також через певний набір покрокових етапів покращення та модифікацій тіла на прикладі відомих особистостей: моделей, акторів, лідерів думок [10]. Кожен день ми стикаємось із рекламою і, на жаль, у більшості, маркетингові кампанії досі не прагнуть до креативів, а продовжують просувати стереотипні уявлення про чоловіків і жінок. Досі зустрічаємо агресивні та не етичні заклики чи макети на рекламних банерах та у промо роликах. Це питання загострюється у нашій країні під час війни і після, адже війна змінила життя для більшості людей, що знаходились чи продовжують знаходитись на території України. Більшість зазнали незворотних втрат, деякі втратили звичні фізичні можливості, багато військових та цивільних втратили кінцівки. Тож розглядаючи рекламу в контексті теми дослідження - питання тілесності та етичності в рекламах та передачах, мають бути враховані адже некоректність повідомлення у засобах масової інформації та рекламі може сильно ранили почуття людини, ретравматизувати, що не сприяє психічному здоров'ю. І в той же час, не зважаючи на зміни тенденцій у суспільстві, а надто в Україні, де за даними Military Media Center [55] більше шестидесяти двох тисяч жінок несуть службу у Збройних Силах України, досі під видом сексуальності і жіночності нав'язується та експлуатується прагнення жінки бути у відносинах і просувається важливість образу - "бути як", а не "відчувати себе" [17]. Для

чоловіків залишаються стереотипи про норми досягнень, які мають бути реалізовані до певного віку та очевидні оточуючим з зовнішнього вигляду чоловіка, відповідність певному образу сильного, непохитного, який може всіх забезпечити, захистити, про всіх попідкуватись 24/7 і при цьому викликають почуття сорому за невідповідності образу. Взагалі зі збільшенням інтегрованості соціальних мереж у наше життя і зростанням контенту, направлено на продажі власних продуктів, курсів чи власного бренду від величезної кількості блогерів, які обирають найпопулярнішу історію для продажів - історію про “успішний успіх”, напруга та вимогливість до власних досягнень стрімко зростає. Продаючи умовний образ багатодітної мами, що працює, навчається, сама виконує всі хатні справи та при цьому ще має кілька бізнесів, чудово виглядає, займається спортом і взагалі все встигає, транслюється ідея, що це елементарно і такий стан постійно - це норма, що всі можуть встигати проживати кілька життів, необхідне лише бажання, не залежно від обставин, навіть під час війни. Однак для людей, що ледь спраляються зі своїми буденними справами під час війни, не мають змоги вести стиль життя блогера, не мають можливостей у житті, які транслюються блогером як базові, а також переживає, що робить не достатньо, не може волонтерити більше чи робити більші донати - подача концепції, що вони просто не хочуть змінити життя є травмуючою, викликає сором, знецінення, звинувачення та може призвести до погіршення психічного здоров'я та навіть кризових станів. Часто реклама настільки переконлива, що люди дійсно вірять в картинку, що продається, більше, ніж своїм відчуттям і об'єктивній неможливості реалізувати той формат життя, що продається, та вдаються до мінімальних можливих дій та змін аби наблизитись до того образу успішної людини, що живе повним життям, змінюють свою зовнішність. Очевидно, зусилля направлені на зміну зовнішніх аспектів якщо і приносять результат та задоволення, то лише поверхневе і короткотривале, адже зовнішні тенденції швидко змінюються. Це провокує появу тривоги через відсутність опор, адже поява відчуття опорності і стабільності можлива при усвідомленні внутрішніх

відчуттів, тілесних станів, потреб, можливостей та наявності дій, спрямовах на задоволення власних потреб [17]. Отже, збалансованість зовнішнього й внутрішнього є запорукою психічної стабільності.

Важливо нормалізувати та поширювати здорову реальну концепцію життя з реальними можливостями, а також поширювати серед брендів культуру реклами з різними людьми, не підбираючи типаж, не корегуючи їх зовнішність під певні стандарти, брати приклад з країн (Англія, Франція) в яких вже впроваджено на законодавчому рівні обов'язково вказувати відсоток фотошопу і змін зображення, а іноді таку рекламу взагалі не пропускають.

Питання збереження психічного здоров'я є особливо актуальним в українському сьогоденні, у час, коли багато українців страждають від наслідків війни і переживають горе від втрат близьких, втрачають домівки чи вимушено покидають своє житло та звичне життя, втрачають економічну стабільність чи можливості забезпечувати себе і родину, втрачають опори. Кожен день супроводжується ракетною небезпекою, загрозою руйнування будинків, критичної інфраструктури, тощо. Третій рік адаптації до життя із сиренами, перерваним нічним сном, роботи і навчання під вибухи та з відключеннями електроенергії, постійними лякаючими новинами, різними видами інформаційно-психологічних операцій, відсутністю або руйнуванням планів, повною невідомістю майбутнього провокують появу страху, тривожності, розгубленості, постійних переживань та нав'язливих думок, зростаючого емоційного напруження, погіршення соціальних зв'язків, підвищується ризик психологічних травм та соматичних захворювань. Українці живуть не тільки з загрозою для фізичної цілісності, а й щоденним викликом витримувати психологічно, що призводить до порушення психічного здоров'я як особистості, так і суспільства загалом.

Л. Карамушка та Т. Карамушка провели дослідження особливостей психічного здоров'я вимушених внутрішніх переселенців в умовах війни та виявили у внутрішніх переселенців наявність проблем психічного здоров'я: високий рівень страху, паніки, знижена активність у професійній та

волонтерській діяльності, висока конфліктність з близькими, незначні прояви апатії, депресії, втрати сенсу життя [56]. Однак, спостерігалась виражена потреба в підтримці та соціальній взаємодії, що вказує на позитивну спрямованість життєдіяльності вимушених внутрішніх переселенців [56].

У дослідженні особливостей психічного здоров'я персоналу освітніх та наукових організацій в умовах війни Л. Карамушка та колеги зазначають, що дослідження виявляють значне зростання захворюваності та психічних розладів як у військових, так і у цивільних під час війни та можуть проявлятися десятки років після війни, а іноді через покоління [57]. Так у персоналу освітніх закладів та наукових організацій виявлено підвищення проблем психічного здоров'я в порівнянні з довоєнними показниками, особливо більш старшого віку [57].

Багато українців, на жаль, продовжують перебувати в зонах проведення бойових дій, в окупації, полоні, постійно перебуваючи у фізичній небезпеці та під психологічним тиском чи потерпають від фізичного та психологічного насилля. Дуже важливо підтримувати доступність психологічної допомоги, підвищувати професіоналізм спеціалістів, запозичувати та адаптувати досвід інших країн, використовувати результати сучасних досліджень українських науковців та розробляти й покращувати програми для збереження психічного здоров'я та програми реабілітації для військових та цивільних, а також розробляти програми психоедукації щодо екологічної комунікації між людьми в суспільстві задля мінімізації травмування просто в буденному спілкуванні, у транспорті, магазинах тощо.

Зважаючи на те, що до повномасштабного вторгнення українці вже проживали та справлялись за умов військового конфлікту, пандемії, економічних та політичних змін не тільки в Україні, а й у світовому суспільстві - психічне та психологічне здоров'я українців зазнає сильного навантаження протягом багатьох років поспіль.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), з 1979 року визначає психічне здоров'я як стан благополуччя, в якому кожна людина може

реалізувати свій власний потенціал, впоратися із життєвими стресами та викликами, продуктивно та плідно працювати, а також робити внесок у життя своєї спільноти [58]. “Відтак психічно здоровою є людина, яка не має симптомів та синдромів психічного розладу, соціально адаптована та отримує задоволення від життя” [59].

Дослідженню психічного здоров'я присвячені роботи багатьох дослідників з різних країн: Р. Ассаджіолі, А. Адлер, А. Елліс, А. Маслоу, К. Роджерс, В. Франкл, З. Фройд, Е. Фром, К. Хорні, К. Юнг, К. Ерзміш, Е. Еріксон, та ін. Питання психічного здоров'я в Україні розглядали українські дослідники: М.Й. Боришевський, Л.Ф. Бурлачук, С.В. Васьківська, Г.В. Ложкін, Ю.О. Приходько, В.І. Юрченко, С.Д. Максименко, К.Л. Мілютіна, Г.О. Балл, С.І. Болтівець, Г.В. Чайка, М.І. Мушкевич.

Протягом останніх трьох років вивченню психічного здоров'я та благополуччя в умовах воєнного стану присвятили свої роботи: Т.В. Данильченко, Л.М. Карамушка, Т.В. Карамушка, Т.Д. Перепелюк, Н.В. Гриньова, О.М. Кокун та інші.

Західні психологи виділяють провідними показниками психічного здоров'я рівень самоповаги та тривоги. На думку американського психолога А.Маслоу здорова людина – це щаслива гармонійна людина, яка може себе захистити за потреби, однак не нападатиме першою [60]. Більшість людей відчують себе щасливими за умови успішної адаптації у суспільстві та соціальної реалізації, які вимагають достатнього рівня працездатності та гнучкості, можливих за певного рівня енергії, в тому числі - психічної [60].

К. Роджерс дає наступну характеристику здоровій людині: відкрита, рухлива, не використовує захисні реакції весь час, не залежить від зовнішнього впливу спираючись на себе, добре адаптується до змін, проживає свої емоції та кожен момент життя, терпляча до проявів інших [60].

В. Франкл вважав, що психічне здоров'я можливе лише за наявності напруження між людиною та зовнішнім змістом, який людині необхідно

осягнути, здійснити, адже людина за будь-яких обставин завжди прагне до змісту, обґрунтованості та змістовності свого життя [61].

К. Хорні та Е. Фромм говорили про важливість соціальної складової та різність визначення психічного здоров'я в різних культурах. На психічне здоров'я особистості дуже сильно впливає психічне здоров'я чи нездоров'я суспільства у якому зростає людина [62].

Ф. Перлз сприймає людину цілісно, пов'язуючи психічне здоров'я зі зрілістю особистості, адже зріла особистість автентична, здатна адаптуватись, усвідомлювати власні потреби, брати відповідальність за себе, бути вільною, спонтанною, однак поводитись конструктивно [60].

Автор генетико-психологічної теорії особистості С. Максименко розуміє психічне здоров'я "як аспект здоров'я взагалі, який підкреслює стан душевного комфорту, відсутність патологічних психічних проявів та здатності до ефективної діяльності і саморегуляції у відповідності до власних (відрефлексованих) цілей і інтересів людини" [63].

Ю.О. Приходько і В.І. Юрченко розглядають психічне здоров'я як адекватність особистісних проявів та реакцій в навколишньому середовищі, що відповідають правилам та нормам соціуму, критичність та гнучкість до мінливих життєвих обставин, здатність при цьому будувати плани на майбутнє [64].

Г.В. Чайка визначила довіру ключовим компонентом психічного здоров'я. Вона розглянула низку характеристик, особливо важливих для психічного здоров'я, які призводять до благополуччя: довіра до себе, довіра до людей та світу, позитивні прагнення та емоції, надія, соціоемоційний інтелект, самоконтроль, наявність цілей у житті, життєстійкість, застосування ефективних копінг-стратегій [65]. Довіра є базовим особистісним конструктом, наявність та форма якого закладається від народження та може змінюватись протягом життя, а відтак виступає чинником для багатьох конструктів, вірувань, переконань, якостей особистості та стилю і форми прояву людини в соціумі, а також складовою життєстійкості особистості, яка формується з



рівноваги довіри до світу та довіри до себе. Довіра до себе та прояв життєстійкості особистості є показниками зрілості особистості та самосвідомості. У роботі було виявлено, що довіра є визначальним фактором у формуванні життєстійкості у юнацькому віці [65].

І. Аршава, С. Максименко та Д. Носенко розглядають психічне здоров'я людини через динаміку проживання нею відповідних психічних станів, що є проявом психологічного та соціального благополуччя, задоволеності чи незадоволеності власним життям [66].

Т.Д. Перепелюк, Н.В. Гриньова в своєму дослідженні особливостей психічного здоров'я студентів в умовах пандемії виділили п'ять блоків компонентів психічного здоров'я: когнітивно-пізнавальний, включає в себе здатність до саморозвитку, самоактуалізації, прояву активності, схильність до рефлексії; мотиваційно-ціннісний, включає ціннісні орієнтації, мету та сенс життя, життєві труднощі, проблеми, негаразди, потреби в досягненнях особистості; питання лінощів та успішності; емоційно-регулятивний, включає стресостійкість, тривожність, фрустрацію, агресивність, ригідність; особистісний, розкриває психологічні ресурси особистості: впевненість у собі, доброту до людей, допомогу іншим, успіх, роботу над собою, творчість, самореалізацію, знання власних ресурсів та уміння їх використовувати та відновлювати; діяльнісно-поведінковий, презентує копінг-стратегії поведінки особистості в стресових ситуаціях та представлений питаннями щодо адаптації особистості до стресу, задоволеності своїм життям, відчуттям нервової напруги, розв'язуванням складних життєвих ситуацій, активності у подоланні труднощів. За результатами дослідження визначили позитивні наслідки пандемії: набуття нових навичок та знань, підвищення інтересу до самого себе, а також негативні: зміни емоційного благополуччя, поява депресивних та тривожних станів, зростання нервової напруги [66].

Всесвітня організація охорони здоров'я виділяє сім основних компонентів психічного здоров'я: усвідомлення постійності й ідентичності свого фізичного і психічного «Я»; постійність і однаковість переживань в однотипних

ситуаціях; критичне ставлення до себе та своєї діяльності; адекватність психічних реакцій до впливу середовища; здатність керувати своєю поведінкою відповідно до встановлених норм; планування власної життєдіяльності та її реалізація; здатність змінювати свою поведінку залежно від життєвих обставин [67].

У роботі, присвяченій дослідженню психодіагностичних показників рівня психічного здоров'я дорослого населення України після перших місяців війни О.М. Кокун було продемонстровано значне зниження рівня психофізіологічної стійкості та самоефективності у порівнянні з показниками довоєнного часу, виражені ознаки посттравматичного розладу, наявність соматичних скарг, зниження рівня психофізіологічної стійкості, ймовірно наявність психологічних проблем [68].

Одним із компонентів психічного здоров'я є рівень благополуччя. У непередбачуваних кризових ситуаціях рівень благополуччя знижується, однак за умови, що подія не є трагічною і не сталось втрати близьких - є тенденція до відновлення рівня благополуччя через певний час [69]. “Благополуччя - динамічний процес, що надає людям сенс того, як в їх житті відбувається взаємодія між обставинами, діями та психологічними ресурсами” [69].

У дослідженні переживання особистісного благополуччя в умовах воєнного стану Т. В. Данильченко виявила підвищення фокусу на соціальне схвалення та соціальну помітність, підвищення усвідомленості життєвих цілей та відчуття особистісного зростання на другому році війни, як результат зафіксованого посттравматичного зростання, не залежно від статі, а також відсутність змін показника суб'єктивного соціального благополуччя у жінок, однак перевищення довоєнного рівня цього показника серед чоловіків [70]. У респондентів обох статей зафіксовано посттравматичне зростання, що проявилось у збільшенні прагнення до соціальної впливовості, усвідомленості життєвих цілей та відчуття особистісного зростання [70].

Також Т. В. Данильченко провела дослідження серед представників екстремальних професій, які у воєнний час зазнають ще більш потужного

тиску, працюючи за ще більш кризових умов та вищої загрози для життя: військових, рятувальників та поліцейських. У дослідженні зазначено зріст кількості людей, які не маючи діагностованих психічних розладів та захворювань переживають значні психологічні проблеми [71]. "Павлик Н.В. підкреслює, що з функціонального погляду основу психічного здоров'я становить повноцінний розвиток вищих психічних процесів, а психологічного здоров'я – повноцінний розвиток особистості" [71].

Отже, підсумовуючи можемо сказати, що психічне здоров'я людини залежить від: спадковості, генетичних чинників, гормонального дисбалансу та індивідуальних особливостей психічних процесів та властивостей людини, таких як тип нервової системи, психотип особистості, когнітивні стилі, особливості мислення, емоційність, чутливість, збудженість, пригніченість, тривожність, дратівливість, низька концентрація, неуважність, злість до себе та інших; факторів, які впливали на людину протягом життя, таких як тривалий стрес та емоційне перенавантаження, наявність психологічного, фізичного, економічного або будь-якого іншого насилля, психологічні травми, наявність або відсутність відчуття сталості, захищеності, безпеки, атмосфери у сім'ї, дитячого досвіду, умов роботи, швидких соціальних та політичних змін (зокрема, внаслідок катастроф або воєнних дій), будь якої форми дискримінації, вікових особливостей та історичного контексту суспільства [60, 67, 75]. А також від навичок справлятися зі стресом, здатності та вміння витримувати негативні впливи зовнішнього середовища, що в свою чергу залежить від життєстійкості особистості та соціальних чинників, таких як оточення, небажання та труднощі в комунікації, види залежностей (ігрова, інтернет, алкогольна, наркотична тощо), відсутності інтересів та життєвих цілей, відсутності задоволення власним життям [60, 67, 79].

На психічне здоров'я також як і на тілесність людини значною мірою впливає соціум. Часто активна позиція у соціумі вимагає гнучкості мислення, стресостійкості, сильної адаптивності та адекватних навичок саморегуляції.

Всі ці складові і чинники обумовлюють особливості індивідуальних реакцій на схожі життєві ситуації, вірогідність стресів та афектів [67].

Одним із показників психічного здоров'я є поняття життєстійкості, започатковане Сальваторе Мадді, в його статті “Життєстійкість: мужність зростати зі стресів” (Hardiness: The courage to grow from stresses), що в одному реченні відображає реалії та перманентний стан українців останніх років внаслідок війни [72].

Життєстійкість як властивість, що дозволяє людині віднаходити сенси та мету в скрутних ситуаціях, усвідомлено вибирати реакції на стресові події та розглядати неприємності та складнощі як можливість розвитку, зростання та набуття нового досвіду чи навичок, розглядається дослідниками різних країн з моменту публікації робіт С. Мадді. Життєстійкість предсталена трьома компонентами: залученість, контроль, ризик. Залученість являє собою переконання людини, що участь у життєвих подіях варте зусиль, що це важливо і корисно для неї, здатність бути відданим ідеї, отримувати задоволення від діяльності, бачити в ній прояв сенсів та цінностей, вірити у красу світу. Протилежним цьому буде стан відчуженості, непотрібності, існування поза життям. Контроль розглядається як активна позиція, здатність впливати на процеси власного життя та їх результати. На противагу контролю за його відсутності виникає безсилля та переконання, що все вирішують інші. Ризик як готовність приймати виклики життя з переконанням, що навіть складнощі є важливим досвідом задля розвитку особистості. Ті ж, хто не наважується ризикувати зазвичай не покидають комфортні сталі правила життя та, як наслідок, можуть втрачати можливості. С. Мадді також зазначав, що хоча складові життєстійкості більшою мірою розвиваються та формуються в дитинстві та підлітковому віці, все ж для життєстійкості є характерною пластичність та можливість її розвивати через набуття досвіду та вибори в житті, але точно не розглядав її як фіксовану характеристику особистості. Отже, якщо відносини з батьками та середовище в дитинстві не сприяло достатньому розвитку життєстійкості через відсутність любові, прийняття,

підтримки та схвалення активностей дитини, заохочення докладати зусиль та перемагати з боку батьків, то для розвитку життєстійкості має сенс по трошку робити нові речі, пробувати, ризикувати та мати готовність до змін, неочікуваних результатів, проявляти творчість через пошук ідей аби створити сприятливі умови для розвитку трьох компонентів життєстійкості задля збереження психічного здоров'я [73, 75].

Явище життєстійкості за останні кілька років також досліджували такі українські науковці: Чиханцова О.А. (компоненти життєстійкості, модель життєстійкості, психологія становлення життєстійкості), Радіонова М.С. (Життєстійкість здобувачів вищої освіти в умовах воєнного часу), Корніяка О.М. (життєстійкість у професії викладача), Кокун О.М. (професійна життєстійкість особистості, Всеукраїнське опитування «Твоя життєстійкість в умовах війни»), Бондарева Т.С. (життєстійкість особистості в контексті способів долання складних життєвих ситуацій), Степура Є.В. (життєстійкість та невизначеність), Кузікова С.Б. (Життєстійкість як адаптаційний ресурс особистості), Кузікова, С.Б. та Щербак Т.І. (Життєстійкість як адаптаційний ресурс особистості у реальності невизначеності життя), Кузнецова О.В. (Життєстійкість педагога в умовах війни), Бахмутова Л.М. (Професійна життєстійкість - головний особистісний ресурс українських біженців у Польщі) та інші.

Також показовою для рівня психічного здоров'я є психічна рівновага, яка забезпечує баланс та гармонійне функціонування різних сфер особистості, а саме емоційної, вольової і когнітивної та різних сфер діяльності особистості. Порушення психічної рівноваги, як і будь якої іншої рівноваги, призводить до дисбалансу. У данному випадку до дисбалансу функціонування сфер особистості та сфер діяльності особистості, як наслідок за умов дезадаптивних методів справляться із супутніми труднощами можливі наслідки погіршення психічного здоров'я у вигляді деградації, деструкцій, змін характеру, зниження соціальної активності та інших проявів психічного нездоров'я.

Одним із вагомих показників психічного здоров'я особистості може бути стресостійкість в онтогенетичному та функційному зв'язку зі стресореактивністю організму. Реактивність організму – це властивість певним чином реагувати на зміну умов природного і соціального середовища існування для збереження гомеостазу із залученням гуморальних і нервових механізмів адаптації. Переважно неспецифічна реактивність організму як загальний адаптаційний синдром включає три стадії: стадію тривоги з відповідною фазою шоку та зниженням захисних механізмів і фазою протишоку та посиленням захисних механізмів; стадію опору - ефективної адаптації до нових умов існування; стадію виснаження – неефективність адаптаційно-компенсаторних механізмів, дезадаптація та суттєве порушення гомеостазу [76]. Стрес як загальний адаптаційний процес та неспецифічна реактивність організму через механізм боротьби або втечі суттєво впливає на емоційну, вольову і когнітивну сферу особистості, на фізичне і психічне здоров'я на різних етапах її онтогенетичного розвитку. Стресостійкість як складник психічного здоров'я в системному зв'язку зі стресореактивністю сприяють стабільності показників гомеостазу із залученням резервів організму [76].

В дослідженні емоційного інтелекту як ресурсу психічного здоров'я Боковець О.І. Було з'ясовано, що розвинутий емоційний інтелект виступає ресурсом психічного здоров'я особистості, а найсильніше на рівень психічного здоров'я впливають такі його ознаки як самоповага, стресостійкість, оптимізм та самореалізація. Благополуччя є головним показником сформованості емоційного інтелекту та ознакою психічного здоров'я особистості. Розвинений емоційний інтелект також сприяє стійкості до дистресу, тривоги, депресії емоційного вигорання, алекситимії, девіантних форм поведінки, захворювань і розладів. Емоційний інтелект відкриває людині можливість усвідомлювати, розрізняти та контролювати власні емоції та розрізняти емоції інших людей, в той час як відсутність цих навичок призводить до емоційної напруги та, як наслідок, до різноманітних астенічних

психоемоційних станів, болю, неприємних відчуттів, психосоматичних захворювань [77]. Емоційний інтелект, хоча і залежить від генетичних та індивідуальних особливостей, також більшою мірою закладається в дитинстві та сильно залежить від дитячо-батьківських стосунків, від заборон на вираження емоцій, що призводять до витіснення емоцій, відсутності навичок розпізнавати та справлятися з емоціями, а як наслідок - до психічного нездоров'я [77].

У роботі В.В. Мощицької, присвяченій вивченню підходів до дослідження психічного здоров'я в конструктивних та деструктивних родинах визначено, що для конструктивних родин характерні міцні зв'язки між її членами, приязні стосунки, наявність психологічного комфорту, спокійне спілкування у розв'язанні спірних питань, в той час як у деструктивних сім'ях переважає наявність постійної напруги у стосунках, відчуженість, неадекватність сприймання, часто егоїстичність її членів по відношенню один до одного, переважання особистих інтересів над сімейними [78].

Отже, узагальнюючи можна виділити наступні компоненти психічного здоров'я: відсутність психічних захворювань, відсутність виражених нервово-психічних розладів, нервово-психічний розвиток та розвиток психофізіологічних функцій відповідно до віку, наявність резерву сил для подолання несподіваних стресів чи важких ситуацій, зріла позиція, адекватне позитивне ставлення до себе, активність, енергійність, життєстійкість, цілеспрямованість, воля, ефективне виконання побутових, навчальних та професійних завдань, здатність розрізняти, усвідомлювати та керувати своїми емоціями, змінювати стиль поведінки відповідно до змін обставин, відповідність психічних реакцій до сили та частоти зовнішніх впливів, здатність до побудови взаємин з іншими, здатність брати відповідальність на себе, діяти, справлятися із труднощами та іноді ризикувати, адаптуватись до нових умов життя та непередбачуваних змін, наявність інтересу до соціального життя, адекватне сприйняття соціальної дійсності, розвиток та навчання, культура споживання, здатність планувати та реалізувати плани,

спрямованість на суспільну справу, наявність довіри до людей та світу, довіри до себе, відповідальність перед іншими [60, 66, 80].

Психічне нездоров'я впливає на стан людини, її спроможність попіклуватись про себе, мотивацію, працездатність, соціальні контакти, а за високого рівня психічного нездоров'я - їх відсутність. Синдром хронічної втоми, фізичне та емоційне виснаження, вигорання, роздратованість, депресія, тривожність, безсоння або надмірний сон, відсутність відчуття відновлення після сну, відсутність апетиту або переїдання, розлади травлення, рухова загальмованість або надмірна рухова активність, фізичні болі (головні, м'язові, серцеві, кістково-суглобові), підвищені або знижені сексуальні потреби, шкідливі звички, та інше - є проявами психічного нездоров'я. Показовим для визначення норми чи паталогії є здатність до зосередження уваги, здатності запам'ятовувати та відтворювати інформацію, логічність мислення, орієнтація в просторі та часі [80, 81,82].

Поява певних, зазначених вище, проявів короткостроково не несе загрози, однак у випадку довготривалого вираження ознак необхідно звертатись до спеціаліста. Задля запобігання прояву ознак психічного нездоров'я, або зменшення ступенів прояву важливою є первинна психопрофілактика - сукупність заходів задля підвищення рівня психічного здоров'я населення, що включають ранню діагностику, скорочення числа та ступеню патологічних порушень та реабілітацію [60].

Ключовим поняттям у психопрофілактиці є психогігієна - галузь сучасної гігієни, що вивчає стан нервово-психічного здоров'я людини, його динаміку під дією на організм людини природних, виробничих і соціально-побутових чинників та на основі цих досліджень розробляє систему наукових знань і науково обґрунтованих практичних заходів, спрямованих на збереження і зміцнення психічного здоров'я населення [60]. Для працюючого населення важливим у цьому ключі є поняття охорони праці - системи правових соціально-економічних, організаційно-технічних, санітарно-гігієнічних та лікувально-профілактичних заходів та засобів, спрямованих на збереження



здоров'я і працездатності людини в процесі праці, а також психогігієни освіти та праці, які вивчають освітні та трудові процеси, відповідність умов навчання та праці особливостям психіки людини та розробляють заходи задля збереження і укріплення нервово-психічного здоров'я студентів та співробітників [60]. Нервова система дітей та підлітків в процесі розвитку під впливом стресових подій зазнає більшої шкоди та руйнації вищої нервової діяльності, аніж дорослі люди зі зрілою нервовою системою. Задля охорони психічного здоров'я дітей і підлітків та оптимального функціонального стану їх організму необхідно належним чином забезпечити навчальний процес, дотримуючись санітарних, гігієнічних та психогігієнічних норм навчальної діяльності [60]. Необхідно переглядати норми та поглиблювати вичення аспектів охорони навчання та праці, адже з розвитком промисловості, світових тенденцій, екологічних, кліматичних та інших змін, а також зниження віку багатьох хвороб - важливо підвищувати норми праці та турботи про фізичне та психологічне благополуччя населення, відповідно до темпів розвитку економіки та виробництва, адже наше життя змінюється, норми і рівень життя та доступність благ також змінюються.

У випадку наявності ознак психічного нездоров'я довготривалий час, з підтримкою і допомогою фахівця, важливо розглянути та налагодити спосіб та ритм життя. В такому випадку увага приділяється рівню психічного напруження, наявності фізичної активності, ставленню до діяльності, наявності або відсутності перенавантаження, збереженню балансу у співвідношенні роботи та відпочинку, чи відбувається зміна активності для відпочинку тощо.

Спеціалістами може бути рекомендовано внесення змін у ритм та організацію життя, збільшення уваги до задоволення фізіологічних потреб, відмова від шкідливих звичок, налагодження харчування та режиму сну, а також введення в практику медитативних технік, фізичне навантаження відповідно до стану фізичного здоров'я, нових або більш різноманітних видів відпочинку, що включає і прогулянки на природі, і творчі заняття, гоббі, а

також уникати за можливості стресів та вчитись справлятися із ними, турбуючись про свій стан, залучення більшої кількості ресурсів для відновлення. Такі ресурси включають як і фізичні та моральні, так і соціальні - пошук та залучення підтримки близьких людей, фахівців, іноді людей з груп підтримки, які проходять через схожі труднощі чи процеси відновлення, а також орієнтація на вирішення проблем та викликів життя. Адже найважчі стани, поршуення психічного здоров'я, схильність до шкідливих звичок, виникають у моменти надсильного стресу, складнощів у житті, фінансових труднощів та інших, а також відчуття самотності та ізольованості [60, 68, 79, 82].

Зважаючи на інтегрованість інтернет-мережі у наше життя, як згадувалось раніше, актуальними є питання інтернет та ігрової залежностей. О.М. Савиченко та Д.Р. Міров у дослідженні психічного здоров'я юнаків з різним рівнем розвитку ігрової інтернет залежності виявили наступне: як наслідок інтернет-залежності спостерігаються проблеми із вирішенням повсякденних проблем, самооцінкою, тривожністю, агресією, саморегуляцією, мотивацією діяльності, труднощі в будіванні стосунків (однак посилення дружних стосунків з іншими гравцями, з якими вони спілкуються під час гри), розвитку соціальних навичок та отриманні соціальної підтримки, не завжди адекватне бачення власного тіла, рідше позитивне мислення, відсутність планів та бачення майбутнього, спостерігається зниження благополуччя та наявність ознак психічних розладів, а також вищі показники шкали незалежності були інтерпретовані як "хибна" автономія, що зумовлена неусвідомленням реального світу з сильною проекцією віртуального [83]. В осіб без ігрової інтернет-залежності зафіксовано вищі показники за шкалами фізичної та психологічної сфери, соціальної активності, духовності та навоклишнього середовища, психічного благополуччя, балансу у життєвих сферах. Юнаки без ігрової інтернет-залежності мають значно менше труднощів із здоров'ям, сном,

відпочинком, енергійністю, мають більш стійкі духовні переконання, що допомагають їм справлятися із життєвими труднощами та дають відчуття безпеки, комфорту, благополуччя, осмисленості існування, юнаки є більш комунікабельними, ефективно використовують можливості для задоволення власних потреб або досягнення цілей [83].

Це актуальне питання для країни у стані війни, коли люди ще більше схильні до ескапізму та пошуку методів швидкого емоційного розвантаження, полегшення, задоволення. Як вже відомо дуже високим є рівень ігрової залежності серед військових, отже дуже важливим є психоедукація щодо цих видів залежності, розробка заходів для роботи із ігровою та інтернет залежностями, програмами реабілітації та заборона подібних сервісів та їх реклами на державному рівні.

Отже, розглядаючи психічне здоров'я важливо враховувати як наявність факторів і чинників психічного здоров'я, так і відсутність або незначну наявність показників психічного нездоров'я, таких як: депресія, тривога, зловживання психоактивними речовинами, посттравматичний стрес, соматизація, когнітивні проблеми, наявність суїцидальних думок та прагнень та інші.

## **Висновки до розділу 1**

Узагальнюючи викладений вище матеріал, можемо підсумувати, що тілесна усвідомленість є важливою складовою самоусвідомлення, досягнення задоволення в житті та діяльності, успішної самореалізації та психічного здоров'я і благополуччя людини. Питання тілесної усвідомленості висвітлює зв'язок особистості та суспільства, впливу багатьох соціокультурних конструктів на людину та формування її світогляду, вірувань та моделей

поведінки. Нами описано співвідношення понять тілесність, тілесний досвід, тілесні відчуття, тілесна чутливість, тілесне усвідомлення. Під тілесним усвідомленням розуміється процес та частина інформації, що була усвідомлена під час процесу отримання та переробки нервовою системою сигналів про стан внутрішніх органів та положення тіла. Інтероцептивне усвідомлення надає доступ до емоційного досвіду та у випадку роботи над опануванням навичок саомрегуляції - до можливості усвідомлених реакцій та здорового контролю емоцій. Важливе місце відводиться вибудові або відновленню послідовності процесів усвідомлення відчуттів, рефлексії та асиміляції у роботі з залученням методів тілесної терапії.

На формування тілесної усвідомленості, як і на рівень психічного здоров'я впливають багато факторів, однак більшою мірою формування відбувається в дитинстві, а значиму роль займають стосунки з батьками, ставлення батьків до дитини, що формує почуття власної ідентичності, ставлення дитини до себе та світу, впливає на поведінкову та інтелектуальну сферу особистості.

Психічне здоров'я формується із багатьох компонентів, серед яких: відсутність психічних захворювань, розвиток психофізіологічних функцій відповідно до віку, зріла позиція, адекватне позитивне ставлення до себе, життєстійкість, цілеспрямованість, здатність розрізняти, усвідомлювати та керувати своїми емоціями, відповідність психічних реакцій до сили та частоти зовнішніх впливів, здатність до побудови взаємин з іншими, здатність брати відповідальність на себе, діяти, адаптуватись до нових умов життя та інші.

На сьогодні психічне здоров'я українців через війну та щоденні загрози і втрати знаходиться під сильним тиском, а відповідно під загрозою опиняється і психічне здоров'я суспільства. Хоча є багато чинників, що впливають на психічне здоров'я, таких як стрес, нездоровий спосіб життя, дискримінація, загроза насилля, швидкі соціальні зміни та інші, однак війна є найбільшим негативним чинником бо поєднує в собі багато прямих загроз життю, насилля та втрат.

## РОЗДІЛ II

# ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ТІЛЕСНОЇ УСВІДОМЛЕНОСТІ З КОМПОНЕНТАМИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Важливість тілесних відчуттів у лікуванні тривожності, депресії, посттравматичного стресового розладу, порушеннях харчової поведінки підтверджувалась у багатьох дослідженнях. Водночас, дослідженню взаємозв'язку тілесної усвідомленості та компонентів психічного здоров'я не було відведено достатньо уваги. Отже, задачі дослідження є актуальними і доцільними на шляху вивчення взаємозв'язку тілесної усвідомленості та компонентів психічного здоров'я. Мета дослідження: емпірично дослідити взаємозв'язок тілесної чутливості та компонентів психічного здоров'я.

### **2.1. Теоретико-методологічне обґрунтування методів дослідження**

У дослідженні було використано дві методики для вимірювання тілесної усвідомленості та чотири методики для визначення рівня психічного здоров'я українців.

Перша методика - опитувальник тілесних відчуттів (Body Perception Questionnaire - BPQ), який було розроблено доктором С. Порджесом та колегами для оцінки суб'єктивного досвіду функціонування та реактивності цільових органів та структур, які іннервуються вегетативною нервовою системою - один з небагатьох інструментів, в якому було враховано суворі вимоги психометричного тестування та який став інструментом для самозвіту про усвідомлення, сприймання тіла й реактивність автономної нервової системи [84, 85].

Повна версія опитувальника складається зі 122 тверджень, оцінює тілесну усвідомленість, реактивність автономної нервової системи, когнітивно-емоційно-соматичну реакцію на стрес, стилі реакцій тіла на стрес, когнітивні стилі реакцій на стрес та історію здоров'я. Багато досліджень було проведено із використанням саме трьох підшкал, представлених в опитувальнику: підшкала тілесного усвідомлення та шкали реактивності автономної нервової системи (наприклад Critchley, Wiens, Rotshtein, Öhman, Dolan, 2004 та Bernátová & Svetlak, 2017) [84,85].

Для вимірювання рівня тілесної усвідомленості було використано коротку версію опитувальника «Опитувальник тілесних відчуттів – коротка форма» (Body Perception Questionnaire-Short Form (BPQ-SF)), яка складається з 46 тверджень. Твердження опитувальника розподілені за трьома субшкалами: перша субшкала “тілесна усвідомленість”, друга субшкала “реактивність автономної нервової системи (над діафрагмою)” та третя субшкала “реактивність автономної нервової системи (під діафрагмою)”. Версії опитувальника перекладені сімью мовами та активно використовуються у дослідженнях в усьому світі [84,85]. Наприклад, у дослідженнях груп науковців: зв'язку між усвідомленням свого тіла та турботою про себе у пацієнтів із серцевою недостатністю (“The Relationship Between Body Awareness and Self-care in Patients With Heart Failure” by Kyoung Suk Lee, PhD, RN, MPH, Jin-Oh Choi, MD, PhD, Eun-Seok Jeon, MD, PhD, Jae-Hyeong Park, MD, PhD, Mi Sook Jung, PhD, RN), зв'язку інтероцептивної чутливості та психофізики болю у здорових людей і пацієнтів із хронічним болем (“Association of Interoceptive Sensibility and Pain Psychophysics in Healthy Subjects and Chronic Pain Patients” by Antonella Ciaramella, Giancarlo Carli, Melania Boni), зв'язку між інтероцептивною чутливістю, віком і тривогою щодо COVID-19 під час першого національного карантину у Сполученому Королівстві (“Relationship between interoceptive sensibility, age, and COVID-19 anxiety during the first national lockdown in the United Kingdom” by Jennifer Elliott and Gaby Pfeifer), прогнозування симптомів післяпологової депресії

шляхом оцінювання самооцінки реактивності вегетативної нервової системи під час вагітності (“Predicting postpartum depressive symptoms by evaluating self-report autonomic nervous system reactivity during pregnancy” by Claudio Singh Solorzano and Caterina Grano) та інших [86, 87, 88, 89].

Другим опитувальником, який було використано для вимірювання тілесної усвідомленості став “Опитувальник багатовимірної оцінки інтероцептивного усвідомлення” (Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA-2), розроблений Mehling Wolf E, Acree Michael, Stewart Anita, Silas Jonathan, Jones Alexander (2018). “Опитувальник багатовимірної оцінки інтероцептивного усвідомлення” та його нову версію MAIA-2 перекладено двадцятьма вісьмома мовами і валідовано вісімнадцятьма, включаючи українську мову. Цей опитувальник став одним із основних інструментів для визначення рівня інтероцептивного усвідомлення серед відомих науковців галузі соматичної рухової освіти: «Інтероцепція, процес, за допомогою якого нервова система сприймає, інтерпретує та інтегрує сигнали, що надходять зсередини тіла, стала основною темою для дослідження психічного здоров'я та, зокрема, втручань на рівні розум - тіло» [90, 91].

Опитувальник складається з 37 питань і результати представляються за 8 підшкалами: перші чотири питання для першої підшкали Noticing (навичка помічати): усвідомлення незручних, зручних і нейтральних відчуттів тіла; шість питань для другої підшкали Not-Distracting (навичка не відволікатися): схильність не ігнорувати, або не відволікати себе від відчуття болю або незручності, більший бал свідчить про більшу пристосованість до неприємних відчуттів, нижчі вказують на схильність ігнорувати чи відволікатися від відчуттів болю чи дискомфорту; п'ять питань для третьої підшкали Not-Worrying (навичка не турбуватися): схильність не хвилюватися, або не переживати емоційний дистрес, відчуваючи біль або незручність, низькі показники вказують на емоційний дистрес або занепокоєння з відчуттям болю чи дискомфорту, вищі бали вказують на меншу кількість роздумів про дискомфорт; сім питань для четвертої підшкали Attention Regulation (навичка

регулювати увагу): здатність підтримувати і контролювати увагу до відчуттів тіла; п'ять питань для п'ятої підшкали Emotional Awareness (навичка усвідомлювати емоції): усвідомлення зв'язку між відчуттями тіла та емоційними станами; чотири питання для визначення результатів шостої підшкали Self-Regulation (навичка саморегулювання): здатність регулювати дистрес через увагу до відчуттів тіла; три питання для сьомої підшкали Body Listening (навичка прислухатися до тіла): активне прислуховування до тіла для інсайту та заключні три питання для восьмої підшкали Trusting (навичка довіряти): переживання свого тіла як безпечного та надійного [91, 92, 93]. На кожне питання респондентам пропонується дати відповідь від 0 до 5 балів, де 0 - Ніколи, а 5 - Завжди. Опитувальник активно використовується у дослідженнях взаємозв'язку інтероцептивного усвідомлення та розладів харчової поведінки, наприклад, як вже згадувалось в теоретичній частині, дослідження інтероцептивного усвідомлення при нервовій анорексії [54].

Для вимірювання рівня психічного здоров'я було використано чотири опитувальники. Перший з них - опитувальник психічного здоров'я (МНАІ – Mental Health Assessment Instrument), розроблений дослідниками Києво-Могилянської Академії і Університету Джонса Гопкінса (США) в рамках проекту ЮСЕЙД “Дослідження ефективності і процесу впровадження різних версій програм психічного здоров'я для ветеранів АТО і переселенців в Україні” надає характеристику щодо чотирьох груп психічних проблем: депресія, посттравматичний стресовий розлад, генералізований тривожний розлад та зловживання алкоголем [94]. Прототипом для цього опитувальника став опитувальник The Resident Assessment Instrument-Mental Health (RAI-MH) - захищений авторським правом інструмент, яким спільно володіють Міністерство охорони здоров'я та довгострокового догляду Онтаріо, Асоціація лікарень Онтаріо та interRAI - база інструментів клінічної оцінки [95]. Опитувальник МНАІ застосовується для повнолітніх осіб з метою проведення скрінінгових досліджень, визначення ефективності реабілітаційних програм та програм психосоціальної допомоги, виявлення високого рівня симптомів



депресії, посттравматичного стресового розладу, тривожності, зловживання алкогольними напоями та подальшого направлення людей до спеціалістів та спеціалізованих програм допомоги [94].

Опитувальник визначає результати за такими поняттями: депресія, посттравматичний стрес, тривога, вживання алкоголю, суїцидальні наміри, як показниками погіршення психічного здоров'я. Респондентів просили повідомити про частоту, з якою вони відчували кожен симптом протягом попередніх двох тижнів. Опитувальник складається з 19 питань з варіантами відповідей: ніколи, інколи, часто, майже завжди [96]. Результати тестів було отримано за допомогою електронного інтернет ресурсу - сайту <https://ua-test.com/>.

Оскільки опитувальник психічного здоров'я МНАІ було розроблено як інструмент для виявлення поширених проблем психічного здоров'я та вживання алкоголю серед внутрішньоопереміщених осіб та ветеранів в Україні внаслідок російської агресії - використання цього опитувальника не поширено на міжнародному рівні та, на жаль, окрім практичного використання психологами, психотерапевтами, соціальними працівниками, сімейними лікарями та психіатрами, поки не опубліковано досліджень з використанням цього опитувальника в українській науковій спільноті.

Другий опитувальний для визначення психічного здоров'я, який був використаний в емпіричному дослідженні - багатовимірний скринінг поведінкового здоров'я (The Multidimensional Behavioral Health Screen 2 - MBHS-2). Опитувальник розроблений для скринінгу різноманітних психічних проблем, показує рівень ризику суїциду (низький, легкий, принаймні помірний), простий для інтерпретації та дозволяє покращити рішення щодо лікування. Опитувальник складається з 29 питань, у відповідь на які респондентів запрошували обрати один з варіантів відповідей: точно неправда, швидше за все неправда, здебільшого вірно, абсолютно вірно. Результати тестів було отримано за допомогою електронного інтернет ресурсу - сайту <https://ua-test.com/>. Опитувальник відображає результати за такими дев'ятьма

аспектами психічного функціонування: соматизація, когнітивні проблеми, деморалізація, ангедонія, тривога, суїцидальні думки, активація, зловживання психоактивними речовинами, розслабленість (розгальмування). Далі наведено тлумачення кожного з них [97, 98].

Соматизація: ступінь, до якого психологічні фактори можуть сприяти появі фізичних скарг, схильність до перебільшення та/або надмірної деталізації симптомів. Помірне підвищення показників може сідчити про наявність реальних проблем із фізичним здоров'ям, що важливо розглянути ретельно. Так як до пункту соматизація включено широкий спектр соматичних симптомів - вищі показники зумовленні поєднанням кількох різних типів симптомів, що рідко зустрічаються разом, однак підвищені бали вказують на можливе, навмисне чи ні, перебільшення вираженості фізичних симптомів. Важливо впевнитись у проведеній або запланованій медичній оцінці скарг [97, 98].

Когнітивні проблеми: шкала описує когнітивні труднощі, включаючи проблеми із концентрацією уваги, зосередженістю, відволіканням та пам'яттю. Підвищення показників вказує на наявність проблем з концентрацією уваги, відволіканнями та пам'яттю, однак може бути спричинене підвищеною тривогою через низьку стійкість до стресу та фрустрації, депресивними симптомами, зловживанням психоактивних речовин тощо, можливий контекст синдрому дефіциту уваги, станів пов'язаних з деменцією, депресивної симптоматики [97, 98].

Деморалізація: неспецифічний дистрес, нещастя, незадоволеність життєвими обставинами, страждання, переживання безвиході, вілчаю. Підвищенні бали свідчать про стан нещастя, незадоволеності життям, зневіри, переконаність в неможливості змін на краще, пацієнти та оточуючі іноді описують цей стан як "депресія" [97, 98].

Ангедонія: нездатність відчувати задоволення, безрадісність, уникання соціалізації, спілкування. В контексті нейробіології ангедонія більш пов'язана зі шляхами винагороди, аніж зі шляхами страху, а отже може бути пов'язана із

дефіцитом моноамінів, зокрема дофаміну. Пацієнти також можуть застосовувати опис “депресія” і дійсно ангедонія вважається чітким індикатором депресії. Підвищені бали свідчать про безрадісність, нездатність відчувати задоволення від діяльності, речей та оточення, соціальної взаємодії, як наслідок часте її уникання [97, 98].

Тривога: вимірювання різних негативних емоційних переживань, таких як нервозність, стрес, хвилювання, страхи, тривога, гнів, фобічні реакції, паніка, obsесивно-компульсивні тенденції. Високі показники свідчать про рівень тривожності, який, ймовірно, впливає на якість життя, а також про підвищений ризик розвитку психопатології, пов’язаної з тривогою. Можливі симптоми: страхи, надмірне занепокоєння, тривога, нав’язливі ідеї, фобії, панічні атаки, нетерпимість, дратівливість, паніка, прояви obsесивно-компульсивних дій [97, 98].

Суїцидальні думки: ця шкала враховує минулі та оцінює поточні суїцидальні бажання та думки. Опитувальник також класифікує рівень ризику суїциду на низький, легкий та принаймні помірний, аналізуючи історію попередніх спроб, психологічну схильність до суїцидальної поведінки, на яку вказує “безстрашність перед смертю”, наявність суїцидальних думок та намірів та інші фактори ризику. Важливо аби відповідно до балів шкали лікар вивчив які саме відповіді пацієнта дали вищий бал, перепитав у пацієнта про його відповіді чи діяв відповідно до алгоритму оцінки суїцидального ризику та алгоритму взаємодії з пацієнтом з високим ризиком, розглянув необхідність розробки плану безпеки чи перенаправлення до психіатричної служби (при принаймні помірному ризику). Автори опитувальника наводять статистику, що близько 80% пацієнтів матимуть низький рівень ризику, близько 15% - легкий та 5-6% - щонайменше помірний. Серед пацієнтів із щонайменше помірним ризиком близько 40% вважатимуться клінічно схильними до ризику при комплексному обстеженні, а серед пацієнтів з легким рівнем - близько 20% [97, 98].

Активаци́я: підвищене збудження, надмірна енергічність, гіперактивність, підвищений рівень психічної та фізичної енергії, можлива циклічна нестабільність настрою, недосипання. Підвищені бали можуть свідчити про маніакальні або гіпоманіакальні епізоди в анамнезі та поточний високий рівень активації, гіперактивність або вказувати на збудливий компонент посттравматичного стану, а низькі бали - про рівень активації нижчий від середнього. Вищі бали також можуть бути зумовлені вживанням психоактивних речовин. Симптомом може бути “рій” думок, а високі показники можуть свідчити про можливі маніакальні аспекти нестабільного афективного розладу. Одночасне підвищення Ангедонії, Активації та Тривоги можуть свідчити про можливий біполярний стан. Застосування селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну або селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну, доречних і виправданих в інших випадках, в данному випадку можуть спровокувати маніакальний епізод. Рекомендована консультація психіатра [97, 98].

Розслабленість (розгальмування): прояви неконтрольованої, імпульсивної поведінки, таких як погана саморегуляція та самодисципліна, проблеми з контролем імпульсів та поведіковим гальмуванням, труднощі з дотриманням норм, правилами та процедурами, нестриманість, опозиційна налаштованість, агресивність, схильність до вживання психоактивних речовин. Високі бали пов'язані з імпульсивністю, активністю, прагненням до відчуттів і хвилювань, вказують на ймовірне недотримання медичних інструкцій, а низькі - свідчать про відносно високий рівень поведінкової стриманості та самоконтролю [97, 98].

Зловживання психоактивними речовинами: висвітлює зловживання психоактивними речовинами в минулому або зараз, можливий ризик дезадаптивного вживання алкоголю та/або наркотиків. Високі бали вказують на значно підвищений ризик зловживання психоактивними речовинами, одночасного вживання їх кількох видів, як наслідок - погіршенням функціонування, а також загальною схильністю до пошуку гострих відчуттів.

До наслідків вживання психоактивними речовинами відносять появу когнітивних проблем, підвищення збудження, активації та тривожності. Лікарям важливо враховувати схильність до залежності при виборі медикаментозних препаратів для призначення [97, 98].

У посібнику користувача скринінгу MBHS-2 також наведено короткий посібник доктора Стівена Буї з рекомендаціями щодо медикаментозного лікування депресивної симптоматики з переліком можливих медикаментів та рекомендаціями застосування когнітивно-поведінкової терапії [98].

Методику було використано у дослідженнях стосовно ризику суїциду, наприклад: виявлення психологічної дисфункції та ризику суїциду серед жінок після пологів (“Detection of Psychological Dysfunction and Suicide Risk Among Post-Partum Women” by Goller Haley Grace), дослідження факторної структури та корелятивів для здатності до самогубства (“Exploring the Factor Structure and Correlates for Capability for Suicide” by Gamble Taylor) [99, 100].

Третьою методикою було обрано опитувальник “Індекс благополуччя ВООЗ-5” (“WHO-5 Well-being index”) в адаптації Л.М. Карамушки, К.В. Терещенко, О.В. Креденцер. Методика складається з 5 тверджень та вимірює рівень психологічного благополуччя особистості. Респондентів запрошують вказати наскільки кожне з п'яти тверджень точно описує те, як вони почувалися протягом останніх 2-х тижнів. Чим вище бал, тим краще самопочуття, де: 0 - Ніколи, 1 - Певний час, 2 - Менше половини часу, 3 - Більше половини часу, 4 - Більшість часу, 5 - Весь час [101].

Методику активно використовували для досліджень під час пандемії COVID-19: дослідження психометричних властивостей індексу благополуччя ВООЗ-5 серед медсестер під час пандемії COVID-19: перехресне дослідження в трьох країнах (“Psychometric Properties of the WHO-5 Well-Being Index among Nurses during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study in Three Countries” by Mariela Loreto Lara-Cabrera, Moisés Betancort, Amparo Muñoz-Rubilar, Natalia Rodríguez-Novo, Ottar Bjerkeset and Carlos De las Cuevas), психологічне благополуччя лікарів під час спалаху COVID-19 в Омані (“The

psychological well-being of physicians during COVID-19 outbreak in Oman” Abdallah M. Badahdah, Faryal Khamis and Nawal Al Mahyijari) та інші [102, 103].

Четвертою методикою для оцінки психічного здоров'я було використано “Коротку версію тесту життєстійкості” В.О. Олефіра, М.А. Кузнецова, А.В. Павлової на вимірювання “особистісної диспозиційної характеристики життєстійкості, яка є однією з ключових в структурі особистісного потенціалу” [104]. Тест складається з п'ятнадцяти питань, на кожне з яких респондентів запрошують обрати один з чотирьох варіантів відповідей: ні; скоріше ні, ніж так; скоріше так, ніж ні; так. Підрахунок відбувається шляхом присвоєння кожній відповіді балів від 0 до 3, в залежності прями чи зворотне питання. Результатом є загальний бал життєстійкості та бали за трьома шкалами: залученість, контроль, прийняття ризику [104].

Методику використала О.М. Лич в дослідженні особливостей життєстійкості літніх людей на початку та наприкінці періоду похилого віку, яке підтвердило відмінність життєстійкості літніх людей на різних етапах періоду похилого віку, показало наявність екзистенціальних страхів та тривог, показало важливість присутності інших людей у житті людини літнього віку від 60 до 70 років, не зважаючи на прагнення самостійно вирішувати побутові, професійні та психологічні екзистенціальні проблеми [105]. Іншим дослідженням з використанням зазначеної методики є дослідження особливостей життєстійкості людей похилого віку О. М. Назарук, в якому було виявлено прямі зв'язки зі стратегіями опанувальної поведінки, життєвим досвідом особистості, показниками когнітивної сфери, які впливають на життєдіяльність особистості похилого віку [106]. Також К.Р. Маннапова досліджувала соціально-психологічну адаптацію студентів з особливими потребами до інтегрованого освітнього середовища закладів вищої освіти та виявила, що контроль властивий обом групам студентів в рівній мірі, змога контролювати та впливати на своє життя дає відчуття впевненості, однак показники життєстійкості, залученості, прийняття ризику, є значно нижчими

для студентів з особливими потребами, адже для студентів з особливими потребами нескладні буденні ситуації можуть сприйматися як значні, можуть змінити стабільну життєдіяльність, стати випробуванням та вимагати значних зусиль, негативно впливати на психічне та фізичне здоров'я, розвиток особистості та відносини з оточуючими [107].

Пакет тестів представлено у додатках (див. Додаток А).

Також було використано наступні статистичні методи: дескриптивний аналіз, порівняльний аналіз, t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок, коефіцієнт кореляції Спірмена, регресійний покроковий аналіз, дисперсійний аналіз ANOVA.

## **2.2. Характеристика вибірки**

Нами було організоване та проведене експериментальне дослідження, направлене на виявлення та вивчення взаємозв'язку тілесної усвідомленості та компонентів психічного здоров'я. В основі дослідження лежить припущення про те, що тілесна усвідомленість та компоненти психічного здоров'я взаємопов'язані. Для перевірки припущення було проведено анкетування, зібрано та оброблено результати відповідно до методик, проаналізовано результати емпіричного дослідження. В емпіричному дослідженні взяли участь 114 осіб віком від 22 до 52 років, з яких 7 - чоловіки і 107 - жінки. Середній вік респондентів: 34 роки. Дослідження було реалізовано розсиланням google-форми онлайн. Усі респонденти дали згоду на обробку персональних даних та є українцями, що дозволить дослідити взаємозв'язок саме для українців.

За родом занять 46,6% є найманими працівниками, 26,7% - є підприємцями, 6% - у відпустці по догляду за дитиною, 4,3% - студенти та стільки ж - безробітні працездатні, 12,1% включають волонтерів, пенсіонерів,

фрілансерів, безробітних непрацевдатних та тих, хто веде домашнє господарство або вибрав кілька варіантів (рис. 2.1).



Рис.2.1. Розподіл досліджуваних за родом занять

У 80,2% респондентів робота не пов'язана із фізичною активністю, 9% - мають роботу пов'язану із фізичною активністю, або постійним рухом.

За сімейним статусом майже половина - 49,1% є одруженими, 25% - неодружені, 12,9% - перебувають у цивільному шлюбі, 10,3% - розлучені, 1,8% - в стосунках, 0,9% - не перебувають в стосунках (рис.2.2).

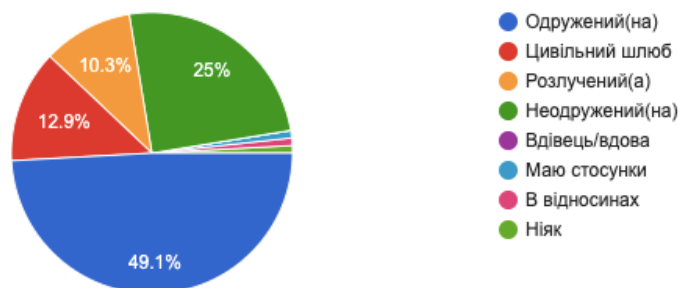


Рис.2.2. Розподіл досліджуваних за сімейним станом

Серед респондентів 60,3% не мають дітей, 31,9% мають дітей молодше 18 років, 3,4% мають неповнолітніх дітей, 4,3% мають і повнолітніх дітей, і дітей до 18 років.

Найвищий здобутий рівень освіти як магістерський обрали більшість - 56,9%, 22,4% респондентів здобули рівень бакалавра, 6% здобувають післядипломну освіту або вже мають науковий ступінь, 2,6% мають закінчену шкільну освіту, 12,1% поєднують: 0,9% людей, що здобувають другу вищу



освіту, 0,9% мають 3 вищі освіти, інші відповіді людей (технічна, незакінчена вища тощо) (рис. 2.3).

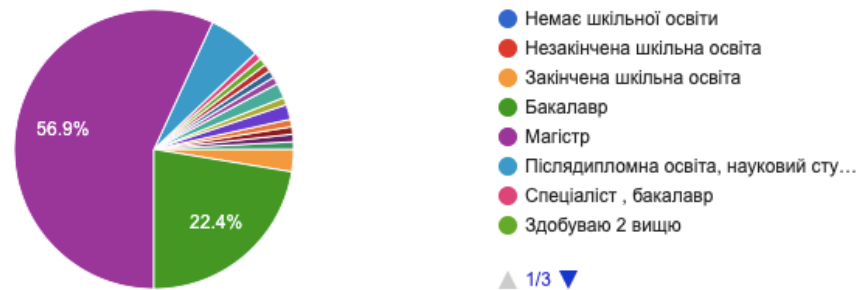


Рис.2.3. Розподіл досліджуваних за найвищим здобутим рівнем освіти

Було з'ясовано, що серед українців 42,3% мають довгострокову терапію більше року і продовжують працювати зі спеціалістом далі, 23,4% мали короткостроковий досвід роботи з психологом до десяти консультацій, 12,6% не мали досвіду роботи з психологом, 11,7% працювали із психологом до року, 10% - інші варіанти відповідей.

На питання суб'єктивного сприйняття "Наскільки добре ви відчуваєте своє тіло, наскільки ви в контакті зі своїм тілом?" від 1 до 10, жоден респондент не поставив оцінку 2 бали. Найбільше українців оцінили контакт зі своїм тілом в 7 балів - 26,3%, далі 21,1% оцінили у 8 балів, 14,9% - 6 балів, та 11,4% обрали 5 балів, по 7,9% для оцінок 4 та 9, по 4,4% для оцінок 3 та 10, 1,8% обрали 1 бал (рис.2.4).

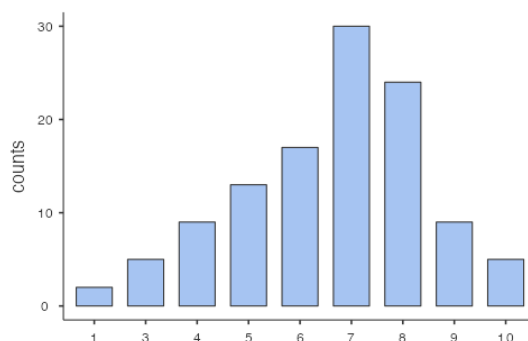


Рис.2.4. Розподіл досліджуваних за суб'єктивним рівнем контакту з тілом

Відповіді на питання стосовно тілесних вправ та фізичної активності продемонстрували, що 58,6% не роблять ранкової руханки чи інших вправ, 26,7% роблять раз на 2-3 дні, а 14,7% роблять кожен день.

Додатковими ж вправами 34,5% не займаються взагалі, 12,9% тренуються в залі, 21,6% займаються йогою, 3,4% - танцями, 27,6% займаються іншими видами фізичної активності.

## Висновки до розділу II

Для показовості дослідження важливим було обрати методики, що дозволять розглянути явище тілесної усвідомленості та психічне здоров'я широко та повно. Так перша методика визначає рівень тілесної усвідомленості через тілесні прояви, які в більшості не є нормою, а друга методика демонструє рівень володіння навичками, спрямованими на саморегуляцію за таких тілесних проявів. З тією ж метою важливо було обрати людей із різних професій, різного формату зайнятості, різного віку, з різним способом та ритмом життя та різними підходами до організації піклування про фізичне здоров'я.

Більшість вибірки склали жінки, майже половина респондентів є найманими працівниками (46,6%), а за сімейним статусом одружені (49,1%). За суб'єктивним сприйняттям більше половини респондентів (59,7%) оцінюють вище середнього рівень відчуття свого тіла, те наскільки вони в контакті із ним.

Рівень фізичної активності серед українців є низьким, дуже незначна частина (менше 15%) приділяє час кожного ранку для мінімальної фізичної активності, 34,5% не займаються регулярно іншими фізичними вправами а те, що при цьому у більшості українців рівень тілесної усвідомленості середній та високий - робить дослідження надзвичайно актуальним.

## РОЗДІЛ III

# ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ТІЛЕСНОЇ УСВІДОМЛЕНOSTІ ТА КОМПОНЕНТІВ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

### 3.1. Аналіз результатів емпіричного дослідження

Загальні результати опитувальника тілесних відчуттів показали, що з 114 українців, що взяли участь в опитуванні більшість мають середній рівень тілесної усвідомленості, реактивності автономної нервової системи (над діафрагмою) та реактивності автономної нервової системи (під діафрагмою).

Серед респондентів 6% мають низький рівень тілесної усвідомленості, 79% - середній, та 15% - високий (рис. 3.1).

Рівень тілесної усвідомленості



Рис.3.1. Розподіл досліджуваних за рівнем тілесної усвідомленості

За результатами другої субшкали 17% мають низький рівень, 60% мають середній рівень та 23% - високий рівень реактивності автономної нервової системи (над діафрагмою) (рис. 3.2).

Рівень реактивності автономної нервової системи (над діафрагмою)

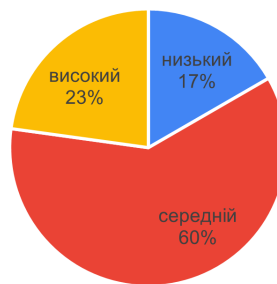


Рис.3.2. Розподіл досліджуваних за рівнем реактивності автономної нервової системи (над діафрагмою)

За третьою субшкалою 13% респондентів мають низький рівень, 68% - середній, а 19% - високий рівень реактивності автономної нервової системи (під діафрагмою)” (рис. 3.3).

Рівень реактивності автономної нервової системи (під діафрагмою)

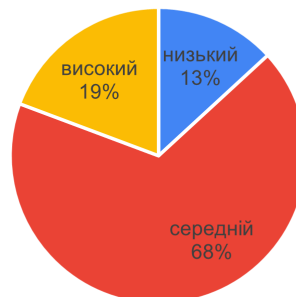


Рис.3.3. Розподіл досліджуваних за рівнем реактивності автономної нервової системи (під діафрагмою)

Отже більшість українців мають середній та високий рівень тілесної усвідомленості, в той час як нижчий рівень тілесної усвідомленості є більш здоровим.

Було проведено дескриптивний аналіз результатів за трьома субшкалами. Розглянемо результати першого дескриптивного аналізу першої субшкали тілесної усвідомленості. Середнє - 51,7, стандартне відхилення від середнього - 5,64. Рівень тілесної усвідомленості типового українця - 50,8 - 51,7, що відповідає середньому рівню (таблиця 3.1).

Таблиця 3.1

### Результати дескриптивного аналізу першої субшкали “тілесна усвідомленість”

Descriptives	
1 суб Тілесна усвідомленість	
N	114
Missing	0
Mean	51.7
Median	50.8
Standard deviation	5.64
Minimum	40.1
Maximum	69.1

Розподіл не є симетричним, скошеність позитивна, що вказує на ненормальність розподілу. Розподіл є крутим, що свідчить про не сильну варіацію і наближення результатів вибірки до певних типових значень (рис.3.4).

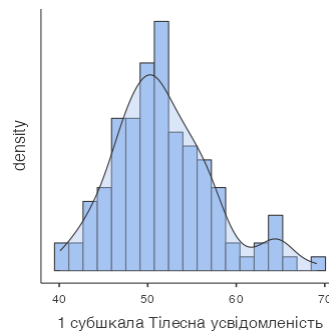


Рис.3.4. Розподіл результатів першої субшкали “тілесна усвідомленість”

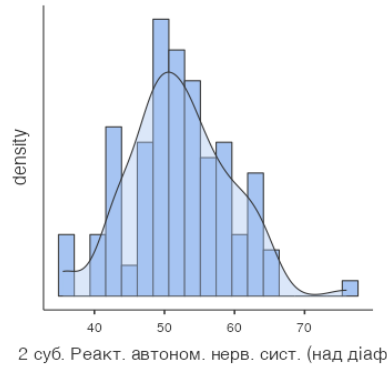
Другий дескриптивний аналіз змінних другої субшкали “реактивність автономної нервової системи (над діафрагмою)”. У цій субшкалі середнє значення - 52, стандартне відхилення від середнього - 7,21 і рівень реактивності автономної нервової системи (над діафрагмою) типового українця - 52 - 52,2 (таблиця 3.2).

Таблиця 3.2

### Результати дескриптивного аналізу другої субшкали “реактивність автономної нервової системи (над діафрагмою)”

Descriptives	
2 суб. Реакт. автоном. нерв. сист. (над діаф.)	
N	114
Missing	0
Mean	52.0
Median	52.2
Standard deviation	7.21
Minimum	35.5
Maximum	76.0

Схожим чином розподіл результатів для другої субшкали не є симетричним, крутим із позитивною скошеністю, що свідчить про ненормальність розподілу (рис. 3.5).



*Рис.3.5.* Розподіл результатів другої субшкали “реактивність автономної нервової системи (над діафрагмою)”

Наступним кроком було проведено описовий аналіз змінних третьої субшкали “реактивність автономної нервової системи (під діафрагмою)”. У цій субшкалі середнє значення - 51,8, стандартне відхилення від середнього - 7,43 і рівень реактивності автономної нервової системи (під діафрагмою) типового українця - 50,7 - 51,8 (таблиця 3.3).

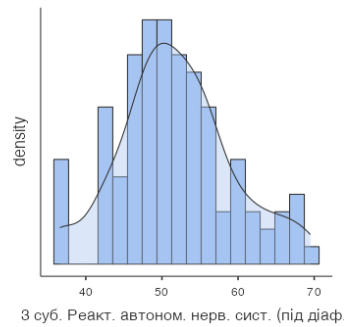
Таблиця 3.3

**Результати описового аналізу третьої субшкали “реактивність автономної нервової системи (під діафрагмою)”**

Descriptives	
3 суб. Реакт. автоном. нерв. сист. (під діаф.)	
N	114
Missing	0
Mean	51.8
Median	50.7
Standard deviation	7.43
Minimum	36.6
Maximum	69.5

Розподіл результатів для третьої субшкали також не є симетричним, є крутим та має позитивну скошеність (рис.3.6).

Ненормальність розподілу передбачалась оскільки нижчий рівень за трьома шкалами більше свідчить про здорову норму, а за результатами данної вибірки переважна більшість має серденій та вищий показники.



*Рис.3.6.* Розподіл результатів другої субшкали “реактивність автономної нервової системи (під діафрагмою)”

Результати опитування вибірки за методикою багатовимірної оцінки інтероцептивного усвідомлення (МАІА-2) (Вибірка) в порівнянні з результатами, представленими авторами методики [93] (Методика) наведено у таблиці нижче (таблиця 3.4).

Таблиця 3.4

### Порівняння результатів досліджуваних та результатів авторів за методикою МАІА-2

	Методика		Вибірка	
	M	SD	M	SD
1 Підшкала Noticing (Навичка помічати)	3.34	0.9	3.22	1.05
2 Підшкала Not-Distracting (Навичка не відволікатися)	2.06	0.8	2.57	0.921
3 Підшкала Not-Worrying (Навичка не турбуватися)	2.52	0.85	2.06	1.02
4 Підшкала Attention Regulation (Навичка регулювати увагу)	2.84	0.86	2.9	1.02
5 Підшкала Emotional Awareness (Навичка усвідомлювати емоції)	3.44	0.96	3.63	1.16
6 Підшкала Self-Regulation (Навичка саморегулювання)	2.78	1.01	3.04	1.12
7 Підшкала Body Listening (Навичка прислухатися до тіла)	2.2	1.17	2.7	1.24
8 Підшкала Trusting (Навичка довіряти)	3.37	1.11	3.69	1.17

Як видно з таблиці 3.4 отримані результати середніх значень для кожної з восьми шкал є дуже близькими до значень, представлених авторами методики, що вказує на валідність та показовість методики, а також спорідненість вибірки. Серед українців середні значення не сильно вищі в порівнянні зі значеннями авторів методики за підшкалами Навичка не відволікатись на 0,51 (та середньому відхиленні 0,921), Навичка регулювати увагу на 0,06 (при

серденьому відхиленні 1,02), Навичка усвідомлювати емоції на 0,19 (середнє відхилення 1,16), Навичка саморегулювання на 0,26 (з середнім відхиленням 1,12), Навичка довіряти на 0,32 (середнє відхилення 1,17) та найбільше Навичка прислухатись до тіла на 0,5 (з середнім відхиленням 1,24). Разом з тим, за іншими навичками показники серед українців трохи нижче в порівнянні з показниками вибірки авторів методики: Навичка помічати на 0,12 (середнє відхилення 1,05), Навичка не турбуватися на 0,46 (при середньому відхиленні 1,02). Отже, загалом серед українців рівень володіння вісьмома навичками має середні показники, близькі до результатів авторів методики.

Результати опитувальника «Індекс благополуччя ВООЗ-5» наведено нижче. Зі 114 респондентів: 43%, майже половина, мають низький рівень благополуччя, 38% - мають середній рівень благополуччя та 19% - високий рівень благополуччя (рис.3.7). Отже, лише менше п'ятої частини українців мають високий рівень благополуччя.

Рівень благополуччя



Рис.3.7. Результати опитувальника «Індекс благополуччя ВООЗ-5»

Далі представлено результати короткої форми тесту життєстійкості (жінки 1, чоловіки 1) в порівнянні з результатами, представленими в методиці (жінки, чоловіки). Отримані результати середніх значень нижчі за всіма показниками окрім прийняття ризику в чоловіків (таблиця 3.5). Такі результати можуть бути зумовлені військовим станом, адже живучи більше двох років у стані війни дійсно немає змоги контролювати більшість процесів, отже віра в



те, що власні зусилля можуть сильно впливати на події, рівень безпеки та на власне життя та високий рівень невизначеності, великої кількості загроз та високий ступінь непередбачуваності можуть впливати на зниження середніх значень за шкалою контролю як в жінок, так і в чоловіків. Як зазначалось в теоретичній частині залученість виражає переконання людини, що зусилля важливі та цінні, а також задоволення від діяльності, що також може похитнути стан війни, адже у масштабах загрози життю та країні значимість багатьох речей та діяльності може сильно знизитись, деякі дії взагалі можуть втратити сенс, а задоволення від діяльності, в моменти думок про загрозу життю та власній цілісності дійсно може знижуватись на фоні зниження впевненості у важливості цієї діяльності. Прийняття ризику може зменшуватись з тих самих міркувань великого ступеню загрози життю, ризиків втрати житла, роботи, доходу, фінансів тощо. Однак, підвищення середнього значення прийняття ризику в чоловіків може бути зумовлено усвідомленням того, що вони можуть бути залучені до служби у Збройних Силах України або вже несуть службу, так як поки що служба є обов'язковою для чоловіків та досі має більш добровільний формат для жінок. Зниження як мінімум двох компонентів зумовлює зниження загального рівня життєстійкості.

Таблиця 3.5

**Порівняння результатів досліджуваних та результатів авторів  
“Короткої версії тесту життєстійкості”**

	Стать							
	жінки		чоловіки		жінки 1		чоловіки 1	
Шкали	середнє	станд. відх.	середнє	станд. відх.	середнє	станд. відх.	середнє	станд. відх.
Залученість	11.016	3.037	10.831	3.458	8.51	2.38	9.71	1.6
Контроль	9.391	2.729	10.039	2.856	8.31	2.93	10	3.42
Прийняття ризику	9.813	3.314	8.935	3.45	8.87	3.66	11	1.41
Життєстійкість	30.219	7.606	29.805	8.632	24	7.44	28.9	5.46

Було проведено порівняльний аналіз показників психічного здоров'я серед трьох груп за рівнем тілесної усвідомленості. Серед 114 людей - 7 мають низький рівень тілесної усвідомленості, 90 - середній та 17 - високий.

За цією методикою показники психічного здоров'я першої групи з низьким рівнем тілесної усвідомленості принципово відрізняються від показників груп із середньою і високою усвідомленістю.

Показник депресії для першої групи з низьким рівнем тілесної усвідомленості становить 0,14, для середньої усвідомленості - 5,94 та для групи з високим рівнем тілесної усвідомленості - 9,94 (таблиця 3.6). Отже люди із низьким рівнем тілесної усвідомленості не схильні до депресії, в той час як люди із середнім і високим рівнем тілесної усвідомленості схильні до депресії.

Таблиця 3.6

### Показники депресії для трьох груп рівнів тілесної усвідомленості

Депресія			
Шеффе <sup>a,b</sup>			
рів_т1	N	Підмножество для альфа = 0.05	
		1	2
1	7	,14	
2	90		5,94
3	17		9,94
Знч.		1,000	,091
Визуализируются средние по группам в однородных наборах.			
a. Объем выборки, вычисленный как гармоническое среднее, равен 14,098.			
b. Объемы групп не одинаковы. Используется гармоническое среднее этих объемов. Не гарантированы уровни ошибки 1-го рода.			

Так само розподіляється схильність і до Посттравматичного стресу: низька для групи із низьким рівнем тілесної усвідомленості (0,14) та значуща різниця для середнього (9,49) та високого рівня тілесної усвідомленості (15,76) (таблиця 3.7).

Таблиця 3.7

### Показники посттравматичного стресу для трьох груп рівнів тілесної усвідомленості

Посттравматичний стрес			
Шеффе <sup>a,b</sup>			
рів_т1	N	Подмножество для альфа = 0.05	
		1	2
1	7	,14	
2	90		9,49
3	17		15,76
Знч.		1,000	,091
Визуализируются средние по группам в однородных наборах.			
а. Объем выборки, вычисленный как гармоническое среднее, равен 14,098.			
б. Объемы групп не одинаковы. Используется гармоническое среднее этих объемов. Не гарантированы уровни ошибки 1-го рода.			

Схожим чином відбувся розподіл і для показника поведінкового здоров'я MBHS-2: для низького рівня тілесної усвідомленості - 11,57, для середнього - 27,39, для високого - 37,41 (таблиця 3.8).

Таблиця 3.8

### Показники MBHS-2 для трьох груп рівнів тілесної усвідомленості

MBHS			
Шеффе <sup>a,b</sup>			
рів_т1	N	Подмножество для альфа = 0.05	
		1	2
1	7	11,57	
2	90		27,39
3	17		37,41
Знч.		1,000	,098
Визуализируются средние по группам в однородных наборах.			
а. Объем выборки, вычисленный как гармоническое среднее, равен 14,098.			
б. Объемы групп не одинаковы. Используется гармоническое среднее этих объемов. Не гарантированы уровни ошибки 1-го рода.			

Так само і показники Деморалізації: для групи з низькою тілесною усвідомленістю - 22, з середньою - 52,38, з високою - 65,82 (таблиця 3.9).

Таблиця 3.9

### Показники деморалізації для трьох груп рівнів тілесної усвідомленості

Деморалізація			
Шеффе <sup>a,b</sup>			
рів_т1	N	Подмножество для альфа = 0.05	
		1	2
1	7	22,00	
2	90		52,38
3	17		65,82
Знч.		1,000	,428
Визуализируются средние по группам в однородных наборах.			
а. Объем выборки, вычисленный как гармоническое среднее, равен 14,098.			
б. Объемы групп не одинаковы. Используется гармоническое среднее этих объемов. Не гарантированы уровни ошибки 1-го рода.			

Таким чином люди з низькою тілесною усвідомленістю мають менші прояви Посттравматичного стресу, нижчі показники за методикою MBHS-2, а відповідно вище поведінкове здоров'я, та менше схильні до Деморалізації, в той час як люди з середньою та високою тілесною усвідомленістю більше схильні до Посттравматичного стресу, вищих показників MBHS-2, а відповідно поведінкового нездоров'я та Деморалізації.

За результатами підшкал Ангедонія, Тривога MBHS-2, Суїцидальні думки, Суїцидальні прагнення та думки та Активація спостерігається така сама тенденція (див. Додатки Б, В, Г, І, Д). Група з низьким рівнем тілесної усвідомленості явно виділяється з такими показниками: Ангедонія - 28,71, Тривога MBHS-2 - 19,86, Суїцидальні думки - 39,43, Суїцидальні прагнення та думки - 1, Активація - 30,71. Показники для середнього та високого рівнів тілесної усвідомленості є дуже близькими і можуть бути згруповані окремо: Ангедонія - 56,88 та 66, Тривога MBHS-2 - 54,51 та 68,18, Суїцидальні думки - 67,64 та 81,82, Суїцидальні прагнення та думки - 1,62 та 1,82 (особливо враховуючи, що за цим показником бали розподіляються від 0 до 2), Активація - 62,36 та 77 відповідно. Знову бачимо, що перша група з низьким рівнем тілесної усвідомленості найбільше схильна до показників норми та психічного здоров'я за даними підшкалами.

З менш вираженою різницею, однак схожою тенденцією зростання показників із зростанням тілесної усвідомленості представлено результатами для показників Зловживання алкоголем: низька тілесна усвідомленість (0,29), середня (2,47), висока (2,98); Розслабленості: низька (39,21), середня (43,57), висока (49,82); Суїцидальних намірів: низька тілесна усвідомленість (0,00), середня (0,10), висока (0,24); Безстрашності: низька (2,10), середня (2,14), висока (2,53); Зловживання психоактивними речовинами: для низької - 36, середньої - 54,71, високої - 57,71 (див. Додатки Е, Є, Ж, З, И). При цьому для досвіду спроб результат для двох груп показники одинкові: низька та висока усвідомленість (1), для другої групи показник майже такий самий (1,04), де 1 - немножинні, 2 - множинні (таблиця 3.10).

Таблиця 3.10

### Показник досвіду спроб для трьох груп рівнів тілесної усвідомленості

Досвід спроб		
Шеффе <sup>a,b</sup>		
рів_т1	N	Подмножество для альфа = 0.05
1	7	1,00
3	17	1,00
2	90	1,04
Знч.		,817

Визуализируются средние по группам в однородных наборах.

а. Объем выборки, вычисленный как гармоническое среднее, равен 14,098.

б. Объемы групп не одинаковы. Используется гармоническое среднее этих объемов. Не гарантированы уровни ошибки 1-го рода.

Отже, люди з низькою тілесною усвідомленістю менше схильні до Зловживання алкоголю та психоактивних речовин, Суїцидальних намірів та Безстрашності, а також Розслабленості - проявів неконтрольованої імпульсивної поведінки, а відповідно більше схильні люди з серденім і високим рівнем тілесної усвідомленості.

Рівень психічного здоров'я за методикою МНАІ для першої групи з низьким рівнем тілесної усвідомленості склав 5,43, для середнього рівня усвідомленості - 17,68 та для групи з високим рівнем тілесної усвідомленості - 26,24 (таблиця 3.11). Отже, люди із низьким рівнем усвідомленості мають вищий рівень психічного здоров'я, людям із середнім рівнем тілесної усвідомленості відповідає середній рівень психічного здоров'я та люди з високим рівнем тілесної усвідомленості більше схильні до психічного нездоров'я, адже у методиці МНАІ вищий бал результату відповідає нижчому рівню психічного здоров'я.

Таблиця 3.11

### Показники МНАІ для трьох груп рівнів тілесної усвідомленості

МНАІ				
Шеффе <sup>a,b</sup>				
рів_т1	N	Подмножество для альфа = 0.05		
		1	2	3
1	7	5,43		
2	90		17,68	
3	17			26,24
Знч.		1,000	1,000	1,000

Визуализируются средние по группам в однородных наборах.

а. Объем выборки, вычисленный как гармоническое среднее, равен 14,098.

б. Объемы групп не одинаковы. Используется гармоническое среднее этих объемов. Не гарантированы уровни ошибки 1-го рода.

Тривога за методикою МНАІ найвища у третьої групи з високим рівнем тілесної усвідомленості (4,71), а люди з низькою (0,00) та середньою тілесною усвідомленістю (1,58) менше схильні тривожитись (таблиця 3.12).

Таблиця 3.12

**Показники Тривога МНАІ для трьох груп рівнів тілесної усвідомленості**

Тривога_МНАІ			
Шеффе <sup>a,b</sup>			
рів_т1	N	Подмножество для альфа = 0.05	
		1	2
1	7	,00	
2	90	1,58	
3	17		4,71
Знч.		,237	1,000
Визуализируются средние по группам в однородных наборах.			
a. Объем выборки, вычисленный как гармоническое среднее, равен 14,098.			
b. Объемы групп не одинаковы. Используется гармоническое среднее этих объемов. Не гарантированы уровни ошибки 1-го рода.			

Схожа тенденція спостерігається і для Життестійкості, Залученості та Контролю, однак, так як тілесна усвідомленість оберненопропорційна до цих трьох шкал - низька тілесна усвідомленість відповідає вищим показникам за цими трьома шкалами. Життестійкість: низька тілесна усвідомленість (31,71), середня (24,17), висока (22,18); Залученість: низька (11), середня (8,48), висока (8,18); Контроль: низька (11,29), середня (8,33), висока (7,65) (див. Додатки І, ІІ, ІІІ). Групі із низьким рівнем тілесної усвідомленості відповідають вищі показники Життестійкості, Залученості та Контролю, група виділяється від груп із середньою та високою тілесною усвідомленістю, значення яких є дуже наближеними. Люди першої групи більше готові до викликів життя, вірять в те, що їх діяльність важлива та має сенс, та вірять в те, що їх дії впливають на їх життя.

Для частини показників розподіл відбувся таким чином, що результати середнього рівня наближені і до низького, і до високого, тож ми не можемо виділити дві групи на протигагу одній як в результатах для попередніх показників. Для трьох шкал Соматизація, Когнітивні проблеми та

Благополуччя показник середнього рівня тілесної усвідомленості є близьким як до показника групи з низьким рівнем тілесної усвідомленості, так і до показника групи з високим рівнем тілесної усвідомленості. Соматизація: низька (18,86), середня (40,02), висока (56,47) (таблиця 3.13).

Таблиця 3.13

### Показник Соматизації для трьох груп рівнів тілесної усвідомленості

Соматизація			
Шеффе <sup>a,b</sup>			
рів_т1	N	Подмножество для альфа = 0.05	
		1	2
1	7	18,86	
2	90	40,02	40,02
3	17		56,47
Знч.		,052	,165
Визуализируются средние по группам в однородных наборах.			
a. Объем выборки, вычисленный как гармоническое среднее, равен 14,098.			
b. Объемы групп не одинаковы. Используется гармоническое среднее этих объемов. Не гарантированы уровни ошибки 1-го рода.			

Когнітивні проблеми: низька (31,29), середня (48,03), висока (64,47) (таблиця 3.14) та для Благополуччя оберненопропорційно: низька (62,29), середня (44,58), висока (40,47) (таблиця 3.15).

Таблиця 3.14

### Показник Когнітивні проблеми для трьох груп рівнів тілесної усвідомленості

Когнітивні проблеми			
Шеффе <sup>a,b</sup>			
рів_т1	N	Подмножество для альфа = 0.05	
		1	2
1	7	31,29	
2	90	48,03	48,03
3	17		64,47
Знч.		,104	,113
Визуализируются средние по группам в однородных наборах.			
a. Объем выборки, вычисленный как гармоническое среднее, равен 14,098.			
b. Объемы групп не одинаковы. Используется гармоническое среднее этих объемов. Не гарантированы уровни ошибки 1-го рода.			

Хоча ми не можемо виділити 2 групи, тенденція зберігається і група з низьким рівнем тілесної усвідомленості менше схильна до перебільшення симптомів або до наявності проблем із фізичним здоров'ям, проблем із концентрацією, пам'яттю, відволіканням та більше схильна до високого рівня благополуччя. Відповідно групи із середнім та високим рівнями тілесної усвідомленості більше схильні до соматизації та когнітивних проблем, маючи при цьому нижчий рівень благополуччя.

Таблиця 3.15

**Показник Благополуччя для трьох груп рівнів тілесної усвідомленості**

благополуч			
Шеффе <sup>a,b</sup>			
рів_т1	N	Подмножество для альфа = 0.05	
		1	2
3	17	40,47	
2	90	44,58	44,58
1	7		62,29
Знч.		,858	,062
Визуализируются средние по группам в однородных наборах.			
a. Объем выборки, вычисленный как гармоническое среднее, равен 14,098.			
b. Объемы групп не одинаковы. Используется гармоническое среднее этих объемов. Не гарантированы уровни ошибки 1-го рода.			

Підсумовуючи підкреслимо, що важливо розрізняти усвідомлення уважне та усвідомлення тривожне, як вже зазначалось у першому розділі, адже результати дослідження підтверджують, що люди з високим рівнем тілесного усвідомлення за першою методикою схильні до соматизації й інших показників психічного нездоров'я та, як результат, психічного нездоров'я загалом. Якщо людина сильно реагує на кожен нестандартний або болісний прояв тіла - вона постійно тривожиться, переживає, перебуває у стресі тощо. Тож більш здоровим є нижчий рівень тілесного усвідомлення за цією методикою і люди з низьким рівнем тілесної усвідомленості мають вищі показники психічного здоров'я.



Наступним кроком було проведено кластерний аналіз для методики МАІА-2. Виділилось три групи: в першу потрапили ті, у кого низькі показники за вісьмома навичками (23 людини), в другу - середні (42 людини) і в третю - високі (49 людей) (див. Додаток М).

Розподіл частини показників показав, що результати середнього рівня наближені і до низького, і до високого, тож ми не можемо виділити дві групи на противагу одній. Для MBHS-2: Низький рівень розвитку навичок - 33, середній - 30,69, високий - 23,14 (таблиця 3.16), тобто люди з сильніше розвиненими навичками, представленими в методиці МАІА-2 мають нижчі показники MBHS-2, а відповідно краще поведінкове здоров'я. Безстрашність: низький (1,74), середній (2,19), високий (2,35). Деморалізація: низьке володіння навичками (60,52), середнє (58,90), високе (43,29). Тривога MBHS-2: низькі показники за навичками (61,76), середні (59,13), високі (45,92) (див. Додатки П, Р, С).

Таблиця 3.16

**Показник MBHS-2 для трьох груп рівнів володіння навичками  
методики МАІА - 2**

MBHS			
Шеффе <sup>a, b</sup>			
Кластерный номер наблюдения	N	Подмножество для альфа = 0.05	
		1	2
3	49	23,14	
2	42	30,69	30,69
1	23		33,00
Знч.		,053	,755
Визуализируются средние по группам в однородных наборах.			
a. Объем выборки, вычисленный как гармоническое среднее, равен 34,209.			
b. Объемы групп не одинаковы. Используется гармоническое среднее этих объемов. Не гарантированы уровни ошибки 1-го рода.			

Життестікість: низьке володіння навичками (21,78), середнє (22,71), високе (26,92) (таблиця 3.17).

Таблиця 3.17

**Показник Життєстійкість для трьох груп рівнів володіння  
навичками методики МАІА - 2**

життєстійкість			
Шеффе <sup>a,b</sup>			
Кластерный номер наблюдения	N	Подмножество для альфа = 0.05	
		1	2
1	23	21,78	
2	42	22,71	22,71
3	49		26,92
Знч.		,864	,054
Визуализируются средние по группам в однородных наборах.			
а. Объем выборки, вычисленный как гармоническое среднее, равен 34,209.			
б. Объемы групп не одинаковы. Используется гармоническое среднее этих объемов. Не гарантированы уровни ошибки 1-го рода.			

Контроль: низьке (7,26), середнє (7,83), високе (9,45) (таблиця 3.18).

Таблиця 3.18

**Показник Контроль для трьох груп рівнів володіння навичками  
методики МАІА - 2**

контроль			
Шеффе <sup>a,b</sup>			
Кластерный номер наблюдения	N	Подмножество для альфа = 0.05	
		1	2
1	23	7,26	
2	42	7,83	7,83
3	49		9,45
Знч.		,709	,069
Визуализируются средние по группам в однородных наборах.			
а. Объем выборки, вычисленный как гармоническое среднее, равен 34,209.			
б. Объемы групп не одинаковы. Используется гармоническое среднее этих объемов. Не гарантированы уровни ошибки 1-го рода.			

Такі результати свідчать про те, що чим краще у людини розвинені навички помічати, не відволікатися, не турбуватися, регулювати увагу, усвідомлювати емоції, прислухатися до тіла, навчка довіряти та навчка саморегуляції - тим краще людина справляється зі страхом та опановує себе, менше відчуває незадоволеність, переживає безвихідь та відчай, менше тривожиться, тим вище життєстійкість та рішучість діяти, впливати на своє життя.

Для шкал Залученість, Когнітивні проблеми, Ризик ми не можемо виділити підгрупування, для них зберігається тенденція вищих показників для

кращого володіння навичками. Залученість: низький (8,05), середній (8,13), високий (9,27), Когнітивні проблеми: низький (55, 78), середній (52,83), високий (43,59), Ризик: низький (8,00), середній (8,40), високий (9,98), Ангедонія: низький (63,07), середній (62,91), високий (47,88) (див. Додатки Т, У, Ф, Х). Тобто чим більш розвинені навички тілесної усвідомленості - тим більше у людини бажання і готовності задіяти свою навички, працювати та взаємодіяти, більша віра у важливість діяльності, менше уникання соціалізації, більше здатність відчувати радість та задоволення, менше складнощів із концентрацією та увагою та більша готовність до непередбачуваних викликів життя, готовність ризикувати.

Для деяких показників явним було виокремлення третьої групи з високим рівнем володіння навичками. Для показника Активація маємо наступні результати: низький рівень володіння навичками (73,39), середній (70,31), високий (50,92) (таблиця 3.19). Отже, люди із вищим рівнем володіння вісьмома зазначеними навичками менше схильні до надмірної енергійності, підвищеного збудження, гіперактивності, нестабільності настрою та недосипання, а також можуть справлятися та мінімізувати ці прояви у випадку їх появи.

Таблиця 3.19

**Показник Активація для трьох груп рівнів володіння навичками  
методики МАІА - 2**

Активація			
Шеффе <sup>a, b</sup>			
Кластерный номер наблюдения	N	Подмножество для альфа = 0.05	
		1	2
3	49	50,92	
2	42		70,31
1	23		73,39
Знч.		1,000	,877
Визуализируются средние по группам в однородных наборах.			
а. Объем выборки, вычисленный как гармоническое среднее, равен 34,209.			
б. Объемы групп не одинаковы. Используется гармоническое среднее этих объемов. Не гарантированы уровни ошибки 1-го рода.			

Для показника Благополуччя: низький рівень володіння навичками (35,30), середній (41,24), високий (52,90) (таблиця 3.20), тобто вищі показники за навичками свідчать про вищий рівень благополуччя.

Таблиця 3.20

**Показник Благополуччя для трьох груп рівнів володіння навичками методики МАІА - 2**

благополуч			
Шеффе <sup>a,b</sup>			
Кластерный номер наблюдения	N	Подмножество для альфа = 0.05	
		1	2
1	23	35,30	
2	42	41,24	
3	49		52,90
Знч.		,434	1,000
Визуализируются средние по группам в однородных наборах.			
а. Объем выборки, вычисленный как гармоническое среднее, равен 34,209.			
б. Объемы групп не одинаковы. Используется гармоническое среднее этих объемов. Не гарантированы уровни ошибки 1-го рода.			

Підсумовуючи можемо зробити висновок, що вищий рівень володіння навичками тілесної усвідомленості сприяє меншим проявам симптомів психічного нездоров'я, та вищому рівню психічного здоров'я, а також життєстійкості та благополуччю.

Було проведено перевірку на нормальність, яка показала, що частина змінних мала нормальний розподіл, а в частині змінних нормальний розподіл був порушений. Це передбачалось, оскільки в нормі у людей має бути виражене психічне здоров'я з високими показниками благополуччя, життєстійкості та низькими показниками психічного нездоров'я, такими як: депресія, тривога, посттравматичний стрес, вживання алкоголю, соматизація, когнітивні проблеми, деморалізація, ангедонія, зловживання психоактивними речовинами, суїцидальні думки, суїцидальні наміри, а також кількість спроб суїциду, адже набагато більше людей не мають спроб суїциду. Результат

перевірки на нормальність та різність масштабів шкал у використаних методиках обумовили доцільність використання рангового коефіцієнта кореляції Спірмена.

За результатами кореляційного аналізу (див. Додаток X) загальний показник опитувальника МНАІ (0,810,  $p < 0,01$ ) має прямий сильний кореляційний зв'язок та високий рівень статистичної значущості з загальним показником опитувальника MBHS-2, отже методики узгоджені між собою, є показовими і на їх результати можемо спиратись. Таким чином показник МНАІ та показники субшкал опитувальника MBHS-2 мають високий рівень статистичної значущості тісних зв'язків, а саме показники: Деморалізації (0,735,  $p < 0,01$ ) та Суїцидальних думок (0,753,  $p < 0,01$ ); з середньою силою МНАІ колерує із Соматизацією (0,541,  $p < 0,01$ ), Когнітивними проблемами (0,543,  $p < 0,01$ ), Ангедонією (0,666,  $p < 0,01$ ), тривогою MBHS-2 (0,691,  $p < 0,01$ ), Активацією (0,613,  $p < 0,01$ ), Суїцидальними прагненнями і думками (0,655,  $p < 0,01$ ), Іншими факторами ризику (0,593,  $p < 0,01$ ), Категорією ризику (0,606,  $p < 0,01$ ). Отже, чим вище позканик МНАІ, тим вище рівень Деморалізації, Суїцидальних прагнень і думок, Соматизації, Когнітивних проблем, Ангедонії, Тривоги, Активації, сильніше вплив Інших факторів ризику, та підвищення Категорії ризику. Також результат МНАІ має зворотній середній зв'язок із Благополуччям (-0,664,  $p < 0,01$ ), Залученістю (-0,608,  $p < 0,01$ ), Контролем (-0,674,  $p < 0,01$ ) та Ризиком (-0,639,  $p < 0,01$ ). Ще одним сильним але зворотнім зв'язком з показником МНАІ виявився показник Життестійкості (-0,729,  $p < 0,01$ ): так як нижчий показник МНАІ відповідає вищому рівню психічного здоров'я то відповідно і вищому рівню Благополуччя, вищій Життестійкості та її компонентам: Залученості, Контролю та Ризику. Також сильним зв'язком є зворотній зв'язок Деморалізації з Життестійкістю (-0,807,  $p < 0,01$ ), це зумовлено тим, що деморалізація відображає наявність у людини відчуття безвиході, відчаю, страждань та незадоволеності життєвими обстаинами, в той час як життестійкість є поняттям протилежним та характеризується рішучістю, перконанням, що виклики та труднощі принесуть новий досвід, знання та

навички і будуть корисними. Для всіх показників  $p < 0,01$ , відповідно рівень значущості високий.

Перша субшкала “тілесна усвідомленість” (0.545,  $p < 0,01$ ) та друга субшкала “реактивність автономної нервової системи (над діафрагмою)” (0.524,  $p < 0,01$ ) мають прямий середній кореляційний зв’язок із показником опитувальника психічного здоров’я МНАІ, а третя субшкала “реактивність автономної нервової системи (під діафрагмою)” (0.366,  $p < 0,01$ ) - помірний, всі зв’язки з високим рівнем статистичної значущості. Опитувальник МНАІ, серед інших, має питання про відчуття втоми, нестачу енергії або її зниження, тремтіння, знервованість чи пітливість, відчуття напруженості, що є тілесними проявами емоційного стану і прямо пов’язані з тілесною усвідомленістю. Отже, чим вище рівень кожної з трьох субшкал - тим вище рівень психічного нездоров’я, адже вищому балу показника МНАІ відповідає нижчий показник психічного здоров’я.

Так само з показником опитувальника MBHS-2: прямий середній кореляційний зв’язок першої субшкали “тілесна усвідомленість” (0.535,  $p < 0,01$ ) та другої субшкали “реактивність автономної нервової системи (над діафрагмою)” (0.539,  $p < 0,01$ ), помірний прямий зв’язок із третьою субшкалою “реактивність автономної нервової системи (під діафрагмою)” (0.364,  $p < 0,01$ ) з високим рівнем статистичної значущості. Відповідно чим вище тілесна усвідомленість та реактивність автономної нервової системи - тим вище показник MBHS-2, а відповідно і гірше поведінкове психічне здоров’я.

Перша субшкала “тілесна усвідомленість” має середній зв’язок також із Тривогою MBHS-2 (0,520,  $p < 0,01$ ), помірно корелює з Посттравматичним стресом (0,499,  $p < 0,01$ ), Депресією (0,455,  $p < 0,01$ ), Тривогою МНАІ (0,479,  $p < 0,01$ ), Соматизацією (0,457,  $p < 0,01$ ), Когнітивними проблемами (0,484,  $p < 0,01$ ), Суїцидальними думками (0,478,  $p < 0,01$ ), Ангедонією (0,401,  $p < 0,01$ ), Деморалізацією (0,436,  $p < 0,01$ ), Активацією (0,412,  $p < 0,01$ ), Суїцидальними прагненнями і думками (0,379,  $p < 0,01$ ), Категорією ризику (0,346,  $p < 0,01$ ), зворотні кореляційні зв’язки із Життестійкістю (-0,354,  $p < 0,01$ ), Залученістю

(-0,306,  $p < 0,01$ ), Контролем (-0,320,  $p < 0,01$ ), Ризииком (-0,309,  $p < 0,01$ ) та Навичкою не відволікатись (-0,336,  $p < 0,01$ ). Першка субшкала “тілесна усвідомленість” має слабкі зв’язки із такими показниками: Розслабленість (0,226,  $p < 0,05$ ), Інші фактори ризику (0,280,  $p < 0,01$ ), Благополуччя (-0,272,  $p < 0,01$ ), Навичка не турбуватися (-0,206,  $p < 0,05$ ), Навичка довіряти (-0,245,  $p < 0,01$ ). Питання першої субшкали більшою мірою описують негативні прояви та стани організму, такі як сухість у роті, слезивість очей, болі та бурчання у шлунку, набряки та напруга у певних частинах тіла, спітніння, тремор, стан знервованості та труднощі концентрації, пришвидшене серцебиття. Тобто чим частіші та сильніші такі прояви тіла та їх усвідомлення - тим гірше психічне здоров’я людини, нижче її благополуччя та життєстійкість і можемо зробити висновок, що не розвинена навичка не відволікатись та, як наслідок, людина може не звертати увагу на такі дискомфортні прояви тіла або перемикає свою увагу, відволікатись на щось інше, що призводитиме до погіршення стану та психічного здоров’я далі.

Друга субшкала “реактивність автономної нервової системи (над діафрагмою)” середньо корелює з Посттравматичним стресом (0,507,  $p < 0,01$ ), Тривогою MBHS-2 (0,582,  $p < 0,01$ ), помірно корелює з Депресією (0,477,  $p < 0,01$ ), Тривогою МНАІ (0,401,  $p < 0,01$ ), Соматизацією (0,456,  $p < 0,01$ ), Когнітивними проблемами (0,468,  $p < 0,01$ ), Деморалізацією (0,476,  $p < 0,01$ ), Ангедонією (0,421,  $p < 0,01$ ), Суїцидальними думками (0,474,  $p < 0,01$ ), Активацією (0,436,  $p < 0,01$ ), Навичкою не відволікатися (-0,429,  $p < 0,01$ ), Суїцидальними прагненнями і думками (0,390,  $p < 0,01$ ), Іншими факторами ризику (0,300,  $p < 0,01$ ), Категорією ризику (0,318,  $p < 0,01$ ), Благополуччям (-0,350,  $p < 0,01$ ), Навичкою довіряти (-0,333,  $p < 0,01$ ), Життєстійкістю (-0,367,  $p < 0,01$ ), Контролем (-0,320,  $p < 0,01$ ), Ризиком (-0,354,  $p < 0,01$ ). Друга субшкала “реактивність автономної нервової системи (над діафрагмою)” має слабкі зв’язки із такими показниками: Розслабленість (0,218,  $p < 0,05$ ), Навичка не турбуватися (-0,236,  $p < 0,05$ ), Залученість (-0,279,  $p < 0,01$ ). Питання другою субшкали “реактивність автономної нервової системи (над діафрагмою)”

стосуються складнощів дихання, труднощів координації дихання та говоріння чи вживання їжі, сухості в горлі, підвищеного серцебиття, слиновиділення, болю в грудях, контролю очей. Тобто за проявів таких симптомів та їх усвідомлення психічне здоров'я погіршується, проявляються симптом, зазначені вище в кореляційних зв'язках.

Третя субшкала “реактивність автономної нервової системи (під діафрагмою)” не має серденіх зв'язків і найсильнішим зв'язком є помірний з такими показниками: Соматизація (0,402,  $p < 0,01$ ), Тривога МНАІ (0,304,  $p < 0,01$ ), Посттравматичний стрес (0,309,  $p < 0,01$ ), Суїцидальні думки (0,306,  $p < 0,01$ ), Активація (0,362,  $p < 0,01$ ). Слабкі зв'язки з показниками: Депресія (0,271,  $p < 0,01$ ), Когнітивні проблеми (0,294,  $p < 0,01$ ), Деморалізація (0,222,  $p < 0,01$ ), Тривога MBHS-2 (0,278,  $p < 0,01$ ), Розслабленість (0,201,  $p < 0,01$ ), Зловживання психоактивними речовинами (0,245,  $p < 0,01$ ), Суїцидальні прагнення і думки (0,284,  $p < 0,01$ ), Інші фактори ризику (0,234,  $p < 0,05$ ), Категорія ризику (0,208,  $p < 0,01$ ), та обернено корелює з показниками: Благополуччя (-0,208,  $p < 0,05$ ), Навичка не відволікатися (-0,272,  $p < 0,01$ ), Навичка довіряти (-0,243,  $p < 0,01$ ), Контроль (-0,235,  $p < 0,05$ ). Отже, вищому показнику реактивності автономної нервової системи (під діафрагмою) відповідають сильніші прояви психічного та поведінкового нездоров'я, зазначені вище, вища категорія ризику, а також нижчий рівень благополуччя, контролю, гірше розвинена навичка не відволікатись, а відповідно схильність переключати увагу з тілесних проявів та симптомів, відволікатись від них, а також нижча здатність довіряти.

Звернемо увагу, що з трьох субшкал лише третя субшкала “реактивність автономної нервової системи (під діафрагмою)” корелює із показником зловживання психоактивними речовинами. Це пояснюється тим, що питання третьої субшкали “реактивність автономної нервової системи (під діафрагмою)” стосуються розладів та хворобливих проявів травної системи: “мене нудить”, “маю високий рівень кислотності шлунку”, “у мене розлад



шлунку”, а психоактивні речовини та акоголь, звичайно, уражують органи травної системи найбільше.

Питання з соціально-демографічного блоку “Наскільки добре ви відчуваєте своє тіло, наскільки ви в контакті зі своїм тілом?” з суб’єктивною оцінкою від 0 до 10 середньо корелює із кількома навичками: значущі середні кореляції з Навичкою помічати (0,516,  $p < 0,01$ ), Навичкою не відволікатись (0,518,  $p < 0,01$ ), Навичкою регулювати увагу (0,518,  $p < 0,01$ ), Навичкою прислухатися до тіла (0,554,  $p < 0,01$ ), Навичкою довіряти (0,556,  $p < 0,01$ ). Помірно корелює з Ангедонія (-0,424,  $p < 0,01$ ), Тривога MBHS-2 (-0,449,  $p < 0,01$ ), Навичка саморегуляції (0,445,  $p < 0,01$ ), Соматизація (-0,380,  $p < 0,01$ ), Деморалізація (-0,337,  $p < 0,01$ ), Суїцидальні думки (-0,311,  $p < 0,01$ ), Суїцидальні прагнення та думки (-0,336,  $p < 0,01$ ), Активація (-0,398,  $p < 0,01$ ), Благополуччя (0,463,  $p < 0,01$ ), Навичка усвідомлювати емоції (0,368,  $p < 0,01$ ), Життестійкість (0,338,  $p < 0,01$ ), Залученість (0,38,  $p < 0,01$ ). Таким чином вища суб’єктивна оцінка людиною контакту з власним тілом зумовлює краще володіння навичками тілесної усвідомленості, нижчу схильність до безрадісності, уникання спілкування та нездатності відчувати радість, нижчу схильність до тривоги, перебільшення симптомів, деморалізації, суїцидальних прагнень, та зумовлює вищий рівень благополуччя, життестійкості та насолоди від своєї діяльності з вірою в її важливість.

Перша навичка помічати значущо але слабо корелює з загальним показником MNAI (-0,249,  $p < 0,01$ ), загальним показником MBHS-2 (-0,287,  $p < 0,01$ ), Когнітивними проблемами (-0,219,  $p < 0,05$ ), Деморалізацією (-0,295,  $p < 0,01$ ), Ангедонією (-0,331,  $p < 0,01$ ), Активацією (-0,269,  $p < 0,01$ ), Категорією ризику (-0,201,  $p < 0,05$ ), Благополуччям (0,288,  $p < 0,01$ ), Життестійкістю (0,329,  $p < 0,01$ ), Залученістю (0,265,  $p < 0,01$ ), Ризиком (0,282,  $p < 0,01$ ). Отже, ми можемо говорити про відповідність кращому володінню навичкою помічати - вищого рівня психічного здоров’я, поведінкового здоров’я, благополуччя, життестійкості, залученості та готовності до життєвих випробувань, а також

меншої схильності до проблем із концентрацією, пам'яттю, переживання безвиході, безрадісності на рівні тенденції.

Друга навичка не відволікатися значущо середньо корелює з Тривогою MBHS-2 (-0,506,  $p < 0,01$ ), значущо помірно корелює з загальним показником МНАІ (-0,414,  $p < 0,01$ ), загальним показником MBHS-2 (-0,437,  $p < 0,01$ ), Першою субшкалою “тілесна усвідомленість” (-0,336,  $p < 0,01$ ), Другою субшкалою “реактивність автономної нервової системи (над діафрагмою)” (-0,429,  $p < 0,01$ ), Посттравматичним стресом (-0,317,  $p < 0,01$ ), Соматизацією (-0,338,  $p < 0,01$ ), Деморалізацією (-0,345,  $p < 0,01$ ), Ангедонією (-0,414,  $p < 0,01$ ), Суїцидальними думками (-0,357,  $p < 0,01$ ), Активацією (-0,405,  $p < 0,01$ ), Суїцидальні прагненнями і думками (-0,352,  $p < 0,01$ ), Іншими факторами ризику (-0,334,  $p < 0,01$ ), Благополуччям (0,395,  $p < 0,01$ ), Контролем (0,391,  $p < 0,01$ ), Ризиком (0,381,  $p < 0,01$ ), Життестійкістю (0,413,  $p < 0,01$ ), а також має значущі слабкі за'язки з довготривалістю робочого дня (-0,235,  $p < 0,05$ ), третьою субшкалою “реактивність автономної нервової системи (під діафрагмою)” (-0,272,  $p < 0,01$ ), Депресією (-0,252,  $p < 0,01$ ), Тривогою МНАІ (-0,277,  $p < 0,01$ ), Суїцидальними намірами (-0,238,  $p < 0,05$ ), Когнітивними проблемами (-0,298,  $p < 0,01$ ), Категорією ризику (-0,245,  $p < 0,01$ ) та Залученістю (0,271,  $p < 0,01$ ). Можемо зробити висновок, що вищому показнику за навичкою не відволікатися відповідає вищий рівень психічного та поведінкового здоров'я, нижчий рівень тілесної усвідомленості та дві субшкали за першою методикою, що є більш здоровим рівнем, а також тим менш проявлені зазначені вище симптоми психічного нездоров'я.

Третя навичка не турбуватися значущо помірно корелює з Ангедонією (-0,332,  $p < 0,01$ ), Тривогою MBHS-2 (-0,352,  $p < 0,01$ ), Безстрашністю (0,311,  $p < 0,01$ ), Життестійкістю (0,319,  $p < 0,01$ ), Ризиком (0,327,  $p < 0,01$ ) та слабо корелює з загальним показником МНАІ (-0,252,  $p < 0,01$ ), Зловживанням алкоголем (-0,263,  $p < 0,01$ ), загальним показником MBHS-2 (-0,265,  $p < 0,01$ ), Соматизацією (-0,259,  $p < 0,01$ ), Когнітивними проблемами (-0,223,  $p < 0,05$ ), Деморалізацією (-0,203,  $p < 0,05$ ), Активацією (-0,203,  $p < 0,05$ ), Благополуччям

(0,237,  $p < 0,05$ ), Залученістю (0,252,  $p < 0,01$ ), Контролем (0,282,  $p < 0,01$ ). Отже, якщо людина вміє контролювати свої переживання і використовує навичку не турбуватися - вона менше переживає відчуття безрадісності, більше готова до соціальної взаємодії, має вищий рівень життестійкості, готова до ризиків, має вищі показники психічного та поведінкового здоров'я, менше схильна до зловживання алкоголем, підвищеного збудження, фізичних симптомів, труднощів із увагою та пам'яттю, а також більш готова до діяльності, вірить в те, що може впливати на своє життя та має вищий рівень благополуччя.

Четверта навичка регулювати увагу має значущі середні зв'язки з питанням з соціально-демографічного блоку "Наскільки добре ви відчуваєте своє тіло, наскільки ви в контакті зі своїм тілом?" (0,518,  $p < 0,01$ ), помірні з Активацією (-0,309,  $p < 0,01$ ), Благоплуччям (0,382,  $p < 0,01$ ) та слабкі з тривалістю робочого дня (-0,232,  $p < 0,05$ ), загальним показником МНАІ (-0,226,  $p < 0,05$ ), загальним показником MBHS-2 (-0,270,  $p < 0,01$ ), Когнітивними проблемами (-0,234,  $p < 0,05$ ), Деморалізацією (-0,257,  $p < 0,01$ ), Ангедонією (-0,219,  $p < 0,05$ ), Тривоною MBHS-2 (-0,284,  $p < 0,01$ ), Життестікістю (0,245,  $p < 0,01$ ), Контролем (0,203,  $p < 0,05$ ), Ризиком (0,240,  $p < 0,05$ ). Таким чином, якщо людина вміє регулювати увагу - вона вище оцінює ступінь контакту з власним тілом, менше схильна до гіперактивності, має краще психічне та поведінкове здоров'я, вище рівень благополуччя, менше складнощів із пам'яттю та увагою, відчуття нещастя та безвиході, тривоги, є більш життестійкою, готовою ризикувати, усвідомлюючи вплив своїх дій на власне життя. Це зумовлено тим, що керування увагою є дуже важливою навичкою не тільки у турботі про власне тіло та здоров'я, а й в структурі особистості та наполегливості, що впливає на активну позицію людини, її готовність діяти, ризикувати та брати відповідальність на себе, а відповідно відчувати вплив власних дій на життя.

П'ята навичка усвідомлювати емоції помірно корелює з питанням з соціально-демографічного блоку "Наскільки добре ви відчуваєте своє тіло, наскільки ви в контакті зі своїм тілом?" (0,368,  $p < 0,01$ ) та слабо з загальним

показником MBHS-2 (-0,226,  $p < 0,05$ ), Активацією (-0,223,  $p < 0,05$ ), Розслабленістю (-0,243,  $p < 0,01$ ), Контролем (0,238,  $p < 0,05$ ). Тож чим краще людина усвідомлює власні емоції - тим вище вона оцінює контакт із власним тілом, має краще поведінкове здоров'я, вірить у вплив її дій на життя, менше схильна до гіперактивності та проявів неконтрольованих імпульсивних дій.

Шоста навичка саморегулювання помірно корелює з питанням з соціально-демографічного блоку “Наскільки добре ви відчуваєте своє тіло, наскільки ви в контакті зі своїм тілом?” (0,445,  $p < 0,01$ ), Благополуччям (0,401,  $p < 0,01$ ), загальним показником MBHS-2 (-0,313,  $p < 0,01$ ), Деморалізацією (-0,327,  $p < 0,01$ ), Активацією (-0,322,  $p < 0,01$ ), Життестійкістю (0,365,  $p < 0,01$ ), Ризиком (0,347,  $p < 0,01$ ), Контролем (0,312,  $p < 0,01$ ), та слабко з загальним показником МНАІ (-0,219,  $p < 0,05$ ), Соматизацією (-0,200,  $p < 0,05$ ), Когнітивними проблемами (-0,234,  $p < 0,05$ ), Ангедонією (-0,292,  $p < 0,01$ ), Тривогою MBHS-2 (-0,263,  $p < 0,01$ ), Залученістю (0,277,  $p < 0,01$ ). Звичайно, людина, яка може усвідомити свій стан, обрати як реагувати та застосувати методи саморегулювання краще відчуває своє тіло, має вищий рівень благополуччя, краще поведінкове та психічне здоров'я, не схильна до перебільшення симптомів, не погіршує станом труднощі із увагою, не занурюється у стан безвиході, регулює і рівень енергії та активність, здатна зменшувати тривогу та є життестійкою, не боїться ризикувати та активно залучена до діяльності.

Сьома навичка прислухатися до тіла має такі результати кореляції: середня з питанням з соціально-демографічного блоку “Наскільки добре ви відчуваєте своє тіло, наскільки ви в контакті зі своїм тілом?” (0,554,  $p < 0,01$ ), помірна з Активацією (-0,320,  $p < 0,01$ ), Благополуччям (0,359,  $p < 0,01$ ) та слабка з загальним показником MBHS-2 (-0,270,  $p < 0,01$ ), Соматизацією (-0,207,  $p < 0,05$ ), Когнітивними проблемами (-0,253,  $p < 0,01$ ), Деморалізацією (-0,219,  $p < 0,05$ ), Ангедонією (-0,244,  $p < 0,01$ ), Тривогою MBHS-2 (-0,230,  $p < 0,05$ ), Життестійкістю (0,267,  $p < 0,01$ ), Залученістю (0,222,  $p < 0,05$ ), Контролем (0,267,  $p < 0,01$ ). Отже, розвинена навичка прислухатися до тіла свідчить про те, що

людина в кращому контакті з тілом, має вищий рівень благополуччя, життєстійкості та нижчі прояви показників психічного нездоров'я.

Восьма навичка довіряти має наступні кореляції: середні з суб'єктивною оцінкою "Наскільки добре ви відчуваєте своє тіло, наскільки ви в контакті зі своїм тілом?" (0,556,  $p < 0,01$ ), Деморалізація (-0,519,  $p < 0,01$ ), помірні з загальним показником МНАІ (-0,354,  $p < 0,01$ ), загальним показником MBHS-2 (-0,494,  $p < 0,01$ ), Соматизацією (-0,366,  $p < 0,01$ ), Когнітивними проблемами (-0,371,  $p < 0,01$ ), Ангедонією (-0,456,  $p < 0,01$ ), Тривогою MBHS-2 (-0,433,  $p < 0,01$ ), Активацією (-0,446,  $p < 0,01$ ), Зловживанням психоактивними речовинами (-0,319,  $p < 0,01$ ), Благополуччям (0,449,  $p < 0,01$ ), Життєстійкістю (0,443,  $p < 0,01$ ), Залученістю (0,310,  $p < 0,01$ ), Контролем (0,404,  $p < 0,01$ ), Ризиком (0,417,  $p < 0,01$ ) та слабкі зв'язки із тривалістю робочого дня (-0,246,  $p < 0,01$ ), Посттравматичним стресом (-0,249,  $p < 0,01$ ), Суїцидальними думками (-0,274,  $p < 0,01$ ), Депресією (-0,215,  $p < 0,05$ ), Суїцидальними прагненнями і думками (-0,249,  $p < 0,01$ ). Як зазначалось в першому розділі довіра до себе, до світу та оточуючих є компонентом психічного здоров'я та благополуччя. Якщо людина довіряє світові - вона менше схильна до тривоги, переживань та наслідків по'язаних з їх проживанням, таких як зазначені вище схильність до зловживання психоактивними речовинами, тривоги за здоров'я та перебільшення симптомів, суїцидальними думками, труднощами з увагою, гіперактивністю, нездатністю радіти та відчуттям безвиході. Тож розвинена навичка довіряти дозволяє людині бути більш рішучою, готовою до непередбачуваних обставин, усвідомлювати важливість своїх дій для змін у житті, а також мати вищий рівень благополуччя та загального психічного здоров'я.

Відмітимо, що простежується взаємозв'язок двох навичок на схожому рівні зі значущими за'язками з деякими показниками. Навичка не відволікатись (-0,437,  $p < 0,01$ ) та Навичка довіряти (-0,494,  $p < 0,01$ ) корелюють з MBHS-2, Навичка не відволікатись (-0,414,  $p < 0,01$ ) та Навичка довіряти (-0,456,  $p < 0,01$ ) з Ангедонією, Навичка не відволікатись (-0,405,  $p < 0,01$ ) та

Навичка довіряти (-0,446,  $p < 0,01$ ) з Активацією. Отже навичка не відволікатись є дуже близькою з навичкою довіряти і їх взаємозв'язок є схожим. Такий взаємозв'язок проявляється, наприклад, як результат медитативних практик. Практикуючи медитацію людина намагається не фокусуватись і не йти за жодною думкою, що спливає в голові, а залишатись осторонь, зберігаючи спокій і утримуючи увагу на тілі, тиші, на русі цих думок, але не занурюючись в жодну з них. Хоча медитація позиціонується в першу чергу як шлях до більшого спокою та рівноваги через оволодіння навичкою не відволікатись, часто можна помітити, що люди, які практикують медитацію, дійсно здатні більше покладатись на випадок, довіряти людям та світу, здатні слідувати за змінами та подіями у їх житті з більшою рішучістю та спокоєм.

Наступним кроком було розглянуто одинадцять регресійних моделей, де залежними змінними виступали: показники результатів опитувальників MBHS-2, МНАІ, Благополуччя за ВООЗ, короткої версії тесту життєстійкості та підшкали, такі як Тривога MBHS-2, Тривога МНАІ, Соматизація, Депресія, Деморалізація, Активація, Суїцидальні наміри, Посттравматичний стрес, Розслабленість, Вживання алкоголю, Досвід спроб, Інші фактори ризику, Безштрашність, Благополуччя, Життєстійкість, Залученість, Контроль, Прийняття ризику, а незалежними змінними були: перша субшкала “Тілесна усвідомленість”, друга субшкала “Реактивність автономної нервової системи (над діафрагмою)”, третя субшкала “Реактивність автономної нервової системи (під діафрагмою)”, 1 Підшкала Noticing (Навичка помічати), 2 Підшкала Not-Distracting (Навичка не відволікатися), 3 Підшкала Not-Worrying (Навичка не турбуватися), 4 Підшкала Attention Regulation (Навичка регулювати увагу), 5 Підшкала Emotional Awareness (Навичка усвідомлювати емоції), 6 Підшкала Self-Regulation (Навичка саморегулювання), 7 Підшкала Body Listening (Навичка прислухатися до тіла), 8 Підшкала Trusting (Навичка довіряти).

В ході першого регресійного аналізу із показником першої субшкали “Тілесна усвідомленість” було пояснено 37,7% дисперсії. Тобто перша субшкала Тілесна усвідомленість в цілому впливає на 37,7% показників психічного здоров’я і, очевидно, що психічне здоров’я залежить і від інших чинників.

Кореляційна модель пояснила 37,7% показників психічного здоров’я, серед яких перша субшкала Тілесна усвідомленість є чинником для Тривоги МНАІ на 25,2%, MBHS-2 на 9,4% і для показника Життестійкість - на 3,1% (таблиця 3.21).

Таблиця 3.21

### Результати першого регресійного аналізу із показником першої субшкали Тілесна усвідомленість

Сводка для модели									
Модель	N	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стд. ошибка оценки	Изменения статистик				
					Изменение R квадрат	изменения F	ст.св.1	ст.св.2	Знач. изменения F
1	,502 <sup>a</sup>	,252	,246	12,577	,252	37,803	1	112	,000
2	,588 <sup>b</sup>	,346	,334	11,815	,094	15,916	1	111	,000
3	,614 <sup>c</sup>	,377	,360	11,588	,031	5,394	1	110	,022
a. Предикторы: (конст) Тривога_МНАІ									
b. Предикторы: (конст) Тривога_МНАІ, MBHS									
c. Предикторы: (конст) Тривога_МНАІ, MBHS, життестійкість									

Тілесна усвідомленість впливає на поведінкове здоров’я за MBHS-2 на 9,4% з силою 0,533 - це середній зв’язок і він позитивний, тобто чим більша тілесна усвідомленість - тим вище показник поведінкового здоров’я MBHS-2, а відповідно рівень поведінкового здоров’я нижче. Кореляція тілесної усвідомленості із Тривоною МНАІ (0,381) є помірною, а з Життестійкістю (0,270) - слабкою, відповідно чим вище рівень тілесної усвідомленості - тим вище тривога та життестійкість (таблиця 3.22).

Таблиця 3.22

**Таблиця коефіцієнтів першого регресійного аналізу із показником першої субшкали “Тілесна усвідомленість”**

Коефициенты <sup>а</sup>								
Модель	Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты		t	Знач.	Статистики коллинеарности	
	B	Стд. Ошибка	Бета				Толерантность	КРД
1 (Константа)	58,212	1,451	&nbsp;		40,117	,000	&nbsp;	&nbsp;
Тривога_МНАІ	2,675	,435	,502		6,148	,000	1,000	1,000
2 (Константа)	49,415	2,592	&nbsp;		19,063	,000	&nbsp;	&nbsp;
Тривога_МНАІ	1,886	,454	,354		4,153	,000	,810	1,234
МВНС	,370	,093	,340		3,989	,000	,810	1,234
3 (Константа)	30,405	8,571	&nbsp;		3,547	,001	&nbsp;	&nbsp;
Тривога_МНАІ	2,029	,450	,381		4,514	,000	,795	1,258
МВНС	,580	,128	,533		4,522	,000	,407	2,454
життєстійкість	,529	,228	,270		2,322	,022	,418	2,392

а. Зависимая переменная: Тілесна усвідомленість

Далі було виконано другий регресійний аналіз для другої субшкали “Реактивність автономної нервової системи (над діафрагмою)”. Було з’ясовано, що друга субшкала “Реактивність автономної нервової системи (над діафрагмою)” впливає на інші показники, а саме: Тривога МВНС-2, Тривога МНАІ, Контроль, Когнітивні проблеми, Досвід спроб.

Ця модель пояснює 43,4% показників психічного здоров’я. Серед них друга субшкала “Реактивність автономної нервової системи (над діафрагмою)” є чинником для результатів Тривога МВНС-2 на 26,2%, для показника Тривога МНАІ на 4,6%, для показника Контролю на 4,3%, для Когнітивних проблем на 4,9% та для Досвіду спроб на 3,4% (таблиця 3.23).

Таблиця 3.23

**Результати другого регресійного аналізу для другої субшкали “Реактивність автономної нервової системи (над діафрагмою)”**

Сводка для модели									
Модель	N	R-квadrat	Скорректированный R-квadrat	Стд. ошибка оценки	Изменения статистик				
					Изменение R-квadrat	изменения F	ст.св.1	ст.св.2	Знач. изменения F
1	,512 <sup>a</sup>	,262	,256	6,854	,262	39,818	1	112	,000
2	,555 <sup>b</sup>	,308	,296	6,667	,046	7,373	1	111	,008
3	,593 <sup>c</sup>	,351	,334	6,486	,043	7,292	1	110	,008
4	,632 <sup>d</sup>	,400	,378	6,266	,049	8,839	1	109	,004
5	,659 <sup>e</sup>	,434	,408	6,115	,034	6,467	1	108	,012

а. Предикторы: (конст) Тривога\_МВНС2  
 б. Предикторы: (конст) Тривога\_МВНС2, Тривога\_МНАІ  
 в. Предикторы: (конст) Тривога\_МВНС2, Тривога\_МНАІ, контроль  
 г. Предикторы: (конст) Тривога\_МВНС2, Тривога\_МНАІ, контроль, Когнітивні проблеми  
 е. Предикторы: (конст) Тривога\_МВНС2, Тривога\_МНАІ, контроль, Когнітивні проблеми, Досвід спроб



Показники другої субшкали “Реактивність автономної нервової системи (над діафрагмою)” впливають на тривогу MBHS-2 на 26,2% з силою 0,554, що є середнім позитивним зв’язком: чим вище рівень реактивності автономної нервової системи (над діафрагмою) - тим вище рівень тривоги. Зв’язок із шкалою Контроль (0,368) є помірним, слабким для Тривоги МНАІ (0, 229) та Когнітивних проблем (0, 265), дуже слабким і в той же час зворотнім для Досвіду спроб (-0,185) (таблиця 3.24). Відповідно, з вищим рівнем реактивності автономної нервової системи зростає рівень контролю, тривоги, збільшується вірогідність труднощів із пам’ятю та концентрацією, однак пов’язано з нижчим рівнем спроб. Такі результати зумовлені тим, що друга субшкала “Реактивність автономної нервової системи (над діафрагмою)” складається з відповідей на питання 27-40, що стосуються координації дихання та вживання їжі, говоріння, серцебиття, вічуття їжі в ротовій порожнині, горла, сухості в роті, очей - реакцій тих частин тіла, що реагують інакше коли людина відчуває тривогу і не проявляють незвичних реакцій при високому рівні відчуття спокою та благополуччя.

Таблиця 3.24

**Таблиця коефіцієнтів другого регресійного аналізу для другої субшкали “Реактивність автономної нервової системи (над діафрагмою)”**

Модель	Нестандартизованые коэффициенты		Стандартизованые коэффициенты		t	Знач.	Статистики коллинеарности	
	B	Стд. Ошибка	Бета				Толерантность	KPD
1 (Константа)	15,489	1,599	&nbsp;		9,688	,000	&nbsp;	&nbsp;
Тривога_MBHS2	,170	,027		,512	6,310	,000	1,000	1,000
2 (Константа)	15,968	1,565	&nbsp;		10,203	,000	&nbsp;	&nbsp;
Тривога_MBHS2	,136	,029		,411	4,705	,000	,817	1,223
Тривога_MNAI	,693	,255		,237	2,715	,008	,817	1,223
3 (Константа)	5,542	4,150	&nbsp;		1,335	,185	&nbsp;	&nbsp;
Тривога_MBHS2	,204	,038		,614	5,411	,000	,458	2,182
Тривога_MNAI	,747	,249		,256	2,999	,003	,812	1,231
контроль	,791	,293		,296	2,700	,008	,490	2,041
4 (Константа)	,712	4,326	&nbsp;		,165	,870	&nbsp;	&nbsp;
Тривога_MBHS2	,177	,037		,535	4,744	,000	,433	2,310
Тривога_MNAI	,667	,242		,228	2,754	,007	,802	1,247
контроль	,980	,290		,367	3,378	,001	,466	2,144
Когнітивні проблеми	,097	,033		,268	2,973	,004	,678	1,475
5 (Константа)	8,615	5,242	&nbsp;		1,643	,103	&nbsp;	&nbsp;
Тривога_MBHS2	,184	,037		,554	5,023	,000	,431	2,321
Тривога_MNAI	,668	,236		,229	2,828	,006	,802	1,247
контроль	,984	,283		,368	3,474	,001	,466	2,144
Когнітивні проблеми	,096	,032		,265	3,013	,003	,678	1,476
Досвід спроб	-7,949	3,126		-,185	-2,543	,012	,992	1,009

а. Зависимая переменная: Реактивность автономной нервной системы (над диафрагмой)

Наступним було проведено третій регресійний аналіз для третьої субшкали “Реактивність автономної нервової системи (під діафрагмою)”. Цією кореляційною моделлю пояснюється 31,8% показників психічного здоров’я. Третя субшкала “Реактивність автономної нервової системи (під діафрагмою)” є чинником для результатів Тривоги МНАІ на 13,4%, для показника Зловживання психоактивними речовинами на 6,1%, для показника Соматизації - 5,7%, Залученість - 4% , Досвід спроб - 2,7% (таблиця 3.25).

Зазначимо, що у двох попередніх регресійних аналізах з показником першої субшкали “тілесної усвідомленості” та другої субшкали реактивність автономної нервової системи (над діафрагмою)” не відображався вплив на Зловживання психоактивними речовинами, Соматизацію та Залученість. Як зазначалось у порівняльному аналізі, це пов’язано із тим, що питання блоку третьої субшкали стосуються травної системи та дискомфортом, який, з’являючись в органах травлення при збільшенні соматизації провокує тривогу. Людина, не розбираючись сильно що за дискомфорт і чого з’явилась важкість переживань, зазвичай обирає швидше позбутись цього дискомфорту та тривоги, однак найчастіше вдається до найдоступніших, звичних деструктивних стратегій, таких як вживання алкоголю та психоактивних речовин.

Таблиця 3.25

### Результати третього регресійного аналізу для третьої субшкали “Реактивність автономної нервової системи (під діафрагмою)”

Сводка для модели									
Модель	N	R-квadrat	Скорректированный R-квadrat	Стд. ошибка оценки	Изменения статистик				
					Изменение R-квadrat	изменения F	ст.св.1	ст.св.2	Знч. изменения F
1	,365 <sup>a</sup>	,134	,126	3,727	,134	17,258	1	112	,000
2	,441 <sup>b</sup>	,195	,180	3,609	,061	8,444	1	111	,004
3	,502 <sup>c</sup>	,252	,231	3,495	,057	8,371	1	110	,005
4	,540 <sup>d</sup>	,292	,266	3,416	,040	6,162	1	109	,015
5	,564 <sup>e</sup>	,318	,287	3,366	,027	4,235	1	108	,042
a. Предикторы: (конст) Тривога_МНАІ									
b. Предикторы: (конст) Тривога_МНАІ, Зловживання психоактивними речовинами									
c. Предикторы: (конст) Тривога_МНАІ, Зловживання психоактивними речовинами , Соматизація									
d. Предикторы: (конст) Тривога_МНАІ, Зловживання психоактивними речовинами , Соматизація, залученість									
e. Предикторы: (конст) Тривога_МНАІ, Зловживання психоактивними речовинами , Соматизація, залученість, Досвід спроб									

Показники третьої субшкали “Реактивність автономної нервової системи (під діафрагмою)” впливають на Зловживання психоактивними речовинами з силою 0,318 та на Соматизацію з силою 0,373, що є помірними позитивними зв’язками. Кореляції для тривоги МНАІ (0,228), Залученості (0,223) є позитивними і слабкими, для Досвіду спроб (-0,168) кореляція є негативною і слабкою (таблиця 3.26).

Таблиця 3.26

**Таблиця коефіцієнтів третього регресійного аналізу для третьої субшкали “Реактивність автономної нервової системи (під діафрагмою)”**

Коефициенты <sup>a</sup>								
Модель	Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты		t	Знач.	Статистики коллинеарности	
	B	Стд. Ошибка	Бета				Толерантность	КРД
1 (Константа)	10,887				25,320	,000		
Тривога_МНАІ	,536	,129		,365	4,154	,000	1,000	1,000
2 (Константа)	9,112	,739			12,328	,000		
Тривога_МНАІ	,462	,127		,315	3,626	,000	,960	1,041
Зловживання психоактивними речовинами	,036	,012		,253	2,906	,004	,960	1,041
3 (Константа)	7,531	,901			8,361	,000		
Тривога_МНАІ	,315	,133		,215	2,364	,020	,822	1,217
Зловживання психоактивними речовинами	,037	,012		,267	3,162	,002	,957	1,045
Соматизація	,043	,015		,258	2,893	,005	,855	1,169
4 (Константа)	3,436	1,870			1,838	,069		
Тривога_МНАІ	,349	,131		,238	2,663	,009	,813	1,230
Зловживання психоактивними речовинами	,041	,012		,289	3,489	,001	,946	1,057
Соматизація	,057	,016		,345	3,673	,000	,736	1,359
залученість	,380	,153		,225	2,482	,015	,793	1,261
5 (Константа)	6,827	2,472			2,762	,007		
Тривога_МНАІ	,334	,129		,228	2,580	,011	,810	1,234
Зловживання психоактивними речовинами	,045	,012		,318	3,839	,000	,918	1,089
Соматизація	,062	,016		,373	3,990	,000	,720	1,389
залученість	,377	,151		,223	2,500	,014	,793	1,261
Досвід спроб	-3,623	1,761		-,168	-2,058	,042	,947	1,056

a. Зависимая переменная: Реактивность автономной нервной системы (под диафрагмой)

За результатами четвертого регресійного аналізу субшкала Навичка помічати є чинником для показника Життестійкості на 11,3% (таблиця 3.27).

Таблиця 3.27

**Результати четвертого регресійного аналізу для субшкали Навичка помічати**

Сводка для модели										
Модель	N	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стд. ошибка оценки	Изменения статистик					
					Изменение R-квадрат	изменения F	ст.св.1	ст.св.2	Знач. изменения F	
1		,336 <sup>a</sup>	,113	,105	,99690	,113	14,221	1	112	,000

a. Предикторы: (конст) життестійкість

Субшкала Навичка помічати впливає на показник Життестійкості з силою 0,336, що є помірним позитивним зв’язком (таблиця 3.28).

Таблиця 3.28

**Таблиця коефіцієнтів четвертого регресійного аналізу для субшкали  
Навичка помічати**

Коефіцієнти <sup>a</sup>							
Модель	Нестандартизованые коэффициенты		Стандартизованые коэффициенты	t	Знач.	Статистики коллинеарности	
	B	Стд. Ошибка	Бета			Толерантность	КРД
1 (Константа)	2,055	,322	&nbsp;	6,384	,000	&nbsp;	&nbsp;
життєстійкість	,048	,013	,336	3,771	,000	1,000	1,000

а. Зависимая переменная: нав\_помічати

Життєстійкість допомагає людині помічати важливі, значущі та сприятливі аспекти та події, що дозволяє вибудовувати сенси, отже це можливо завдяки розвиненій навичці помічати.

П'ятою кореляційною моделлю пояснюється 27,2% показників психічного здоров'я. Субшкала Навичка не відволікатися є чинником для результатів тривоги MBHS-2 на 24,3%, для показника Досвід спроб на 2,9% (таблиця 3.29).

Таблиця 3.29

**Результати п'ятого регресійного аналізу для субшкали Навичка не  
відволікатися**

Сводка для модели										
Модель	N	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стд. ошибка оценки	Изменения статистик					
					Изменение R квадрат	изменения F	ст.св.1	ст.св.2	Знач. изменения F	
1		,493 <sup>a</sup>	,243	,237	,80498	,243	36,031	1	112	,000
2		,521 <sup>b</sup>	,272	,259	,79321	,029	4,350	1	111	,039

а. Предикторы: (конст) Тривога\_MBHS2  
б. Предикторы: (конст) Тривога\_MBHS2, Досвід спроб

Показники субшкали Навичка не відволікатись впливають на тривогу MBHS-2 на 24,3% з силою (-0,509), що є середнім зворотнім зв'язком, а на досвід спроб на 2,9% з силою (0,170), що є слабким позитивним зв'язком (таблиця 3.30). Отже, людина з розвиненою навичкою не відволікатись може свідомо не відволікатися на тригерні події, що провокують тривожність, застосовувати методи саморегуляції та тим самим зменшувати рівень тривоги, а як наслідок знижувати прагнення до суїциду та кількість спроб.

Таблиця 3.30

**Таблиця коефіцієнтів п'ятого регресійного аналізу для субшкали  
Навичка не відволікатися**

Коефициенты <sup>a</sup>								
Модель	Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты		t	Знач.	Статистики коллинеарности	
	B	Стд. Ошибка	Бета				Толерантность	KPD
1 (Константа)	3,605	,188	&nbsp;		19,202	,000	&nbsp;	&nbsp;
Тривога_MBHS2	-,019	,003			-,493	-6,003	,000	1,000
2 (Константа)	2,762	,445	&nbsp;		6,213	,000	&nbsp;	&nbsp;
Тривога_MBHS2	-,020	,003			-,509	-6,256	,000	,992
Досвід спроб	,846	,405			,170	2,086	,039	,992

a. Зависимая переменная: нав\_не\_відволік

У шостій кореляційній моделі відображається вплив Навички не турбуватися на показники психічного здоров'я на 26%, з них на Тривогу MBHS -2 на 14,7%, на Безстрашність на 5,8%, на Зловживання алкоголю - на 5,5% (таблиця 3.31).

Таблиця 3.31

**Результати шостого регресійного аналізу для субшкали Навичка не  
турбуватися**

Сводка для модели									
Модель	N	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стд. ошибка оценки	Изменения статистик				
					Изменение R квадрат	изменения F	ст.св.1	ст.св.2	Знач. изменения F
1	,383 <sup>a</sup>	,147	,139	,94973	,147	19,278	1	112	,000
2	,453 <sup>b</sup>	,205	,191	,92080	,058	8,148	1	111	,005
3	,510 <sup>c</sup>	,260	,240	,89264	,055	8,114	1	110	,005

a. Предикторы: (конст) Тривога\_MBHS2  
b. Предикторы: (конст) Тривога\_MBHS2, Безстрашність  
c. Предикторы: (конст) Тривога\_MBHS2, Безстрашність, Вживання алкоголю

Навичка не турбуватись впливає на Тривогу MBHS -2 на 14,7% з силою (-0,341) - це зворотній помірний зв'язок. Безстрашність на 5,8% з силою (0,250), на Зловживання алкоголю - на 5,5% з силою (-0,236) (таблиця 3.32). Переживання і тривога є чинниками для багатьох проявів психічного нездоров'я, тож чим вище розвинена навичка не турбуватися - тим менше людина тривожиться, а відповідно і менше страхів та вище безстрашність, а, зважаючи на висновок з третього регресійного аналізу, також нижче схильність до вживання алкоголю, а в результаті - вище рівень психічного здоров'я загалом.

Таблиця 3.32

**Таблиця коефіцієнтів шостого регресійного аналізу для субшкали  
Навичка не турбуватися**

Кoeffициенты <sup>a</sup>								
Модель	Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты		t	Знач.	Статистики коллинеарности	
	B	Стд. Ошибка	Бета				Толерантность	KPD
1 (Константа)	2,952	,222	&nbsp;		13,327	,000	&nbsp;	&nbsp;
Тривога_МВНС2	-,016	,004		-,383	-4,391	,000	1,000	1,000
2 (Константа)	2,380	,294	&nbsp;		8,100	,000	&nbsp;	&nbsp;
Тривога_МВНС2	-,016	,004		-,375	-4,432	,000	,999	1,001
Безстрашність	,256	,090		,242	2,855	,005	,999	1,001
3 (Константа)	2,459	,286	&nbsp;		8,593	,000	&nbsp;	&nbsp;
Тривога_МВНС2	-,015	,004		-,341	-4,107	,000	,978	1,023
Безстрашність	,264	,087		,250	3,042	,003	,998	1,002
Вживання алкоголю	-,065	,023		-,236	-2,848	,005	,978	1,023

a. Зависимая переменная: нав\_не\_турбув

У ході сьомого регресійного аналізу було пояснено 31,3% дисперсії. Тобто субшкала Навичка регулювати увагу в цілому впливає на 31,3% показників психічного здоров'я серед яких Благополуччя ( на 18,1%), Депресія (на 4,9%), Активізація (5,6%), Суїцидальні наміри (2,6%) (таблиця 3.33).

Таблиця 3.33

**Результати сьомого регресійного аналізу для субшкали Навичка  
регулювати увагу**

Сводка для модели									
Модель	N	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стд. ошибка оценки	Изменения статистик				
					Изменение R квадрат	изменения F	ст.св.1	ст.св.2	Знач. изменения F
1	,425 <sup>a</sup>	,181	,174	,92505	,181	24,735	1	112	,000
2	,480 <sup>b</sup>	,230	,216	,90072	,049	7,131	1	111	,009
3	,535 <sup>c</sup>	,286	,267	,87122	,056	8,645	1	110	,004
4	,559 <sup>d</sup>	,313	,288	,85889	,026	4,181	1	109	,043

a. Предикторы: (конст) благополуч

b. Предикторы: (конст) благополуч, Депресія

c. Предикторы: (конст) благополуч, Депресія, Активізація

d. Предикторы: (конст) благополуч, Депресія, Активізація, Суїцидальні наміри

Показники субшкали Навичка регулювати увагу прямо впливають на Благополуччя на 18,1% з силою 0,521 із середнім зв'язком, Депресія на 4,9% з силою 0,298, Суїцидальні наміри на 2,6% з силою 0,173, та зворотно на показник Активізація на 5,6% з слабкою силою (0,284) (таблиця 3.34). Розвинена навичка регулювати увагу дозволяє свідомо обирати об'єкт та ступінь присвяченої уваги, а відповідно, при направленні уваги на приємні речі, зберігати вищий рівень благополуччя, однак у випадку концентрації уваги на несприятливих новинах чи подіях - може сприяти підвищенню

чинників депресії, підвищення психічної та фізичної активності, як наслідок - суїцидальних намірів.

Таблиця 3.34

**Таблиця коефіцієнтів сьомого регресійного аналізу для субшкали  
Навичка регулювати увагу**

Модель		Коефіцієнти <sup>a</sup>						
		Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты		Статистики коллинеарности		
		B	Стд. Ошибка	Бета	t	Знач.	Толерантность	KPD
1	(Константа)	1,932	,214	&nbsp;	9,041	,000	&nbsp;	&nbsp;
	благополуч	,022	,004		,425	4,973	1,000	1,000
2	(Константа)	1,219	,339	&nbsp;	3,599	,000	&nbsp;	&nbsp;
	благополуч	,030	,005		,591	5,692	,644	1,553
	Депресія	,054	,020		,277	2,670	,644	1,553
3	(Константа)	1,923	,406	&nbsp;	4,739	,000	&nbsp;	&nbsp;
	благополуч	,027	,005		,524	5,086	,612	1,633
	Депресія	,069	,020		,350	3,384	,607	1,647
	Активация	-,010	,003		-,268	-2,940	,782	1,279
4	(Константа)	1,975	,401	&nbsp;	4,929	,000	&nbsp;	&nbsp;
	благополуч	,028	,005		,521	5,138	,612	1,633
	Депресія	,058	,021		,298	2,834	,571	1,750
	Активация	-,011	,003		-,284	-3,152	,776	1,289
	Суїцидальні наміри	,475	,232		,173	2,045	,043	1,135

a. Зависимая переменная: нав\_увага

З восьмої регресійної моделі робимо висновок про вплив Навички усвідомлювати емоції на психічне здоров'я на 24,8%, з яких на Розслабленість на 11%, на Благополуччя на 4,1%, на Посттравматичний стрес на 5% та на Контроль на 4,8% (таблиця 3.35).

Таблиця 3.35

**Результати восьмого регресійного аналізу для субшкали Навичка усвідомлювати емоції**

Сводка для модели									
Модель	N	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стд. ошибка оценки	Изменения статистик				
					Изменение R-квадрат	изменения F	ст.св.1	ст.св.2	Знач. изменения F
1	,331 <sup>a</sup>	,110	,102	1.09924	,110	13,786	1	112	,000
2	,388 <sup>b</sup>	,150	,135	1.07867	,041	5,313	1	111	,023
3	,448 <sup>c</sup>	,201	,179	1.05099	,050	6,923	1	110	,010
4	,498 <sup>d</sup>	,248	,221	1.02376	,048	6,929	1	109	,010

a. Предикторы: (конст) Розслабленість  
b. Предикторы: (конст) Розслабленість, благополуч  
c. Предикторы: (конст) Розслабленість, благополуч, Посттравматичний стрес  
d. Предикторы: (конст) Розслабленість, благополуч, Посттравматичний стрес, контроль

Навичка усвідомлювати емоції забезпечує Розслабленість на 11% з силою (-0,372), Благополуччя на 4,1% з силою (0,322), Посттравматичний стрес на 5% з силою (0,445) та відчуття Контролю на 4,8% з силою (0,291) (таблиця 3.36).

**Таблиця коефіцієнтів восьмого регресійного аналізу для субшкали  
Навичка усвідомлювати емоції**

Модель		Коефіцієнти <sup>а</sup>				t	Знач.	Статистики коллинеарності	
		Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты				Толерантность	КРД
		B	Стд. Ошибка	Бета					
1	(Константа)	4,248	,196			21,653	,000		
	Розслабленість	-,015	,004		-,331	-3,713	,000	1,000	1,000
2	(Константа)	3,686	,311			11,865	,000		
	Розслабленість	-,014	,004		-,313	-3,557	,001	,992	1,008
	благополуч	,012	,005		,203	2,305	,023	,992	1,008
3	(Константа)	2,919	,420			6,945	,000		
	Розслабленість	-,017	,004		-,377	-4,235	,000	,916	1,092
	благополуч	,022	,006		,383	3,492	,001	,603	1,659
	Посттравматичний стрес	,042	,016		,299	2,631	,010	,563	1,776
4	(Константа)	1,912	,560			3,412	,001		
	Розслабленість	-,017	,004		-,372	-4,281	,000	,916	1,092
	благополуч	,019	,006		,322	2,940	,004	,575	1,738
	Посттравматичний стрес	,063	,018		,445	3,593	,000	,450	2,220
	контроль	,113	,043		,291	2,632	,010	,565	1,769

а. Зависимая переменная: нав\_емоції

Усвідомлення емоцій дозволяє обирати стратегію реагування та дій, що дозволяє контролювати і свої емоції і формат взаємодії далі, і розвиток подій в результаті, тобто зниження розслабленості як прояву неконтрольованої імпульсивної поведінки. В той же час надто контролюючи емоції людина може утримувати багато напруги, не вмюючи або не маючи змоги прожити важкі переживання і таким чином бути більш схильною до посттравматичного стресу. Таким чином можна сказати, що усвідомлюючи і контролюючи емоції людина контролює своє життя. Як зазначалось у теоретичній частині, велику роль при першій психологічній допомозі, кризовому консультуванні та в тілесно-орієнтованх підходах відіграє дихання, увага до дихання, розвиток навчок управління диханням та саморегляції задля розвитку уміння проживати емоції та стани, не утримуючи їх та, таким чином, мінімізуючи наслідки стресу.

Дев'ята модель демонструє вплив Навички саморегулювання на психічне здоров'я на 32%, з яких на Благополуччя на 18,7%, на Депресію на 6,9%, на загальний показник поведінкового здоров'я MBHS-2 на 6,4% (таблиця 3.37).



Таблиця 3.37

### Результати дев'ятого регресійного аналізу для субшкали Навичка саморегулювання

Сводка для модели									
Модель	N	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стд. ошибка оценки	Изменения статистик				
					Изменение R квадрат	изменения F	ст.св.1	ст.св.2	Знач. изменения F
1	,432 <sup>a</sup>	,187	,180	1.01411	,187	25,739	1	112	,000
2	,506 <sup>b</sup>	,256	,242	.97453	,069	10,282	1	111	,002
3	,565 <sup>c</sup>	,320	,301	.93593	,064	10,347	1	110	,002
а. Предикторы: (конст) благополуч									
b. Предикторы: (конст) благополуч, Депресія									
c. Предикторы: (конст) благополуч, Депресія, MBHS									

Навичка саморегулювання забезпечує Благополуччя на 18,7% з середнім зв'язком силою (0,518), Депресію на 6,9% з помірним зв'язком силою (0,493), на показник MBHS-2 на 6,4% з силою (-0,354) (таблиця 3.38).

Таблиця 3.38

### Таблиця коефіцієнтів дев'ятого регресійного аналізу для субшкали Навичка саморегулювання

Коефициенты <sup>a</sup>								
Модель	Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты		t	Знач.	Статистики коллинеарности	
	B	Стд. Ошибка	Бета				Толерантность	КРД
1 (Константа)	1,951	,234	&nbsp;		8,326	,000	&nbsp;	&nbsp;
	благополуч	,024	,005	,432	5,073	,000	1,000	1,000
2 (Константа)	1,024	,366	&nbsp;		2,794	,006	&nbsp;	&nbsp;
	благополуч	,035	,006	,628	6,150	,000	,644	1,553
	Депресія	,071	,022	,327	3,207	,002	,644	1,553
3 (Константа)	1,907	,446	&nbsp;		4,273	,000	&nbsp;	&nbsp;
	благополуч	,029	,006	,518	4,998	,000	,575	1,739
	Депресія	,106	,024	,493	4,454	,000	,504	1,985
	MBHS	-,030	,009	-,354	-3,217	,002	,511	1,957

а. Зависимая переменная: нав\_саморег

Знання та навички застосування методів саморегулювання дозволяє зменшити схильність до проявів депресії та психічного нездоров'я, підвищуючи рівень благополуччя, однак у випадку застосування саморегуляції при утриманні переживань може зростати рівень вираженості депресії.

За результатами десятої кореляційної моделі Навичка прислухатися до тіла впливає на психічне здоров'я на 27,3%, з яких на Благополуччя за опитувальником ВООЗ на 16,9% з середнім зв'язком (0,529), на

Посттравматичний стрес на 4,1% з помірним зв'язком (0,383), на Активацію на 6,3% зі зворотнім зв'язком (-0,295) (таблиця 3.39), (таблиця 3.40).

Таблиця 3.39

### Результати десятого регресійного аналізу для субшкали Навичка прислухатися до тіла

Сводка для модели									
Модель	N	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стд. ошибка оценки	Изменения статистик				
					Изменение R-квадрат	изменения F	ст.св.1	ст.св.2	Знач. изменения F
1	,411 <sup>a</sup>	,169	,162	1.13874	,169	22,828	1	112	,000
2	,459 <sup>b</sup>	,210	,196	1.11533	,041	5,750	1	111	,018
3	,523 <sup>c</sup>	,273	,253	1.07477	,063	9,537	1	110	,003
а. Предикторы: (конст) вооз									
б. Предикторы: (конст) вооз, Посттравматичний стрес									
в. Предикторы: (конст) вооз, Посттравматичний стрес, Активация									

Таблиця 3.40

### Таблиця коефіцієнтів десятого регресійного аналізу для субшкали Навичка прислухатися до тіла

Коефициенты <sup>a</sup>									
Модель	Нестандартизованные коэффициенты			t	Знач.	Статистики коллинеарности			
	B	Стд. Ошибка	Бета			Толерантность	КРД		
1 (Константа)	1,547	,263	&nbsp;	5,880	,000	&nbsp;	&nbsp;		
вооз	,102	,021	,411	4,778	,000	1,000	1,000		
2 (Константа)	,707	,435	&nbsp;	1,626	,107	&nbsp;	&nbsp;		
вооз	,142	,027	,573	5,307	,000	,609	1,641		
Посттравматичний стрес	,039	,016	,259	2,398	,018	,609	1,641		
3 (Константа)	1,507	,493	&nbsp;	3,058	,003	&nbsp;	&nbsp;		
вооз	,131	,026	,529	5,032	,000	,598	1,672		
Посттравматичний стрес	,058	,017	,383	3,433	,001	,531	1,885		
Активация	-,014	,004	-,295	-3,088	,003	,722	1,385		
а. Зависимая переменная: нав_до_тіла									

Чим більш розвинена навичка прислухатися до тіла, тим вище рівень благополуччя, можливі сильніші прояви посттравматичного стресу, менша вірогідність гіперактивності.

За результатами одинадцятої кореляційної моделі Навичка довіряти впливає на психічне здоров'я на 46,3%, з яких на Деморалізацію на 26,9% з помірним зворотнім зв'язком (-0,350), на Безстрашність на 6,3% зі слабким зв'язком (0,208), на Суїцидальні наміри на 4,2% зі слабким зв'язком (0,206) на Інші фактори ризику на 3,7% зі слабким зворотнім зв'язком (-0,282), на

Благополуччя на 3,1% слабким зв'язком (0,296), на Депресію на 2,1% зі слабким зв'язком (0,205) (таблиця 3.41), (таблиця 3.42).

Таблиця 3.41

### Результати одинадцятого регресійного аналізу для субшкали Навичка довіряти

Сводка для модели									
Модель	N	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стд. ошибка оценки	Изменения статистик				
					Изменение R-квадрат	изменения F	ст.св.1	ст.св.2	Знч. изменения F
1	,518 <sup>a</sup>	,269	,262	1.00540	,269	41,167	1	112	,000
2	,576 <sup>b</sup>	,331	,319	,96579	,063	10,376	1	111	,002
3	,611 <sup>c</sup>	,373	,356	,93951	,042	7,296	1	110	,008
4	,640 <sup>d</sup>	,410	,389	,91533	,037	6,890	1	109	,010
5	,665 <sup>e</sup>	,442	,416	,89468	,031	6,088	1	108	,015
6	,680 <sup>f</sup>	,463	,433	,88165	,021	4,216	1	107	,042

a. Предикторы: (конст) Деморалізація  
b. Предикторы: (конст) Деморалізація, Безстрашність  
c. Предикторы: (конст) Деморалізація, Безстрашність, Суїцидальні наміри  
d. Предикторы: (конст) Деморалізація, Безстрашність, Суїцидальні наміри, Інші фактори ризику  
e. Предикторы: (конст) Деморалізація, Безстрашність, Суїцидальні наміри, Інші фактори ризику, благополуч  
f. Предикторы: (конст) Деморалізація, Безстрашність, Суїцидальні наміри, Інші фактори ризику, благополуч, Депресія

Таблиця 3.42

### Таблиця коефіцієнтів одинадцятого регресійного аналізу для субшкали Навичка довіряти

Коефициенты <sup>a</sup>								
Модель	Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты		t	Знч.	Статистики коллинеарности	
	B	Стд. Ошибка	Бета				Толерантность	KPD
1 (Константа)	4,809	,198	&nbsp;	&nbsp;	24,320	,000	&nbsp;	&nbsp;
Деморалізація	-,021	,003		-,518	-6,416	,000	1,000	1,000
2 (Константа)	4,233	,261	&nbsp;	&nbsp;	16,232	,000	&nbsp;	&nbsp;
Деморалізація	-,023	,003		-,559	-7,113	,000	,974	1,027
Безстрашність	,306	,095		,253	3,221	,002	,974	1,027
3 (Константа)	4,358	,258	&nbsp;	&nbsp;	16,899	,000	&nbsp;	&nbsp;
Деморалізація	-,025	,003		-,613	-7,757	,000	,912	1,097
Безстрашність	,267	,094		,221	2,847	,005	,950	1,053
Суїцидальні наміри	,679	,251		,215	2,701	,008	,901	1,110
4 (Константа)	4,667	,278	&nbsp;	&nbsp;	16,817	,000	&nbsp;	&nbsp;
Деморалізація	-,017	,004		-,414	-3,824	,000	,462	2,165
Безстрашність	,290	,092		,240	3,162	,002	,941	1,063
Суїцидальні наміри	,711	,245		,225	2,902	,004	,899	1,113
Інші фактори ризику	-,391	,149		-,283	-2,625	,010	,466	2,146
5 (Константа)	3,821	,437	&nbsp;	&nbsp;	8,738	,000	&nbsp;	&nbsp;
Деморалізація	-,011	,005		-,268	-2,212	,029	,352	2,841
Безстрашність	,259	,091		,214	2,862	,005	,923	1,083
Суїцидальні наміри	,752	,240		,238	3,131	,002	,895	1,118
Інші фактори ризику	-,395	,146		-,286	-2,713	,008	,466	2,147
благополуч	,013	,005		,229	2,467	,015	,598	1,673
6 (Константа)	3,556	,450	&nbsp;	&nbsp;	7,903	,000	&nbsp;	&nbsp;
Деморалізація	-,014	,005		-,350	-2,781	,006	,316	3,161
Безстрашність	,251	,089		,208	2,816	,006	,921	1,085
Суїцидальні наміри	,651	,242		,206	2,696	,008	,858	1,165
Інші фактори ризику	-,390	,144		-,282	-2,713	,008	,466	2,148
благополуч	,017	,006		,296	3,043	,003	,532	1,879
Депресія	,046	,022		,205	2,053	,042	,505	1,980

a. Зависимая переменная: нав довіра

Тобто навичка довіряти сприяє зниженню рівня незадоволеності, нещастя, страждання, може сприяти підвищенню рівня безстрашності та суїцидальним намірам, а також депресії та рівню благополуччя.

Підсумовуюючи можемо сказати, що чим вище рівень тілесної усвідомленості - тим сильніші прояви психічного нездоров'я, однак більш розвинені навички тілесної усвідомленості дозволяють із ними справлятися і тим самим забезпечують вищий рівень психічного здоров'я.

### **3.2. Рекомендації щодо оволодіння навичками тілесної усвідомленості задля підвищення рівня психічного здоров'я**

Як зазначалось у першому розділі важливу роль у збереженні психічного здоров'я відіграє психогігієна та охорона освітнього процесу на всіх етапах: освіти в садочку, в школі, в навчальних закладах вищої освіти, а також у всіх інших форматах додаткової освіти. В подальшому - психогігієна та охорона праці. На сьогодні у сучасних компаніях в рамках таких заходів все більше шириться культура турботи про розвиток та ментальне здоров'я співробітників через забезпечення психолога у штаті, оплату консультацій з психологом за рахунок компанії, організацію різних заходів для відпочинку, подорожей, навчання всіма колегами разом, що покликано сприяти гармонійній асмосфері між колегами та налагодженню комунікації. Серед форматів заходів мають місце групові тренінги, психоедукація в різних формах, іноді включаючи майстер-класи з виготовлення чогось простого руками, або у форматі виїздних тренінгів, де буде місце для відпочинку у форматі, який кожен собі обере, без примусу знаходитись усім постійно поряд. Задачею таких тренінгів є тімбілдінг, психоедукація, сприяння опануванню нових навичок комунікації, саморегуляції, уваги до своїх відчуттів, сприяння появі нових способів мислення, застосування методів самооцінки тощо.

Однак, відповідальність за фізичне та психічне здоров'я залишається задачею самої людини і залежить від її рішень. Отже, мати доступні послуги та опції на роботі - чудово, однак важливо потурбуватись і самостійно, тим більше, що іноді є бажання все таки розмежувати і залишити піклування про

своє ментальне здоров'я поза робочою атмосферою. Окрім важливості організації турботи про себе, що включає налагодження ритму життя, сну, харчування, фізичної активності, режиму та різноманітності відпочинку, пошук гоббі, сприятливого кола спілкування та інших аспектів, важливо знайти психолога чи психотерапевта, в залежності від запиту, з яким людина зможе розкритись, відчувати себе в безпеці, прийнятою та підтриманою. Окрім особистої психотерапії існують різні формати групової терапії, які іноді можуть не мати тематики, а можуть мати задану тему, наприклад стосунки, турбота про себе, проявленість, кар'єра, ритми та цикли життя, групи з особливою увагою до тілесних практик тощо.

У груповій роботі важливо потурбуватися про безпеку учасників та не нехтувати організацією процесу знайомства, шерінгу, співналаштування та формування безпеки та правил групи, які включають в себе конфіденційність, безоціночність, відсутність інтерпретацій процесів іншого та висловлення порад без запиту, форма висловлювань від власного імені та про свої почуття тощо. Також у більшості занять на початку відводиться час на розминку та розігрів усіх частин тіла та суглобів, а також дихальних вправ. Завершувати важливо виділивши час на релаксацію, рефлексію для закріплення набутого досвіду та забезпечення більш плавного переходу до інших процесів та повернення до соціуму поза групою, а також заключною частиною прощання, що за бажанням учасників групи може включати короткий шерінг щодо усвідомлень та почуттів.

У теоретичній частині вже згадувалось, що багато програм реабілітації та вправ у терапії посттравматичного стресового розладу, розладів харчової поведінки, тривожних розладів та інших направлені на підвищення усвідомленості тілесних процесів та опанування навичок саморегуляції: навички помічати, не відволікатися, не турбуватися, регулювати увагу, усвідомлювати та контролювати (але не придушувати) емоції, дослухатись до тіла, довіряти тощо. Окрім саморефлексії, роботи з психологом, психотерапевтом чи іншим спеціалістом процесам усвідомлення сприяють

тілесні вправи на розслаблення та увагу до тіла і дихання, такі як плавні види йоги, масажи, шавасана (заняття проходить в одній позі з йоги, а саме лежачи на спині, зазвичай протягом години, під час якої увага по чергово направляється в кожну частину тіла з метою рохслаблення) та інші.

Перед застосуванням будь-яких методів, інструментів, тренінгів або групових робіт важливо оцінити та врахувати можливі ризики, пов'язані з ними, проконсультуватись із психологом, психотерапевтом та лікарем, якщо очікується тілесна робота, що може задіяти органи та зони, що зазнали травм чи є вразливими. Враховуючи ризики, протипоказання та обираючи метод, що був рекомендований людиною, якій ви довіряєте і вона поділилась позитивними відгуками, не забувати про індивідуальні особилвости та той факт, що універсального методу, який би допомагав та діяв однаково для всіх - не існує. Також, важливо завжди дослухатись до себе та пам'ятати, що можна зупинитись в будь-який момент, якщо з'являється відчуття, що може бути нанесена шкода вашому фізичному або ментальному здоров'ю.

Навіть якщо розглядати медитації як найбільш поширений, доступний метод, що не вимагає особливих умов та підготовки. Зараз доступна широка кількість різних медитацій, що з одного боку надає простір для вибору та можливість підібрати підходящий ритм, голос, структуру медитації, орієнтуватись на відчуття в процесі, безпечність формулювань, що не провокують дискомфорт або негативні враження та думки, а також на наявність задовільного результату - спокійного стану після практики. Однак, з іншого боку може нести загрозу, наприклад, коли медитацію було записано не кваліфікованим спеціалістом і вона містить у собі травмуючі формулювання або спонукає візуалізувати досвід, що ранить. Існують різні формати і види медитацій і це дозволяє підібрати ту форму, що підходить саме конкретній людині, адже комусь краще рухатись плавно, комусь підійде статична медіація, хтось зможе залишатись із думками і не занурюватись в жодну, а комусь важливо додати візуальний супровід тощо.

І навіть у такій, як здається, зрозумілій і простій практиці важливо зважити на доречність заняття відповідно до стану саме в поточному моменті, підібрати підходящу тривалість та регулярність занять та уникати насилля чи покарань за недотримання регулярності, аби бажання займатись не зникло та не утворилось негативної асоціації з практикою. Виключити вживання алкоголю та інших психактивних речовин перед заняттями, впродовж та хоча б кілька годин після. Також, як і в будь-якому іншому процесі, доречно мати наставника або можливість звернутись, за потреби, за порадою. Ці рекомендації та застереження підходять для всіх видів практик.

Нижче, у якості прикладів, представлено декілька програм, направлених на розвиток уважної тілесної усвідомленості та набуття вищезгаданих навичок.

Методика МАВТ - уважне усвідомлення в тілесній терапії, що вже згадувалась у першому розділі, розроблена для навчання фундаментальним навичкам інтерочептивного усвідомлення, що зменшує страждання та покращує регуляцію [21]. Складнощі в усвідомленні тілесних відчуттів можуть бути зумовлені травмуванням чи хронічним болем, стресом, травматичним досвідом. Методика МАВТ є безпечною та результативною, базується на поєднанні психоедукаційного та мануального підходів. Методика МАВТ полягає у поетапному навчанні навичкам інтерочептивного усвідомлення через розвиток уважності, присутності в моменті, та наявності простору для вираження почуттів до себе, зважаючи на минулий досвід. МАВТ починається з навчання клієнтів ідентифікувати відчуття тіла та називати їх, через фізичний тиск (направлений терапевтом або самостійно) на зону, в якій очікується відчуття. Техніка рефлексивного слухання, додаткові запитання та називання варіантів відчуттів для прикладу, використовуються для сприяння більш точному опису чуттєвого досвіду та розвитку фізичної грамотності, що в свою чергу дозволяють усвідомити зв'язок між фізичними та емоційними відчуттями та внутрішніми ознаками, пов'язаними з індивідуальними реакціями людини на стрес. Невід'ємною частиною МАВТ є

розробка домашньої практики на проміжний тиждень, яка розробляється спільно терапевтом та клієнтом наприкінці кожного сеансу. Наступний крок присвячені роботі із навичкою уваги та стратегіями повертання уваги до внутрішнього досвіду тіла, в якій важливе місце відводиться роботі із диханням. У випадку, коли залучення до інтероцептивного усвідомлення може бути дестабілізуючим, критично важливо, щоб терапевт мав навички, які допоможуть клієнту повернутися в більш стабільний стан, нормалізуючи його досвід і слугуючи керівництвом для співчутливої підтримки процесу клієнта [21]. Таким чином, сеанси МАВТ спираються на вже набуті знання про тіло та навички доступу, навчаючи клієнтів підтримувати усвідомленість і навчаючись поглиблювати свою уважну присутність у тілі. Наприкінці сеансу клієнта просять усно переглянути основні моменти сеансу, щоб полегшити когнітивну інтеграцію матеріалу сеансу. Цей процес перегляду також сприяє когнітивній переоцінці досвіду сеансу таким чином, щоб додатково мотивувати подальше використання практик інтероцептивного усвідомлення та інтеграцію в повсякденне життя [21].

Інша методика ВВАТ - терапія базового усвідомлення тіла має на меті стимулювати відчуття заземлення, дозволяючи силі тяжіння діяти на тіло та дозволяючи вазі діяти на підлогу. Коли була виявлена здатність співвідносити силу тяжіння з підлогою, постуральна функція зміцнилася, що активувало природну постуральну реакцію, яка в свою чергу сприяла вирівнюванню тіла як сидячи, так і стоячи. Спеціалісти з тринадцяти країн зазначили, що методика допомагає пацієнтам бути в кращому контакті зі своїм тілесним я, концентруючи увагу на стабільності та рівновазі, адже покращене заземлення, розслаблення та дихання забезпечує зниження підвищених психічних аспектів, включаючи тривогу [108].

Минулого року було представлено навчальний курс «Я і моє тіло в ситуації стресу. Техніки тілесно-орієнтованої терапії», авторства Семенча Л.Г. Актуальність курсу, зважаючи на військовий стан в Україні, полягає у його меті - попередити виникнення посттравматичного стресу та покращити



психологічний стан дітей та дорослих в умовах травматичних подій. Курс включає практичні навички релаксації, опанування навички перемикання з переживання негативних емоцій на стан спокою, техніки тілесно-орієнтованої терапії у роботі з травмою, роботу із тілесними зажимами [109].

Технік та методів, направлених на підвищення уважної тілесної усвідомленості доволі багато як представлених окремо, так і як частини програм реабілітації. У роботі наведено три для прикладу, однак важливо дослухатись до власних відчуттів та потреб, шукати та обирати найбільш підходящу. Разом з тим не нехтувати заходами психогієни задля попередження та збереження психічного здоров'я.

### **Висновки до розділу III**

Більшість українців мають середній та високий рівень тілесної усвідомленості за методикою “Опитувальник тілесних відчуттів - коротка форма”, що супроводжується більшою схильністю до соматизації, тривоги, деморалізації, та інших показників психічного нездоров'я, в той час як 6% українців мають низький рівень тілесної усвідомленості, що є більш здоровим та найменше супроводжується проявами психічного нездоров'я.

В той же час, за другою методикою “Опитувальник багатовимірної оцінки інтероцептивного усвідомлення” рівень володіння навичками тілесної усвідомленості серед українців відповідає середнім значенням, представленим авторами методики. Так само із рівнем життєстійкості але менша кількість українців (19%) має високий рівень благополуччя.

Було виявлено зв'язки певних аспектів тілесної усвідомленості із окремими компонентами психічного здоров'я, серед яких помічено зв'язок тілесної усвідомленості під діафрагмою, а відповідно органів травлення, із більшою схильністю до зловживання психоактивними речовинами, сильний

зв'язок контролю як із життєстійкістю та благополуччям, так і з можливими проявами посттравматичного стресу у випадку надто сильного контролю емоцій. Було визначено зв'язок контролю як із життєстійкістю, психічним здоров'ям, так і з можливими проявами посттравматичного стресу, та інші зв'язки.

За результатами порівняльного аналізу показники групи із низьким рівнем тілесної усвідомленості значуще відрізняються від показників груп із середньою і високою усвідомленістю та демонстрували вищий рівень психічного здоров'я, так само як і групи із середнім та високим володінням вісьмома навичками тілесної усвідомленості з методики “Опитувальник багатовимірної оцінки інтероцептивного усвідомлення”.

Володіння навичками можна покращити за допомогою вправ та програм з компонентами тілесно-орієнтованої терапії, у яких приділяється велика увага роботі із диханням та увагою до тілесних процесів. Було наведено приклади кількох таких методик.

## ВИСНОВКИ

1. За результатами здійсненого теоретичного аналізу феномену тілесної усвідомленості можемо зробити висновок про складність та багатогранність поняття тілесної усвідомленості, що поєднує багато процесів та понять, таких як тілесний досвід, тілесні відчуття, тісна чутливість, тілесний інтелект тощо. В той же час тілесна усвідомленість відіграє значущу роль у здатності проживати емоції, відслідковувати фізичний стан, усвідомлювати потреби та дослухатись до себе, сприймати себе та своє тіло реальним та проявляти у соціумі.

2. У роботі охарактеризовано особливості тілесної усвідомленості, визначено чинники формування тілесної усвідомленості та підкреслено важливість дитячого досвіду, адже тілесна усвідомленість, окрім іншого, сильно залежить від середовища зростання дитини як в розумінні батьківсько-дитячих стосунків, атмосфери вдома, наявності або відсутності люблячого, підтримуючого, розуміючого та приймаючого ставлення до дитини, так і в розумінні соціально-культурального контексту, під впливом якого формується розуміння норм тілесних проявів та, відповідно, реакцій, сенсів та ставлення до власного тіла, його проявів. Також було розглянуто поняття уважної тілесної усвідомленості, якій більшою мірою відповідає низький рівень тілесної усвідомленості за методикою “Опитувальник тілесних відчуттів - коротка форма”, та тривожної тілесної усвідомленості, якій відповідає середній та високий рівні тілесної усвідомленості за тією ж методикою і саме люди із середнім та високим рівнями тілесної усвідомленості схильні до соматизації, у них спостерігаються прояви деморалізації, підвищеної тривоги, депресії, посттравматичного стресу, інших показників психічного нездоров'я.

3. Було визначено компоненти психічного здоров'я, до яких відносять різні явища в залежності від точки зору дослідника, однак визначальними залишаються: відсутність психічних захворювань, розвиток відповідно до віку, зріла позиція та адекватне ставлення до себе й оточуючих, здатність до

адаптації, енергійність, життєстійкість та здатність довіряти собі, світові, іншим, здатність розрізняти, усвідомлювати та керувати своїми емоціями відповідно до ситуації, брати відповідальність на себе, розвиток та навчання, наявність цілей та планів тощо. Також визначено чинники психічного здоров'я та заходи для його збереження.

4. Проведений порівняльний аналіз показників психічного здоров'я за рівнем тілесної усвідомленості продемонстрував, що нижий рівень тілесної усвідомленості за методикою “Опитувальник тілесних відчуттів - коротка форма” свідчить про краще психічне здоров'я, в той час як середній та високий рівні тілесної усвідомленості вказують на психічне та поведінкове нездоров'я. Однак, володіння вісьмома навичками з методики “Опитувальник багатовимірної оцінки інтероцептивного усвідомлення” на середньому та високому рівні сприяє вищому рівню психічного здоров'я, життєстійкості, залученості, контролю та благополуччя.

5. Було емпірично досліджено взаємозв'язок тілесної усвідомленості та компонентів психічного здоров'я та виявлено наявність взаємозв'язків деяких аспектів тілесної усвідомленості з певними компонентами психічного та поведінкового здоров'я. Тілесна усвідомленість найбільше взаємопов'язана з та виявилась чинником для тривоги, показника поведінкового здоров'я MBHS-2 та життєстійкості; навичка помічати взаємопов'язана з та виявилась чинником для показника життєстійкості; навичка не відволікатися - для тривоги, навичка не турбуватися впливає на тривогу, безстрашність, вживання алкоголю; навичка регулювати увагу - на благополуччя, депресію, активацію, суїцидальні наміри; навичка усвідомлювати емоції - на розслабленість, благополуччя, контроль та посттравматичний стрес; навичка саморегулювання є чинником для депресії, благополуччя та поведінкового здоров'я MBHS-2; навичка прислухатися до тіла впливає на благополуччя, посттравматичний стрес, активацію; навичка довіряти впливає на деморалізацію, безстрашність, суїцидальні наміри, благополуччя та депресію.

Узагальнюючи можемо сказати, що взаємозв'язок тілесної усвідомленості із компонентами психічного здоров'я наявний, значущий та сильний.

6. В заключній частині роботи надано рекомендації та наведено приклади тренінгів направлених на оволодіння та розвиток навичок тілесної усвідомленості задля підвищення рівня психічного здоров'я.

Сьогодні українці живуть у дуже складних умовах, витримуючи наднапругу, перебуваючи більшість часу у режимі виживання, витримуючи сильний страх, тривогу, злість тощо, адже війна зруйнувала буденність кожного українця. Перебування в такому стані третій рік уражує не тільки психічне та психологічне здоров'я, а й фізичне, кам'яніючи напругою у тілі, призводячи до виснаження, провокуючи прояви психосоматики, появу хвороб. У цьому контексті ми можемо говорити не тільки про погіршення психічного здоров'я громадян, а й нації, що впливає на загальний фон та настрій людей, призводить до збільшення конфліктів та сварок у буденних ситуаціях. Таким чином, питання збереження та покращення психічного здоров'я стає як ніколи актуальним. Навіть враховуючи велику кількість спеціалістів та їх доступність, досі лишається велика потреба у просвітницькій діяльності, поширенні знань та методів саморегуляції та самодопомоги серед військових та цивільних, враховуючи різність контекстів та підходів, різність задач.

Напрямок та перспективу подальшого дослідження вбачаємо в поглибленні дослідження через впровадження програм та тренінгів для вибірки та дослідження результатів після проходження тренінгів. Такі результати дозволять вдосконалювати існуючі програми або розробити один з оптимальних форматів програми саме для українців за сучасних умов.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Чаплінська, Ю., & Кабанова, П. (2021). Кіборгізація людського тіла: світові дослідження та Український досвід. Наукові студії із соціальної та політичної психології, (51), 201-219. Режим доступу: [doi.org/10.33120/ssspj.vi48\(51\).249](https://doi.org/10.33120/ssspj.vi48(51).249).
2. Фадєєва К.-М.О. (2013). Вимірювання специфічних конструктів тілесності у психології. Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки. №3 (20). Режим доступу: <https://core.ac.uk/download/pdf/229858295.pdf>
3. Возний А. (2014). Тілесність людини як феномен розвитку фізичної культури. Філософія науки: традиції та інновації. № 2 (10). С. 113-121.
4. Merleau-Ponty, M. (1964). *Le visible et L'invisible*. Gallimard. – 360 p.
5. Merleau-Ponty, M. (1968). *Phenomenology of Perception*. Gallimard. – 672p.
6. Рождественський А.Ю. (2005). Феноменологія тілесності у просторі життєвих перспектив особистості : монографія. Київ : Міленіум, 294 с.
7. Хлівна О.М., & Магдісюк Л.І. (2022). Психологія тілесності: навч.-метод. посіб. / Луцьк : Вежа-Друк. – 192с. Режим доступу: [https://evnuir.vnu.edu.ua/bitstream/123456789/20892/1/phsy\\_tilesnosti.pdf](https://evnuir.vnu.edu.ua/bitstream/123456789/20892/1/phsy_tilesnosti.pdf)
8. Колярова А.О. (2017). Проблема тілесного досвіду особистості в психологічному дискурсі, Освіта та розвиток обдарованої особистості №5 (60). Режим доступу: <https://otr.iod.gov.ua/images/pdf/2017/5/06.pdf>
9. Калюжна Є.М., & Савченко Н.В. (2021). Дослідження психологічних особливостей тілесності молодих жінок у контексті феноменології. *Psychological journal*,7(5), 75-84с. Режим доступу: <https://doi.org/10.31108/1.2021.7.5.7>
10. III Міжнародна науково-практична конференція молодих учених та студентів «Філософські виміри техніки» (2022) Мучинська Ю., & Чоп Т. Реконструкція тілесності як соціальний чинник сучасності. Режим

доступу: [https://elartu.tntu.edu.ua/bitstream/lib/39704/2/PDT\\_2022\\_Muchynska\\_Y-Body\\_reconstruction\\_as\\_76-79.pdf](https://elartu.tntu.edu.ua/bitstream/lib/39704/2/PDT_2022_Muchynska_Y-Body_reconstruction_as_76-79.pdf)

11. Великий тлумачний словник сучасної української мови : 250000 / уклад. та голов. ред. В. Т. Бусел. – Київ; Ірпінь: Перун, 2005. – VIII, 1728 с.

<http://irbis-nbuv.gov.ua/ulib/item/UKR0000989>

12. Медведєва Н. С. (2005). Проблема співвідношення тілесності і соціальності в людині і суспільстві. Автореф. дис. канд. філос. наук. Київ.

13. Гомілко О. Є. (2007). Феномен тілесності. Автореф. дис. канд. філос. наук. Київ.

14. Гомілко О. Є. (2003). Ідеї тілесності у західній метафізичній традиції / Наукові записки НаУКМА. Філософія та релігієзнавство. Т. 21. С. 19-25.

15. Павлік Ю. Г. (2013). Тілесність: культурні та соціальні інструменти тіла. // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Вип. 42. (с. 54-61). Режим доступу: <https://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/22879/Pavlik.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

16. Kaliuzhna Y.M., Savchenko N.V., Zinchenko I.A., Kaizerova A.V., & Martyniuk I.S. (2022). Psychological Features of the Formation of Corporeality in Young Women. Iranian Journal of War and Public Health. Vol. 14, Issue 1. Janbazan Medical and Engineering Research Center, 2022. (p. 9–17). Retrieved from <https://ijwph.ir/article-1-1109-en.html>

17. Калюжна Є.М. (2023). Тілесність як психологічний феномен та чинник становлення жінки. 4й і 5й Міжнародний науково-практичний Web-форум Розбудова єдиного відкритого інформаційного простору освіти впродовж життя, Київ-Харків, Україна, (с. 73-75). Режим доступу: <http://repo.uipa.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/7995/1/ZbForumSOIS-2023-74-76.pdf>

18. Шмаргун В.М. (2008). Тілесне у розвитку психіки людини // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливим потребами: збірник наукових праць. – К.: Університет „Україна”, 2008. – № 5 (7). – (с. 378 –389). Режим доступу: <https://ap.uu.edu.ua/article/539>

19. Шмаргун В.М. (2004). Проблема тілесності в психології // Психологія: Науковий часопис НПУ імені М.П.Драгоманова. - Серія 12. - (с.80-85).
20. Туриніна О.Л. (2017). Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. Закл./К.:ДП “Вид. дім “Персонал” (с. 149–159).
21. Price C.J., & Hooven C. (2018). Interoceptive Awareness Skills for Emotion Regulation: Theory and Approach of Mindful Awareness in Body-Oriented Therapy (МАВТ). *Frontiers in Psychology*. Vol. 9 (798). (p. 1-12). Retrieved from <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00798> .
22. Коваленко В. М. (2015). Стрес і серцево-судинні захворювання: сучасний стан проблеми / Український кардіологічний журнал. – додаток 1. – (с. 4-10) Режим доступу: <https://journals.maup.com.ua/index.php/psych-health/article/view/47/38> )
23. Седих К. В. (2015). Міфологізація свідомості як ознака суспільно-політичної кризи // Проблеми сучасної психології. – Вип. 29. – (с. 626–635).
24. Сілютіна О.М. (2020). Особливості самоствавлення як чинника тілесного інтелекту особистості. (С. 158-160). Режим доступу: <http://dspace.pnpu.edu.ua/bitstream/123456789/15118/1/46.pdf>
25. Сілютіна О.М. (2021). Дослідження показників тілесного інтелекту особистості. *Технології розвитку інтелекту*. Київ. Том.5, №1(29). Режим доступу: <https://psytir.org.ua/>
26. Сілютіна О.М. (2019). До проблеми визначення сутності тілесного інтелекту особистості. *Психологія і особистість*. Полтава; Київ. № 1 (15). (с.171– 181). Режим доступу: <http://doi.org/10.5281/zenodo.2560040>
27. Максименко С.Д. (2004). *Загальна психологія: Навч. пос.* — Видання друге, перероблене та доповнене. — Київ: «Центр навчальної літератури», — 272 с.
28. Віничук С.М., Дубенко Є.Г., & Мачерет Є.Л. ( 2001). *Нервові хвороби/ К.:Здоров'я.* — 696 с.



29. Загальна психологія. Семінарські та практичні заняття. — Методичний посібник. НаУКМА— К.: ПП «Дірект Лайн», 2019. — Частина 1. — 72 с. Режим доступу: <https://ekmair.ukma.edu.ua/server/api/core/bitstreams/983e59d8-a323-4d96-b344-0923c44a87f6/content>
30. Посібник Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова Режим доступу: [https://www.vnmu.edu.ua/downloads/pdf/OSKI\\_zag-psyhol\\_med-ps-2020.pdf](https://www.vnmu.edu.ua/downloads/pdf/OSKI_zag-psyhol_med-ps-2020.pdf)
31. Партико Т. Б. (2008). Загальна психологія: підруч. для студ. вищ. навч. закл./— К.: Видавничий Дім «Ін Юре». - 416 с. Режим доступу: <https://pedcollege.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2021/03/partiko-zag-psihi.pdf>
32. Бойко Є.В. (2020). Інтероцептивна усвідомленість як передумова формування харчових порушень. Режим доступу: [http://pedagogyviv.org.ua/zhurnaly/december\\_2020.pdf](http://pedagogyviv.org.ua/zhurnaly/december_2020.pdf)
33. Мова Л. (2018). Людське тіло в сучасному світі. Простір арт-терапії: творча інтеграція та трансформація в епоху плинного модерну: матеріали XV Міжнародної міждисциплінарної науково-практичної конференції, Львів, с. 64/– К. : Золоті ворота. – 196 с. Режим доступу: <https://ispp.org.ua/wp-content/uploads/2021/02/art-conf-18.pdf#page=64>
34. Elliott R., Bohart A. C., Watson J. C., & Greenber L. S. (2011). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), Psychotherapy relationship that work: Evidence-based responsiveness. New York, NY: Oxford University Press.
35. Röhricht F. (2009). Ego-pathology, body experience, and body psychotherapy in chronic schizophrenia // Psychol Psychother. – No.82. – (с.19-30).
36. Рудницька С.Ю. & Колярова А.О. (2023). Психологічні особливості рефлексії тілесного досвіду як засіб самоприйняття особистості. Режим доступу: <http://visnyk.nuou.org.ua/article/view/286465/281468>
37. Розвиток інтероцептивної усвідомленості при розладах та порушеннях харчової поведінки. Асоціація лікарів та психологів. Розлади харчової поведінки: терапія та превенція. Режим доступу: <http://ed-ua.com/>

[event/rozvitok-interotseptivnoyi-usvidomlenosti-pri-rozladah-ta-porushennyah-harchovoyi-povedinki/](https://doi.org/10.1186/s12905-017-0430-y)

38. Ewing D.L., Manassei M., Gould van Praag C., Philippides A.O., Critchley H.D., & Garfinkel S.N. (2017). Sleep and the heart: Interoceptive differences linked to poor experiential sleep quality in anxiety and depression. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301051117301096?via%3Dihub>

39. Волощенко Ю.М. (2023). Взаємозв'язок окремих доменів інтероцептивного усвідомлення з вибором стратегій проактивного подолання, якістю життя, академічною стійкістю та показниками серцевого ритму студентів 1 курсу Київського університету ім. Бориса Грінченка (с. 117) Health, Physical Education and Sport: Perspectives and Best Practices. Book of Abstracts of the 4th International online conference. DOI: [10.28925/2023.16705168conf](https://doi.org/10.28925/2023.16705168conf)

40. Волощенко Ю.М. (2021). “Інтероцептивне усвідомлення” і “якість життя”. Чи є між ними зв'язок?” Фізичне виховання, спорт та здоров'я людини: досвід, проблеми, перспективи. матеріали ІХ Всеукраїнської науково-практичної онлайн-конференції. Київ. р.290-294. Режим доступу: <https://fzfv.kubg.edu.ua/images/stories/Departame...>

41. Балагурак О.В. (2022). Депресивні стани жінок зі схильністю до порушень харчової поведінки: системний огляд літератури. Львів – 2022. Маг. Роб.

42. Qadir, S.A., & Muhsin, S.S. (2020) Association between Eating Disorders with Depression: A Descriptive Study. Medico-legal Update, 20(2), 597-601.

43. Vázquez-Velázquez, V., Kaufer-Horwitz, M., Méndez, J.P., García-García, E. & Reidl-Martínez, L.M. (2017). Eating behavior and psychological profile: associations between daughters with distinct eating disorders and their mothers. BMC Women's Health, 17, 74. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0430-y>

44. Beroš, K., Brajković, L., Kopilaš, V. (2021). Psychological resilience and depression in women with anorexia nervosa. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 9(1). Retrieved from <https://doi.org/10.6092/2282-1619/mjcp-2662>
45. Беседа В., (2021). Постава як тілесний прояв психологічних проблем. с.46 Матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні проблеми ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології» / за ред. М. Шеремет, А. Шевцова, А. Заплатинської. Київ : Альянт. 279 с. Режим доступу: <https://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/34007/Conference%20Actual%20problems%20of%20orthopedics.pdf?sequence=1#page=46>
46. Mehling W.E., Acree M., Stewart A., Silas J., & Jones A. (2018). The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness, Version 2 (MAIA-2). Retrieved from <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208034>
47. Paulus M.P., & Stein M.B., (2006). An insular view of anxiety. *Biol Psychiatry*, 60(4): p. 383–7. Retrieved from [10.1016/j.biopsych.2006.03.042](https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.042)
48. Farb N., Daubenmier J., Price C.J., Gard T., Kerr C., & Dunn B.D., (2015). Interoception, contemplative practice, and health. *Front Psychol*, p.763 Retrieved from [10.3389/fpsyg.2015.00763](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00763)
49. Holzel B.K., Lazar S.W., Gard T., Schuman-Oliver Z., Yago D.R., & Ott U., (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6): p. 537–59. Retrieved from [10.1177/1745691611419671](https://doi.org/10.1177/1745691611419671)
50. Şahi Nur Kalkışım, Arzu Erden, Özlem Kanber Uzun, Canan Ertemoğlu Öksüz, Nihat Burak Zihni & Mehmet Ali Çan. (2023). Relationship between body awareness level and musculoskeletal pain complaints, physical activity level and emotional status in healthy people. Retrieved from <https://link.springer.com/article/10.1007/s13760-022-02056-2>.
51. Ricciardi L., Demartini B., Crucianelli L., Krahé C., Edwards M.J., & Fotopoulou A. (2016). Interoceptive awareness in patients with functional

neurological symptoms. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2015.10.009> )

52. Khalsa S.S., Rudrauf D., & Tranel D. (2009). Interoceptive awareness declines with age. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.2009.00859.x>

53. Trevisan D.A., Altschuler M.R., Bagdasarov A., Carlos C., Duan S., Hamo E., Kala S., McNair M.L., Parker T., Stahl D., Winkelman T., Zhou M., & McPartland J.C. (2019). A meta-analysis on the relationship between interoceptive awareness and alexithymia: Distinguishing interoceptive accuracy and sensibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 128(8), 765–776. Retrieved from <https://doi.org/10.1037/abn0000454>.

54. Phillipou A., Rossell S.L., Castle D.J., & Gurvich C. (2022). Interoceptive awareness in anorexia nervosa. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.01.051>

55. Мілітарі Медіа Центр (Military Media Center) Міністерства оборони України [https://www.mil.gov.ua/militari-media-czentr-\(military-media-center\).html](https://www.mil.gov.ua/militari-media-czentr-(military-media-center).html)

56. Карамушка Л., & Карамушка Т. (2022). Емпіричне дослідження особливостей психічного здоров'я вимушених “внутрішніх” переселенців в умовах війни. Режим доступу: <http://orgpsy-journal.in.ua/index.php/opep/article/view/345>

57. Карамушка, Л., Креденцер, О., Терещенко, К., Лагодзінська, В., Івкін, В., & Ковальчук, О. (2022). Особливості психічного здоров'я персоналу освітніх та наукових організацій в умовах війни. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 1(25), (с.62-74). Режим доступу: <https://doi.org/10.31108/2.2022.1.25.7>

58. Розпорядження про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80#Text>

59. Міщиха Л.П., & Кулеша-Любінець М.М. (2020). Психічне здоров'я як складова особистісного благополуччя. Збірник наукових праць. Харків, Випуск 1. (С. 166–168).

60. Максименко С.Д., Руденко Я.В., Кушнерьова А.М., & Невмержицький В.М., (2021). Психічне здоров'я особистості: підруч. для вищ. навч. закл. / Київ: «Видавництво Людмила» 438 с.

61. Франкл В.Е. (2020). Людина в пошуках справжнього сенсу. Психолог у концтаборі/ Книжний Клуб «Клуб Семейного Досуга»,

62. Москаленко О.В. (2022). До проблеми вивчення психологічного здоров'я особистості. Режим доступу: <https://doi.org/10.32838/2709-3093/2022.2/15>

63. Максименко С.Д., Максименко К.С., & Папуча М.В. (2007). Психологія особистості: Підручник/–К.: ТОВ “КММ”.– 296с.

64. Приходько Ю.О., & Юрченко В.І. (2012). Психологічний словник-довідник : навч. посіб. К. : Каравела. 328 с. (с. 71)

65. Чайка Г.В. (2022). Довіра як ключовий компонент психічного здоров'я. Науковий журнал «Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Режим доступу: <https://doi.org/10.32838/2709-3093/2022.1/05>

66. Перепелюк Т.Д., & Гриньова Н.В. (2021). Особливості стану психічного здоров'я студентів в умовах пандемії. Режим доступу: <https://doi.org/10.32838/2709-3093/2021.1/19>

67. Василевська О.І. (2013). Психічне здоров'я особистості // збірник наукових праць звітної-наукової конференції викладачів університету за 2012 рік / укл. Г. І. Волинка, О. В. Уваркіна, О. П. Ємельянова. — К.: Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова — (с. 289-291).

68. Кокун О.М. (2022). Психодіагностичні показники рівня психічного здоров'я дорослого населення України після перших місяців війни. Режим доступу : [https://lib.iitta.gov.ua/732780/3/%D0%9C%D0%B0%D0%BA%D0%B5%D1%82\\_\\_2022.pdf#page=](https://lib.iitta.gov.ua/732780/3/%D0%9C%D0%B0%D0%BA%D0%B5%D1%82__2022.pdf#page=78)

69. Данильченко Т. В. (2021). Специфіка застосування математикостатистичних методів в Українських дослідження благополуччя особистості. Режим доступу: <https://seducation.academysps.edu.ua/wp-content/uploads/2021/07/Danylchenko-T.-V..pdf>
70. Данильченко Т. В. (2023). Переживання особистісного благополуччя в умовах воєнного стану. DOI 10.32755/seducation.2023.02.076
71. Данильченко Т. В. (2024). Психологічне здоров'я персоналу ДКВС України в період воєнного стану. DOI 10.32755/seducation.2024.01.103
72. Maddi S.R. (2006). Hardiness: The courage to grow from stresses The Journal of Positive Psychology 1(3):(p.160-168) Retrieved from DOI:[10.1080/17439760600619609](https://doi.org/10.1080/17439760600619609)
73. Maddi S.R., (2002). The story of Hardiness: Twenty years of theorizing, research, and practice. Retrieved from DOI:[10.1037/1061-4087.54.3.173](https://doi.org/10.1037/1061-4087.54.3.173)
74. Гриньова Н.В. (2020). Діагностика та корекція життєстійкості як складової психічного здоров'я особистості.// Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – Том. XI: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. – Випуск 21.- (с.66-79). Режим доступу: <https://dspace.udpu.edu.ua/handle/123456789/12833>
75. Левицька І.М. (2021). Психологічні особливості впливу образу фізичного Я на самоставлення дівчат раннього юнацького віку.: дис. док. псих. наук: Київ, 269 с.
76. Романюк В.Л. (2022). Стресореактивність і стресостійкість та психічне здоров'я особистості. Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія» : науковий журнал. Острог : Вид-во НаУОА. № 14. (с. 9–15). Режим доступу: <https://journals.oa.edu.ua/Psychology/article/view/3409>
77. Боковець О.І. (2022). Емоційний інтелект як ресурс психічного здоров'я. Режим доступу: DOI <https://doi.org/10.32843/2663-5208>.

78. Мощицька В.В. (2020). Теоретико-методологічні підходи до дослідження психічного здоров'я в конструктивних та деструктивних ролинах. Особистісне зростання: теорія і практика: Збірник наукових праць за матеріалами IV Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції. Житомир.

79. Жизномірська О.Я., & Зенчак А.Е. (2023). Ментальне здоров'я особистості: психологічний вектор самопомоги в умовах війни. Розвиток професійної майстерності педагога в умовах нової соціокультурної реальності: збірник матеріалів VI Міжнародної науковопрактичної конференції. Тернопіль, Україна 320с. (С.92). Режим доступу: <http://elar.ippo.edu.te.ua:8080/bitstream/123456789/6467/1/zb.pdf#page=41>

80. Буняк Н.А. (2023). Психічне здоров'я солоді України: реалії сучасності. Збірник матеріалів VI Міжнародної науково-практичної конференції «Розвиток професійної майстерності педагога в умовах нової соціокультурної реальності». Тернопіль. (с.41). Режим доступу: <http://elar.ippo.edu.te.ua:8080/bitstream/123456789/6467/1/zb.pdf#page=41>

81. Якубовська І.О., Міщиха Л.П., Запорожець Т.Ю., & Хромей М.І. (2013). Ризики виникнення синдромів хронічної втоми та емоційного вигорання у студентів-медиків в процесі навчання у ВНЗ залежно від індивідуального психологічного профілю. // Галицький лікарський вісник. Т.20, (с. 60-63). Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/glv\\_2013\\_20\\_4\\_20](http://nbuv.gov.ua/UJRN/glv_2013_20_4_20)

82. Інформаційний ресурс Про здоров'я створено за фінансової підтримки БО «100% ЖИТТЯ» в рамках реалізації проекту HealthLink: «Прискорення зусиль з протидії ВІЛ в Україні» за підтримки Агентства США з міжнародного розвитку (USAID). Матеріали розроблено спільно з експертами Центру громадського здоров'я України. Режим доступу: <https://prozdorovia.in.ua/statti/mentalne-zdorov-ia/>

83. Савиченко О.М., & Міров Д.Р. (2019). Психічне здоров'я юнаків з різним рівнем розвитку ігрової інтернетзалежності. Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С.



Костюка НАПН України. Том VI: Психологія обдарованості. – Випуск 15. – Київ-Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка. – 459 с. (С.321-327). Режим доступу: [http://www.apppsychology.org.ua/data/jrn/v6/i15/app\\_v6\\_i15.pdf#page=321](http://www.apppsychology.org.ua/data/jrn/v6/i15/app_v6_i15.pdf#page=321)

84. Cabrera A., Kolacz J., & Pailhez G. (2018). Assessing body awareness and autonomic reactivity: Factor structure and psychometric properties of the Body Perception Questionnaire-Short Form (BPQ-SF)/ International Journal of Methods in Psychiatric Research. No 27. Retrieved from DOI:[10.1002/mpr.1596](https://doi.org/10.1002/mpr.1596)

85. Денісієвська А.Є. (2020). Адаптація україномовної версії методики «Опитувальник тілесних відчуттів – коротка форма». Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія» : науковий журнал. Острог : Вид-во НаУОА. No 10. (с. 132–135).

86. Kyoung Suk Lee, PhD, RN, MPH, Jin-Oh Choi, MD, PhD, Eun-Seok Jeon, MD, PhD, Jae-Hyeong Park, MD, PhD, & Mi Sook Jung, PhD, RN. (2022). The Relationship Between Body Awareness and Self-care in Patients With Heart Failure.// The Journal of Cardiovascular Nursing 37(3):p 266-273, 5/6 2022. Retrieved from [https://journals.lww.com/jcnjournal/abstract/2022/05000/the\\_relationship\\_between\\_body\\_awareness\\_and.10.aspx](https://journals.lww.com/jcnjournal/abstract/2022/05000/the_relationship_between_body_awareness_and.10.aspx)

87. Ciaramella A., Carli G., & Boni M. (2023). Association of Interoceptive Sensibility and Pain Psychophysics in Healthy Subjects and Chronic Pain Patients // Progress in neurobiology. Retrieved from [https://www.researchgate.net/profile/Antonella-Ciaramella/publication/373787101\\_Association\\_of\\_Interoceptive\\_Sensibility\\_and\\_Pain\\_Psychophysics\\_in\\_Healthy\\_Subjects\\_and\\_Chronic\\_Pain\\_Patients/links/64fff01668ca5847e3d3b363/Association-of-Interoceptive-Sensibility-and-Pain-Psychophysics-in-Healthy-Subjects-and-Chronic-Pain-Patients.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Antonella-Ciaramella/publication/373787101_Association_of_Interoceptive_Sensibility_and_Pain_Psychophysics_in_Healthy_Subjects_and_Chronic_Pain_Patients/links/64fff01668ca5847e3d3b363/Association-of-Interoceptive-Sensibility-and-Pain-Psychophysics-in-Healthy-Subjects-and-Chronic-Pain-Patients.pdf).

88. Elliott J., & Pfeifer G. (2022). Relationship between interoceptive sensibility, age, and COVID-19 anxiety during the first national lockdown in the



United Kingdom. Retrieved from <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607863.2022.2026878>

89. Solorzano C.S., & Grano C. (2023). Predicting postpartum depressive symptoms by evaluating self-report autonomic nervous system reactivity during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399923003410>

90. Mehling W.E., Acree M., Stewart A., Silas J., & Jones A. (2018). The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness, Version 2 (MAIA-2). Retrieved from <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208034>

91. Voloshchenko Y. (2023). Interoceptive awareness. Verification of the adaptation of the Ukrainian version of the Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (version 2) questionnaire among first-year students of Borys Grinchenko Kyiv University. *Sport Science and Human Health K.* – No 1(9). – 201 с.(9):68-91 Retrieved from DOI:[10.28925/2664-2069.2023.15](https://doi.org/10.28925/2664-2069.2023.15)

92. Voloshchenko Y. (2022). Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA) Version 2 of 2018, Ukrainian version MAIA-2 Original. Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/371450735\\_MAIA-2\\_UKR\\_Original\\_20220824pdf](https://www.researchgate.net/publication/371450735_MAIA-2_UKR_Original_20220824pdf)

93. MAIA - 2 psychometric properties. Retrieved from <https://novopsych.com.au/assessments/formulation/multidimensional-assessment-of-interoceptive-awareness-version-2-maia-2/>

94. Опитувальник психічного здоров'я (Mental health assesment instrument), сторінка центру психічного здоров'я та психосоціального супроводу НаУКМА. Режим доступу: <https://www.ukma.edu.ua/index.php/science/tsentri-ta-laboratoriji/cmhpss/news/3301-opytuvalnyk-psykhichnoho-zdorov-ia-mental-health-assesment-instrument>

95. Hirdes J.P., Marhaba M., Clyburn L., & Smith T.F. (2000). Development of the Resident Assessment Instrument – Mental Health (RAI-MH). Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/>

[11857787\\_Development\\_of\\_the\\_Resident\\_Assessment\\_Instrument\\_-\\_Mental\\_Health\\_RAI-MH](#)

96. Doty B., Haroz E.E., Singh N.S., Bogdanov S., Bass J.K., Murray L.K., Callaway K.L. & Bolton P.A. (2018). Adaptation and testing of an assessment for mental health and alcohol use problems among conflict-affected adults in Ukraine. *Conflict and Health*. Volume 12, article number 34. Retrieved from <https://link.springer.com/article/10.1186/s13031-018-0169-6>

97. Matthew C., Dodge M.A., Adam D., Hicks M.A., & David M. McCord PhD. (2023). Rapid screening for suicide risk: An algorithmic approach. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/sltb.13020>

98. Багатовимірний скринінг поведінкового здоров'я (MBHS) Посібник користувача (v2.4) t Режим доступу: <https://start.ua-test.com/pub/files/mbhs-2-manual.pdf>

99. Grace G.H., (2023). Detection of Psychological Dysfunction and Suicide Risk Among Post-Partum Women. Retrieved from <https://www.proquest.com/openview/197c19fb3f6f31dd72c5442576ea2bae/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>

100. Taylor G., (2023). Exploring the Factor Structure and Correlates for Capability for Suicide. Retrieved from <https://www.proquest.com/openview/d141394e5093a08871cdea6b93406acd/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>

101. Карамушка Л.М., Креденцер О.В., Терещенко К.В., Лагодзінська В.І., Івкін В.М., & Ковальчук О.С. (2023). *Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій : психологічний практикум*. Київ 76 с.

102. Lara-Cabrera M.L., Betancort M., Muñoz-Rubilar A., Rodríguez-Novo N., Bjerkeset O., & De las Cuevas C. (2022). Psychometric Properties of the WHO-5 Well-Being Index among Nurses during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study in Three Countries. Retrieved from <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/16/10106>

103. Badahdah A.M., Khamis F., & Mahyijari N.A. (2022). The psychological well-being of physicians during COVID-19 outbreak in Oman. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7203026/>
104. Олефір В.О., Кузнецов М.А., & Павлова А.В. (2013). Коротка версія тесту життєстійкості// Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія. - Вип. 45(2). - (с. 158-165). Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/VKhnpu\\_psykhol\\_2013\\_45\(2\)\\_22](http://nbuv.gov.ua/UJRN/VKhnpu_psykhol_2013_45(2)_22).
105. Лич О.М. Особливості життєстійкості літніх людей на початку та наприкінці періоду похилого віку: емпіричний порівняльний аналіз. Режим доступу <http://appsychology.org.ua/data/jrn/v9/i12/40.pdf>
106. Назарук О.М. Особливості життєстійкості людей похилого віку: емпіричне дослідження. Режим доступу: <http://www.appsychology.org.ua/data/jrn/v9/i10/40.pdf>
107. Маннапова К.Р. (2022). Соціально-психологічна адаптація студентів з особливими потребами до інтегрованого освітнього середовища ЗВО. Режим доступу: DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208>.
108. Gyllensten A.L., Jacobsen L.N., & Gard G. (2019). Clinician perspectives of Basic Body Awareness Therapy (BBAT) in mental health physical therapy: An international qualitative study. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2019.04.012>
109. Семенча Л.Г. (2023). Впровадження навчального курсу “Я і моє тіло в ситуації стресу. Техніки тілесно-орієнтованої терапії” в роботі з дітьми і дорослими в умовах переживання траматичних подій. Розвиток професійної майстерності педагога в умовах нової соціокультурної реальності: збірник матеріалів VI Міжнародної науковопрактичної конференції. Тернопіль. 320 с. Режим доступу: <http://elar.ippo.edu.te.ua:8080/bitstream/123456789/6467/1/zb.pdf#page=41>

## Додаток А

Батарей тестів, що складається з методик діагностики тілесної чутливості  
та психічного здоров'я

- 1) Ваша стать:
  - Жіноча
  - Чоловіча
- 2) Скільки вам років?  
ваша відповідь:
- 3) Рід занять:
  - Найманий працівник
  - Підприємець
  - Студент
  - Пенсіонер
  - Неоплачувана праця/волонтерство
  - Веду домашнє господарство
  - У відпустці по догляду за дитиною
  - Безробітний (працевдатний)
  - Безробітний (непрацевдатний)
  - Інше:
- 4) Вкажіть, будь ласка, найвищий рівень здобутої вами освіти:
  - Немає шкільної освіти
  - Незакінчена шкільна освіта
  - Закінчена шкільна освіта
  - Бакалавр
  - Магістр
  - Післядипломна освіта, науковий ступінь
  - Інше:
- 5) Сімейний статус
  - Одружений(на)
  - Цивільний шлюб
  - Розлучений(а)
  - Неодружений(на)
  - Вдівець/вдова
  - Інше:
- 6) Чи є у Вас діти?
  - Так, є діти молодші 18 років
  - Так, мої діти старше 18 років
  - Так, є діти і до 18, і старше 18 років
  - Ні
- 7) Скільки годин на день/ тижень ви працюєте? (Наприклад 8/40)  
Якщо навантаження 2 тижні з 4х на місяць - будь ласка, вкажіть це (Працюю 2 тижні з 4х) і я вираховуватиму на тиждень.
  - Не працюю
  - Відповідь:
- 8) Чи робите ви легку ранкову руханку?
  - Так, кожен день
  - Так, раз на 2-3 дні
  - Ні
- 9) Чи займаєтесь ви додатково фізичними вправами?
  - Ні
  - Тренування в залі
  - Йога
  - Танці
  - Розтяжка
  - Інше:
- 10) Наскільки добре ви відчуваєте своє тіло, наскільки ви в контакті зі своїм тілом? від 1 до 10 де 1 - Зовсім не в контакті, можу довго ігнорувати базові потреби, а 10 - Дуже добре відчуваю своє тіло, уважний(а) до своїх відчуттів і потреб.
- 11) Наскільки ви задоволені самовідчуттям в тілі? (тілом і тим, як ви себе відчуваєте в ньому)? від 1 до 10 де 1 - Зовсім не задоволений(а), а 10 - Дуже задоволений(а).

12) Чи пов'язана ваша робота із фізичною активністю? Якщо так - будь ласка, вкажіть як саме у відкритій відповіді! (чи присутня фізична активність кожен робочий день):

- Ні
- Не працюю
- Інше:

13) Чи був у вас досвід роботи з психологом чи психотерапевтом?

- Ні
- Був короткотривалий, до 10 консультацій
- Був досвід роботи протягом 6-12 місяців
- Був довготривалий досвід більше року і продовжую працювати із спеціалістом зараз
- Інше:

---

"Опитувальник тілесних відчуттів - коротка форма" Body Perception Questionnaire – Short Form (BPQ-SF) - 46 питань.

У більшості випадків я усвідомлюю, що:

1. Я частіше ковтаю

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

2. Хочу прокашлятися, щоб очистити горло

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

3. У мене сухість у роті

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

4. Моє дихання пришвидшується

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

5. У мене сльозяться очі

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

6. У мене бурчання у шлунку

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

7. Моє тіло або його частини набрякають

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

8. Маю бажання спорожнити кишечник

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

9. Відчуваю зростання м'язової напруги в кінцівках

- Ніколи
  - Рідко
  - Іноді
  - Зазвичай
  - Завжди
10. Відчуваю роздутість через надмірне вживання води
- Ніколи
  - Рідко
  - Іноді
  - Зазвичай
  - Завжди
11. Відчуваю напругу м'язів обличчя
- Ніколи
  - Рідко
  - Іноді
  - Зазвичай
  - Завжди
12. Відчуваю мурахи по шкірі
- Ніколи
  - Рідко
  - Іноді
  - Зазвичай
  - Завжди
13. Відчуваю болі в шлунку та кишківнику
- Ніколи
  - Рідко
  - Іноді
  - Зазвичай
  - Завжди
14. Відчуваю розтягнення або здуття шлунку
- Ніколи
  - Рідко
  - Іноді
  - Зазвичай
  - Завжди
15. Мої долоні пітніють
- Ніколи
  - Рідко
  - Іноді
  - Зазвичай
  - Завжди
16. Моє чоло пітніє
- Ніколи
  - Рідко
  - Іноді
  - Зазвичай
  - Завжди
17. Мої губи тремтять
- Ніколи
  - Рідко
  - Іноді
  - Зазвичай
  - Завжди
18. Мої пахви пітніють
- Ніколи
  - Рідко
  - Іноді
  - Зазвичай
  - Завжди
19. Моє обличчя «горить» (особливо вуха)
- Ніколи
  - Рідко
  - Іноді
  - Зазвичай
  - Завжди

20.Скрегочу зубами

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

21. Відчуваю знервованість

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

22. У мене «волосся стає дибки»

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

23. Мені важко зконцентруватися

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

24.Хочу ковтати

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

25. Моє серце б'ється сильніше

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

26.Маю відчуття закрепи (Закреп — це розлад роботи травної системи, коли випорожнення відбуваються занадто рідко, або для цієї дії потрібні надмірні зусилля.)

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

27.Я маю труднощі з координацією дихання та вживанням їжі

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

28.Коли я їм, мені складно говорити

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

29. Часто моє серце б'ється нерівномірно

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

30. Коли я їм, їжа відчувається сухою і дряпає мій рот і горло

- Ніколи
- Рідко
- Іноді

- Зазвичай
- Завжди

31. Я відчуваю задишку

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

32. Я маю труднощі з координацією дихання з розмовами (коли розмовляю)

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

33. Коли я їм, мені складно координувати ковтання, жування та/чи смоктання і дихання

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

34. Я постійно кашляю, коли говорю або їм

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

35. Моя ротова порожнина наповнена слиною

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

36. Я маю біль у грудях

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

37. Я відчуваю «ком» у горлі, коли їм

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

38. Коли я розмовляю, я часто відчуваю, що повинен прокашлятися або проковтнути слину

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

39. Коли я дихаю, я відчуваю, що мені бракує кисню

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

40. Мені складно контролювати очі

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

41. Мене нудить

- Ніколи
- Рідко



- Іноді
- Зазвичай
- Завжди
- 42. Я маю високий рівень кислотності шлунку
- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди
- 43. Я страждаю закрепамми
- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди
- 44. У мене розлад шлунку
- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди
- 45. Після вживання їжі у мене є проблеми з травленням
- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди
- 46. У мене діарея
- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

Багатомірний скринінг поведінкового здоров'я MBHS-2 - 29 питань

1. Я відчуваю біль
  - Точно неправда
  - Швидше за все неправда
  - Здебільшого вірно
  - Абсолютно вірно
2. Я відчуваю себе непотрібним
  - Точно неправда
  - Швидше за все неправда
  - Здебільшого вірно
  - Абсолютно вірно
3. У моєму житті мало радості
  - Точно неправда
  - Швидше за все неправда
  - Здебільшого вірно
  - Абсолютно вірно
4. Я багато переживаю
  - Точно неправда
  - Швидше за все неправда
  - Здебільшого вірно
  - Абсолютно вірно
5. Мій настрій сильно змінюється
  - Точно неправда
  - Швидше за все неправда
  - Здебільшого вірно
  - Абсолютно вірно
6. Бувають дні, коли я відчуваю себе не належним ні до чого
  - Точно неправда
  - Швидше за все неправда

- Здебільшого вірно
- Абсолютно вірно
- 7. Мені важко концентруватися
  - Точно неправда
  - Швидше за все неправда
  - Здебільшого вірно
  - Абсолютно вірно
- 8. Іноді я зловживаю алкоголем чи наркотиками
  - Точно неправда
  - Швидше за все неправда
  - Здебільшого вірно
  - Абсолютно вірно
- 9. Я часто приймаю імпульсивні рішення
  - Точно неправда
  - Швидше за все неправда
  - Здебільшого вірно
  - Абсолютно вірно
- 10. Бувають дні, коли мені здається, що людям в моєму житті буде краще, якщо мене не стане
  - Точно неправда
  - Швидше за все неправда
  - Здебільшого вірно
  - Абсолютно вірно
- 11. Мені швидко стає нудно
  - Точно неправда
  - Швидше за все неправда
  - Здебільшого вірно
  - Абсолютно вірно
- 12. Я відчуваю себе слабким
  - Точно неправда
  - Швидше за все неправда
  - Здебільшого вірно
  - Абсолютно вірно
- 13. Я незадоволений своїм життям
  - Точно неправда
  - Швидше за все неправда
  - Здебільшого вірно
  - Абсолютно вірно
- 14. У мене мало мотивації
  - Точно неправда
  - Швидше за все неправда
  - Здебільшого вірно
  - Абсолютно вірно
- 15. Я хочу померти
  - Точно неправда
  - Швидше за все неправда
  - Здебільшого вірно
  - Абсолютно вірно
- 16. Нервовість заважає моїй щоденній діяльності
  - Точно неправда
  - Швидше за все неправда
  - Здебільшого вірно
  - Абсолютно вірно
- 17. Я легко відволікаюся
  - Точно неправда
  - Швидше за все неправда
  - Здебільшого вірно
  - Абсолютно вірно
- 18. Іноді я проводжу більше часу вживаючи алкоголь чи наркотики, ніж планував
  - Точно неправда
  - Швидше за все неправда
  - Здебільшого вірно
  - Абсолютно вірно
- 19. Я часто порушую правила, незважаючи на наслідки
  - Точно неправда
  - Швидше за все неправда

- Здебільшого вірно
- Абсолютно вірно
- 20. Я намагаюсь уникати громадської діяльності
- Точно неправда
- Швидше за все неправда
- Здебільшого вірно
- Абсолютно вірно
- 21. Я не думаю, перш ніж діяти
- Точно неправда
- Швидше за все неправда
- Здебільшого вірно
- Абсолютно вірно
- 22. Думки проносяться в моїй голові дуже швидко
- Точно неправда
- Швидше за все неправда
- Здебільшого вірно
- Абсолютно вірно
- 23. Мене часто нудить
- Точно неправда
- Швидше за все неправда
- Здебільшого вірно
- Абсолютно вірно
- 24. Я почуваюся загалом пригніченим
- Точно неправда
- Швидше за все неправда
- Здебільшого вірно
- Абсолютно вірно
- 25. Мені не страшно померти
- Точно неправда
- Швидше за все неправда
- Здебільшого вірно
- Абсолютно вірно
- 26. Я хотів зменшити вживання алкоголю чи наркотиків
- Точно неправда
- Швидше за все неправда
- Здебільшого вірно
- Абсолютно вірно
- 27. Я не можу нічого згадати
- Точно неправда
- Швидше за все неправда
- Здебільшого вірно
- Абсолютно вірно
- 28. Речі, які я не можу контролювати, заволодівають моїм розумом
- Точно неправда
- Швидше за все неправда
- Здебільшого вірно
- Абсолютно вірно
- 29. Чи були у вас раніше спроби самогубства?
- Точно неправда
- Швидше за все неправда
- Здебільшого вірно
- Абсолютно вірно

---

“Опитувальник багатовимірної оцінки інтероцептивного усвідомлення” (Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness, Version 2 (MAIA-2) - 37 питань

1. Коли я напружений(-на), я помічаю, де в моєму тілі знаходиться напруга.
  - 0 Ніколи
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5 Завжди
2. Я помічаю, коли мені незручно в моєму тілі
  - 0 Ніколи
  - 1

- 2
- 3
- 4
- 5 Завжди
- 3. Я помічаю, де в моєму тілі мені зручно
  - 0 Ніколи
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5 Завжди
- 4. Я помічаю зміни в моєму диханні, наприклад, чи сповільнюється воно, чи прискорюється
  - 0 Ніколи
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5 Завжди
- 5. Я ігнорую фізичне напруження або незручність, доки вони не стануть більш серйозними
  - 0 Ніколи
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5 Завжди
- 6. Я відволікаю себе від відчуття незручності
  - 0 Ніколи
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5 Завжди
- 7. Коли я відчуваю біль або незручність, я намагаюся подолати це
  - 0 Ніколи
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5 Завжди
- 8. Я намагаюся ігнорувати біль
  - 0 Ніколи
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5 Завжди
- 9. Я відганяю геть відчуття незручності, зосереджуючись на чомусь
  - 0 Ніколи
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5 Завжди
- 10. Коли я відчуваю незручність у моєму тілі, я займаю себе чимось іншим, щоб мені не довелося цього відчувати
  - 0 Ніколи
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5 Завжди
- 11. Коли я відчуваю фізичний біль, я засмучуюся
  - 0 Ніколи
  - 1
  - 2

- 3
- 4
- 5 Завжди
- 12. Я починаю хвилюватися, що щось не так, якщо відчуваю будь-яку незручність
  - 0 Ніколи
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5 Завжди
- 13. Я можу помічати незручність у моєму тілі, не турбуючись про це
  - 0 Ніколи
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5 Завжди
- 14. Я можу залишатися спокійним і не хвилюватися, коли відчуваю незручність або біль
  - 0 Ніколи
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5 Завжди
- 15. Коли я відчуваю незручність або біль, я не можу викинути це з голови
  - 0 Ніколи
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5 Завжди
- 16. Я можу звертати увагу на моє дихання, не відволікаючись на те, що відбувається навколо мене
  - 0 Ніколи
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5 Завжди
- 17. Я можу зберігати усвідомлення внутрішніх відчуттів у моєму тілі, навіть коли навколо мене багато чого відбувається
  - 0 Ніколи
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5 Завжди
- 18. Коли я з кимось розмовляю, я можу звертати увагу на мою поставу
  - 0 Ніколи
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5 Завжди
- 19. Я можу повертати усвідомлення до мого тіла, якщо мене відволікають
  - 0 Ніколи
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5 Завжди
- 20. Я можу перефокусувати мою увагу з мислення на відчуття мого тіла
  - 0 Ніколи
  - 1
  - 2
  - 3

- 4
- 5 Завжди
- 21. Я можу зберігати усвідомлення мого тіла в цілому, навіть коли частина мене відчуває біль або незручність
  - 0 Ніколи
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5 Завжди
- 22. Я здатний(-на) свідомо зосереджуватися на моєму тілі як цілому
  - 0 Ніколи
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5 Завжди
- 23. Я помічаю, як моє тіло змінюється, коли я злий(-ла)
  - 0 Ніколи
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5 Завжди
- 24. Коли в моєму житті щось не так, я можу відчувати це в моєму тілі
  - 0 Ніколи
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5 Завжди
- 25. Я помічаю, що моє тіло відчуває себе інакше після спокійного досвіду
  - 0 Ніколи
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5 Завжди
- 26. Я помічаю, що моє дихання стає вільним і легким, коли я відчуваю себе зручно
  - 0 Ніколи
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5 Завжди
- 27. Я помічаю, як змінюється моє тіло, коли я відчуваю себе щасливим/радісним
  - 0 Ніколи
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5 Завжди
- 28. Коли я відчуваю себе приголомшеним, я можу знайти спокійне місце всередині мого тіла
  - 0 Ніколи
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5 Завжди
- 29. Коли я усвідомлюю моє тіло, я відчуваю спокій
  - 0 Ніколи
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5 Завжди

30. Я можу використовувати моє дихання, щоб зменшити напругу
- 0 Ніколи
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5 Завжди
31. Коли я захоплений думками, я можу заспокоїти мій розум, зосередившись на моєму тілі/диханні
- 0 Ніколи
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5 Завжди
32. Я прислухаюся до інформації від мого тіла про мій емоційний стан
- 0 Ніколи
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5 Завжди
33. Коли я засмучений(-на), я витрачаю час, щоб дослідити, що відчуває моє тіло
- 0 Ніколи
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5 Завжди
34. Я прислухаюся до мого тіла, яке повідомляє мені, що робити
- 0 Ніколи
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5 Завжди
35. Я вдома в моєму тілі
- 0 Ніколи
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5 Завжди
36. Я відчуваю, що моє тіло — це безпечне місце
- 0 Ніколи
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5 Завжди
37. Я довіряю відчуттям мого тіла
- 0 Ніколи
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5 Завжди

---

Опитувальник психічного здоров'я МНАІ - 19 питань

1. За останні два тижні: Відчуття суму

- Ніколи
- Іноколи
- Часто
- Майже завжди

2. За останні два тижні: Втрата інтересу до щоденних справ

- Ніколи
  - Інколи
  - Часто
  - Майже завжди
3. За останні два тижні: Плаксивість
- Ніколи
  - Інколи
  - Часто
  - Майже завжди
4. За останні два тижні: Відчуття самотності; відчуття ізоляції
- Ніколи
  - Інколи
  - Часто
  - Майже завжди
5. За останні два тижні: Відчуття втоми, нестача енергії або її зниження
- Ніколи
  - Інколи
  - Часто
  - Майже завжди
6. За останні два тижні: Відчуття, ніби ти у пастці або тебе піймали
- Ніколи
  - Інколи
  - Часто
  - Майже завжди
7. За останні два тижні: Рухи або мова настільки повільні чи швидкі, що це помічають інші люди
- Ніколи
  - Інколи
  - Часто
  - Майже завжди
8. За останні два тижні: Повторювані або нав'язливі спогади про травматичні події, у тому числі думки, образи
- Ніколи
  - Інколи
  - Часто
  - Майже завжди
9. За останні два тижні: Погіршення настрою, коли будь-що нагадує про стресові події
- Ніколи
  - Інколи
  - Часто
  - Майже завжди
10. За останні два тижні: Відчуття, ніби тебе ніхто не розуміє
- Ніколи
  - Інколи
  - Часто
  - Майже завжди
11. За останні два тижні: Уникнення в цілому безпечних дій чи ситуацій, які нагадують про минулу стресову подію
- Ніколи
  - Інколи
  - Часто
  - Майже завжди
12. За останні два тижні: Відчуття втрати сенсу життя
- Ніколи
  - Інколи
  - Часто
  - Майже завжди
13. За останні два тижні: Тремтіння
- Ніколи
  - Інколи
  - Часто
  - Майже завжди
14. За останні два тижні: Знервованість чи пітливість
- Ніколи
  - Інколи
  - Часто
  - Майже завжди



15. За останні два тижні: Відчуття напруженості
- Ніколи
  - Іноколи
  - Часто
  - Майже завжди
16. За останні два тижні: Напад страху або паніки
- Ніколи
  - Іноколи
  - Часто
  - Майже завжди
17. За останні два тижні: Думки про бажання вбити себе; схильність до самогубства
- Ніколи
  - Іноколи
  - Часто
  - Майже завжди
18. За останні Три Місяці, як часто ви вживали алкогольні напої?
- Ніколи
  - 1 раз чи двічі
  - Раз на місяць
  - Раз на тиждень
  - Щоденно або майже щоденно
19. За останні Три Місяці, як часто ви відчували надмірно сильний потяг вжити алкогольні напої?
- Ніколи
  - 1 раз чи двічі
  - Раз на місяць
  - Раз на тиждень
  - Щоденно або майже щоденно

---

коротка версія «Тесту життєстійкості» В. Олефір - 15 питань

1. Я завжди впевнений у власних рішеннях.
  - Ні
  - Скоріше ні, ніж так
  - Скоріше так, ніж ні
  - Так
2. Іноді мені здається, що нікому немає до мене діла.
  - Ні
  - Скоріше ні, ніж так
  - Скоріше так, ніж ні
  - Так
3. Часом все, що я роблю, здається мені марним.
  - Ні
  - Скоріше ні, ніж так
  - Скоріше так, ніж ні
  - Так
4. Мене рідко лякають думки про майбутнє.
  - Ні
  - Скоріше ні, ніж так
  - Скоріше так, ніж ні
  - Так
5. Мені здається, я не живу повним життям, а тільки граю роль.
  - Ні
  - Скоріше ні, ніж так
  - Скоріше так, ніж ні
  - Так
6. Мені здається, якби в минулому у мене було менше розчарувань і негараздів, мені було б зараз легше жити на світі.
  - Ні
  - Скоріше ні, ніж так
  - Скоріше так, ніж ні
  - Так
7. Виникаючі проблеми часто здаються мені нерозв'язними.
  - Ні
  - Скоріше ні, ніж так
  - Скоріше так, ніж ні
  - Так

8. Я рідко шкодую про те, що вже зроблено.
  - Ні
  - Скоріше ні, ніж так
  - Скоріше так, ніж ні
  - Так
9. Якби я міг, я б багато чого змінив у минулому.
  - Ні
  - Скоріше ні, ніж так
  - Скоріше так, ніж ні
  - Так
10. Мені здається, життя проходить повз мене.
  - Ні
  - Скоріше ні, ніж так
  - Скоріше так, ніж ні
  - Так
11. Мої мрії часто збуваються.
  - Ні
  - Скоріше ні, ніж так
  - Скоріше так, ніж ні
  - Так
12. Часом мені здається, що всі мої зусилля марні.
  - Ні
  - Скоріше ні, ніж так
  - Скоріше так, ніж ні
  - Так
13. Життя здається мені цікавим і яскравим.
  - Ні
  - Скоріше ні, ніж так
  - Скоріше так, ніж ні
  - Так
14. У мене немає можливості впливати на несподівані проблеми.
  - Ні
  - Скоріше ні, ніж так
  - Скоріше так, ніж ні
  - Так
15. Іноді я відчуваю себе зайвим навіть у колі друзів.
  - Ні
  - Скоріше ні, ніж так
  - Скоріше так, ніж ні
  - Так

Опитувальник «Індекс благополуччя ВООЗ-5» (WHO-5 Well-being index) - 5 питань

Будь ласка, вкажіть наскільки кожне з п'яти тверджень точно описує те, як Ви почувалися **протягом останніх 2-х тижнів**. Зверніть увагу, що чим вище бал, тим краще Ваше самопочуття (оберіть відповідну цифру).

1. Я відчував/відчувала бадьорість і був/була у гарному настрої. Протягом останніх 2х тижнів
  - 0 - Ніколи
  - 1 - Певний час
  - 2 - Менше половини часу
  - 3 - Більше половини часу
  - 4 - Більшість часу
  - 5 - Весь час
2. Я відчував/відчувала спокій і розслабленість. Протягом останніх 2х тижнів
  - 0 - Ніколи
  - 1 - Певний час
  - 2 - Менше половини часу
  - 3 - Більше половини часу
  - 4 - Більшість часу
  - 5 - Весь час
3. Я почувався/почувалась активним/активною і повним/повною енергії. Протягом останніх 2х тижнів
  - 0 - Ніколи
  - 1 - Певний час
  - 2 - Менше половини часу
  - 3 - Більше половини часу
  - 4 - Більшість часу
  - 5 - Весь час

4. Я прокидався/прокидалась свіжим/свіжою і відпочившим/відпочившою. Протягом останніх 2х тижнів
- 0 - Ніколи  
 1 - Певний час  
 2 - Менше половини часу  
 3 - Більше половини часу  
 4 - Більшість часу  
 5 - Весь час
5. Моє щоденне життя було наповнене цікавими речами. Протягом останніх 2х тижнів
- 0 - Ніколи  
 1 - Певний час  
 2 - Менше половини часу  
 3 - Більше половини часу  
 4 - Більшість часу  
 5 - Весь час
- 

### Додаток Б

#### Порівняльний аналіз 1 методика Ангедонія

Ангедонія			
Шеффе <sup>a,b</sup>			
рів_т1	N	Подмножество для альфа = 0.05	
		1	2
1	7	28,71	
2	90		56,88
3	17		66,00
Знч.		1,000	,622
Визуализируются средние по группам в однородных наборах.			
a. Объем выборки, вычисленный как гармоническое среднее, равен 14,098.			
b. Объемы групп не одинаковы. Используется гармоническое среднее этих объемов. Не гарантированы уровни ошибки 1-го рода.			

### Додаток В

#### Порівняльний аналіз 1 методика Тривога MBHS-2

Тривога_MBHS2			
Шеффе <sup>a,b</sup>			
рів_т1	N	Подмножество для альфа = 0.05	
		1	2
1	7	19,86	
2	90		54,51
3	17		68,18
Знч.		1,000	,258
Визуализируются средние по группам в однородных наборах.			
a. Объем выборки, вычисленный как гармоническое среднее, равен 14,098.			
b. Объемы групп не одинаковы. Используется гармоническое среднее этих объемов. Не гарантированы уровни ошибки 1-го рода.			

### Додаток Г

#### Порівняльний аналіз 1 методика Суїцидальні думки

Суїцидальні думки			
Шеффе <sup>a, b</sup>			
рів_т1	N	Підмножество для альфа = 0.05	
		1	2
1	7	39,43	
2	90		67,64
3	17		81,82
Знч.		1,000	,202
Визуализируются средние по группам в однородных наборах.			
a. Объем выборки, вычисленный как гармоническое среднее, равен 14,098.			
b. Объемы групп не одинаковы. Используется гармоническое среднее этих объемов. Не гарантированы уровни ошибки 1-го рода.			

### Додаток Г

## Порівняльний аналіз 1 мтеодика Актиація

Активация			
Шеффе <sup>a, b</sup>			
рів_т1	N	Підмножество для альфа = 0.05	
		1	2
1	7	30,71	
2	90		62,36
3	17		77,00
Знч.		1,000	,305
Визуализируются средние по группам в однородных наборах.			
a. Объем выборки, вычисленный как гармоническое среднее, равен 14,098.			
b. Объемы групп не одинаковы. Используется гармоническое среднее этих объемов. Не гарантированы уровни ошибки 1-го рода.			

### Додаток Д

## Порівняльний аналіз 1 мтеодика Суїцидальні прагнення і думки

Суїцидальні прагнення і думки			
Шеффе <sup>a, b</sup>			
рів_т1	N	Підмножество для альфа = 0.05	
		1	2
1	7	1,00	
2	90		1,62
3	17		1,82
Знч.		1,000	,513
Визуализируются средние по группам в однородных наборах.			
a. Объем выборки, вычисленный как гармоническое среднее, равен 14,098.			
b. Объемы групп не одинаковы. Используется гармоническое среднее этих объемов. Не гарантированы уровни ошибки 1-го рода.			

## Додаток Е

## Порівняльний аналіз 1 методика Зловживання алкоголем

Вживання алкоголю		
Шеффе <sup>a,b</sup>		
		Помножество для альфа = 0.05
рів_т1	N	1
1	7	,29
3	17	2,47
2	90	2,98
Знч.		,158

Визуализируются средние по группам в однородных наборах.

a. Объем выборки, вычисленный как гармоническое среднее, равен 14,098.

b. Объемы групп не одинаковы. Используется гармоническое среднее этих объемов. Не гарантированы уровни ошибки 1-го рода.

## Додаток Є

## Порівняльний аналіз 1 методика Розслабленість

Розслабленість		
Шеффе <sup>a,b</sup>		
		Помножество для альфа = 0.05
рів_т1	N	1
2	90	39,21
1	7	43,57
3	17	49,82
Знч.		,541

Визуализируются средние по группам в однородных наборах.

a. Объем выборки, вычисленный как гармоническое среднее, равен 14,098.

b. Объемы групп не одинаковы. Используется гармоническое среднее этих объемов. Не гарантированы уровни ошибки 1-го рода.

## Додаток Ж

## Порівняльний аналіз 1 методика Суїцидальні наміри

Суїцидальні наміри		
Шеффе <sup>a,b</sup>		
		Помножество для альфа = 0.05
рів_т1	N	1
1	7	,00
2	90	,10
3	17	,24
Знч.		,244

Визуализируются средние по группам в однородных наборах.

a. Объем выборки, вычисленный как гармоническое среднее, равен 14,098.

b. Объемы групп не одинаковы. Используется гармоническое среднее этих объемов. Не гарантированы уровни ошибки 1-го рода.

## Додаток 3

## Порівняльний аналіз 1 методика Безстрашність

Безстрашність		
Шеффе <sup>a,b</sup>		
рів_т1	N	Подмножество для альфа = 0.05
		1
2	90	2,10
1	7	2,14
3	17	2,53
Знч.		,499
Визуализируются средние по группам в однородных наборах.		
a. Объем выборки, вычисленный как гармоническое среднее, равен 14,098.		
b. Объемы групп не одинаковы. Используется гармоническое среднее этих объемов. Не гарантированы уровни ошибки 1-го рода.		

## Додаток И

## Порівняльний аналіз 1 методика Зловживання психоактивними речовинами

Зловживання психоактивними речовинами		
Шеффе <sup>a,b</sup>		
рів_т1	N	Подмножество для альфа = 0.05
		1
1	7	36,00
2	90	54,71
3	17	57,71
Знч.		,129
Визуализируются средние по группам в однородных наборах.		
a. Объем выборки, вычисленный как гармоническое среднее, равен 14,098.		
b. Объемы групп не одинаковы. Используется гармоническое среднее этих объемов. Не гарантированы уровни ошибки 1-го рода.		

## Додаток I

## Порівняльний аналіз 1 методика Життестійкість

життестійкість			
Шеффе <sup>a,b</sup>			
рів_т1	N	Подмножество для альфа = 0.05	
		1	2
3	17	22,18	
2	90	24,17	
1	7		31,71
Знч.		,764	1,000
Визуализируются средние по группам в однородных наборах.			
a. Объем выборки, вычисленный как гармоническое среднее, равен 14,098.			
b. Объемы групп не одинаковы. Используется гармоническое среднее этих объемов. Не гарантированы уровни ошибки 1-го рода.			

## Додаток ї

### Порівняльний аналіз 1 методика Залученість

залученість			
Шеффе <sup>a, b</sup>			
рів_т1	N	Підмножество для альфа = 0.05	
		1	2
3	17	8,18	
2	90	8,48	
1	7		11,00
Знч.		,941	1,000
Визуализируются средние по группам в однородных наборах.			
a. Объем выборки, вычисленный как гармоническое среднее, равен 14,098.			
b. Объемы групп не одинаковы. Используется гармоническое среднее этих объемов. Не гарантированы уровни ошибки 1-го рода.			

## Додаток Й

### Порівняльний аналіз 1 методика Контроль

контроль			
Шеффе <sup>a, b</sup>			
рів_т1	N	Підмножество для альфа = 0.05	
		1	2
3	17	7,65	
2	90	8,33	
1	7		11,29
Знч.		,821	1,000
Визуализируются средние по группам в однородных наборах.			
a. Объем выборки, вычисленный как гармоническое среднее, равен 14,098.			
b. Объемы групп не одинаковы. Используется гармоническое среднее этих объемов. Не гарантированы уровни ошибки 1-го рода.			

## Додаток К

## Дисперсійний аналіз 1 методика за 3 рівнями тілесної усвідомленості

Дисперсионный анализ						
		Сумма квадратов	ст.ов.	Средний квадрат	F	Знач.
МНАІ	Между группами	2283,931	2	1131,965	15,804	,000
	Внутри групп	8052,429	111	72,544		
	Итого	10316,360	113			
Депресія	Между группами	500,611	2	250,306	10,911	,000
	Внутри групп	2546,521	111	22,942		
	Итого	3047,132	113			
Тривога_МНАІ	Между группами	188,199	2	84,100	13,985	,000
	Внутри групп	667,465	111	6,013		
	Итого	835,664	113			
Посттравматичний стрес	Между группами	1286,060	2	633,030	11,149	,000
	Внутри групп	6302,405	111	56,778		
	Итого	7588,465	113			
Вживання алкоголю	Между группами	48,488	2	24,243	1,783	,173
	Внутри групп	1509,619	111	13,600		
	Итого	1558,105	113			
Суїцидальні наміри	Между группами	,359	2	,179	1,313	,273
	Внутри групп	15,159	111	,137		
	Итого	15,518	113			
MBNS	Между группами	3427,902	2	1713,951	11,474	,000
	Внутри групп	16581,221	111	149,380		
	Итого	20009,123	113			
Соматизація	Между группами	7583,443	2	3791,722	7,282	,001
	Внутри групп	57799,048	111	520,712		
	Итого	65382,491	113			
Когнітивні проблеми	Между группами	6325,717	2	3162,858	7,379	,001
	Внутри групп	47576,564	111	428,618		
	Итого	53902,281	113			
Деморалізація	Между группами	9530,839	2	4765,419	6,397	,002
	Внутри групп	82693,628	111	744,988		
	Итого	92224,465	113			
Анеднія	Между группами	9951,407	2	3475,704	5,650	,005
	Внутри групп	68287,084	111	615,199		
	Итого	78238,491	113			
Тривога_MBNS2	Между группами	11579,973	2	5789,986	12,052	,000
	Внутри групп	53325,617	111	480,413		
	Итого	64905,789	113			
Суїцидальні думки	Между группами	8974,114	2	4487,057	10,287	,000
	Внутри групп	48418,807	111	436,205		
	Итого	57392,921	113			
Активізація	Между группами	10647,388	2	5323,694	8,448	,000
	Внутри групп	69948,051	111	630,163		
	Итого	80595,439	113			
Розслабленість	Между группами	1657,396	2	828,698	1,289	,280
	Внутри групп	71379,174	111	643,058		
	Итого	73036,570	113			
Зловживання психоактивними речовинами	Между группами	2546,973	2	1273,486	1,802	,206
	Внутри групп	88246,018	111	795,009		
	Итого	90792,991	113			
Досвід спроб	Между группами	,037	2	,019	,543	,582
	Внутри групп	3,822	111	,034		
	Итого	3,860	113			
Безстрашність	Между группами	2,641	2	1,320	1,420	,246
	Внутри групп	103,192	111	,930		
	Итого	105,833	113			
Суїцидальні прагнення і думки	Между группами	3,391	2	1,696	7,967	,001
	Внутри групп	23,626	111	,213		
	Итого	27,018	113			
Інші фактори ризику	Между группами	1,983	2	,982	1,380	,256
	Внутри групп	78,958	111	,711		
	Итого	80,921	113			
Благополуч	Между группами	2456,065	2	1228,032	3,166	,046
	Внутри групп	43049,619	111	387,834		
	Итого	45505,684	113			
життєстійкість	Между группами	462,934	2	231,467	4,479	,013
	Внутри групп	5736,399	111	51,679		
	Итого	6199,333	113			
залученість	Между группами	44,697	2	22,348	4,256	,017
	Внутри групп	582,928	111	5,252		
	Итого	627,623	113			
контроль	Между группами	69,312	2	34,156	4,071	,020
	Внутри групп	931,311	111	8,390		
	Итого	999,623	113			
ризик	Между группами	66,730	2	33,365	2,651	,075
	Внутри групп	1397,270	111	12,588		
	Итого	1464,000	113			



## Додаток Л

### Множинні порівняння 1 методика за 3 рівнями тілесної усвідомленості

Множинні порівняння							
Інформація	Група	J	U	(J-U)/√(J+U)	Статистика	95% довірчий інтервал	
						Нижня границя	Верхня границя
Зависимая переменная	1	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6	7
	2	1	3	4	5	6	7
Множ	1	2	3	4	5	6	7
	2	1	3	4	5	6	7
	3	1	2	4	5	6	7
Депрессия	1	2	3	4	5	6	7
	2	1	3	4	5	6	7
	3	1	2	4	5	6	7
Тревога_ЗНАИ	1	2	3	4	5	6	7
	2	1	3	4	5	6	7
	3	1	2	4	5	6	7
Психосоциальный стресс	1	2	3	4	5	6	7
	2	1	3	4	5	6	7
	3	1	2	4	5	6	7
Выявление алкоголя	1	2	3	4	5	6	7
	2	1	3	4	5	6	7
	3	1	2	4	5	6	7
Суцидальные намерения	1	2	3	4	5	6	7
	2	1	3	4	5	6	7
	3	1	2	4	5	6	7
МВНБ	1	2	3	4	5	6	7
	2	1	3	4	5	6	7
	3	1	2	4	5	6	7
Социализация	1	2	3	4	5	6	7
	2	1	3	4	5	6	7
	3	1	2	4	5	6	7
Когнитивные проблемы	1	2	3	4	5	6	7
	2	1	3	4	5	6	7
	3	1	2	4	5	6	7
Девисация	1	2	3	4	5	6	7
	2	1	3	4	5	6	7
	3	1	2	4	5	6	7
Анхизия	1	2	3	4	5	6	7
	2	1	3	4	5	6	7
	3	1	2	4	5	6	7
Тревога_МВНБ2	1	2	3	4	5	6	7
	2	1	3	4	5	6	7
	3	1	2	4	5	6	7
Суцидальные мысли	1	2	3	4	5	6	7
	2	1	3	4	5	6	7
	3	1	2	4	5	6	7
Активация	1	2	3	4	5	6	7
	2	1	3	4	5	6	7
	3	1	2	4	5	6	7
Послабленность	1	2	3	4	5	6	7
	2	1	3	4	5	6	7
	3	1	2	4	5	6	7
Сопоставление положительных и отрицательных результатов	1	2	3	4	5	6	7
	2	1	3	4	5	6	7
	3	1	2	4	5	6	7
Доказательство	1	2	3	4	5	6	7
	2	1	3	4	5	6	7
	3	1	2	4	5	6	7
Восприимчивость	1	2	3	4	5	6	7
	2	1	3	4	5	6	7
	3	1	2	4	5	6	7
Суцидальные мысли (прямые)	1	2	3	4	5	6	7
	2	1	3	4	5	6	7
	3	1	2	4	5	6	7
Низкая факторная нагрузка	1	2	3	4	5	6	7
	2	1	3	4	5	6	7
	3	1	2	4	5	6	7
Безопасность	1	2	3	4	5	6	7
	2	1	3	4	5	6	7
	3	1	2	4	5	6	7
Контроль	1	2	3	4	5	6	7
	2	1	3	4	5	6	7
	3	1	2	4	5	6	7
Результат	1	2	3	4	5	6	7
	2	1	3	4	5	6	7
	3	1	2	4	5	6	7

\* Равенство орбитальных значений на уровне 0.05.

## Додаток М

Швидкий кластерний аналіз для рівнів володіння навичками методики

## МАІА-2

Конечные центры кластеров			
	Кластер		
	1	2	3
нав_помічати	1.90	3.08	3.95
нав_не_відволік	2.36	2.25	2.95
нав_не_турбув	1.90	1.77	2.39
нав_увага	1.85	2.65	3.62
нав_емоції	1.90	3.67	4.41
нав_саморег	1.77	2.76	3.87
нав_до_тіла	1.33	2.15	3.80
нав_довіра	2.54	3.43	4.46

## Додаток Н

Дисперсійний аналіз методика МАІА-2 за 3 рівнями володіння навичками

Дисперсионный анализ						
		Сумма квадратов	от св.	Средний квадрат	F	Знач.
МНАІ	Между группами	319.750	2	159.875	1.775	.174
	Внутри групп	9099.032	111	82.059		
	Итого	10318.782	113			
Депресс	Между группами	30.997	2	15.498	5.66	.570
	Внутри групп	3018.435	111	27.193		
	Итого	3049.432	113			
Тригоа_МНАІ	Между группами	4.831	2	2.415	3.23	.725
	Внутри групп	830.853	111	7.485		
	Итого	835.684	113			
Посттравматичний стрес	Между группами	110.319	2	55.159	8.21	.443
	Внутри групп	7458.149	111	67.191		
	Итого	7568.468	113			
Вживання алкоголю	Между группами	10.878	2	5.439	3.94	.075
	Внутри групп	1547.127	111	13.938		
	Итого	1558.005	113			
Суцільні наміри	Между группами	.773	2	.386	2.93	.059
	Внутри групп	14.745	111	.133		
	Итого	15.518	113			
МВНС	Между группами	2034.147	2	1017.073	6.281	.003
	Внутри групп	17974.979	111	161.937		
	Итого	20009.126	113			
Соматизація	Между группами	3147.190	2	1573.595	9.807	.085
	Внутри групп	82235.301	111	740.867		
	Итого	85382.491	113			
Когнітивні проблеми	Между группами	3034.909	2	1517.454	9.386	.038
	Внутри групп	50817.883	111	457.816		
	Итого	53852.792	113			
Деморалізація	Между группами	7263.107	2	3631.553	4.816	.010
	Внутри групп	84881.358	111	764.517		
	Итого	92144.465	113			
Анхедонія	Между группами	6402.014	2	3201.007	5.162	.007
	Внутри групп	68835.877	111	620.143		
	Итого	75237.891	113			
Тригоа_МВНС2	Между группами	6315.888	2	3157.944	5.983	.003
	Внутри групп	58589.901	111	527.837		
	Итого	64905.789	113			
Суцільні думки	Между группами	1108.481	2	554.240	1.093	.339
	Внутри групп	55284.440	111	507.087		
	Итого	57392.921	113			
Активізація	Между группами	11891.311	2	5945.655	9.578	.000
	Внутри групп	88734.128	111	807.228		
	Итого	100625.439	113			
Розслабленість	Между группами	2551.815	2	1275.907	2.009	.139
	Внутри групп	70484.795	111	634.999		
	Итого	73036.610	113			
Зловживання психоактивними речовинами	Между группами	1209.788	2	604.894	7.60	.475
	Внутри групп	89483.205	111	807.056		
	Итого	90693.993	113			
Досвід спроб	Между группами	.115	2	.058	1.707	.188
	Внутри групп	3.744	111	.034		
	Итого	3.859	113			
Безстрашність	Между группами	5.820	2	2.910	3.230	.043
	Внутри групп	100.013	111	.901		
	Итого	105.833	113			
Суцільні прагнення і думки	Между группами	.243	2	.122	.504	.805
	Внутри групп	26.774	111	.241		
	Итого	27.017	113			
Інші фактори ризику	Между группами	7.239	2	3.619	5.452	.000
	Внутри групп	73.862	111	.664		
	Итого	81.101	113			
Благополуччя	Между группами	5812.709	2	2906.354	8.128	.001
	Внутри групп	39692.979	111	357.594		
	Итого	45505.688	113			
Кінтестійність	Между группами	587.175	2	293.587	5.007	.004
	Внутри групп	5812.158	111	52.362		
	Итого	6399.333	113			
залученість	Между группами	39.588	2	19.794	3.733	.027
	Внутри групп	588.064	111	5.298		
	Итого	627.652	113			
контроль	Между группами	97.222	2	48.611	5.980	.003
	Внутри групп	902.391	111	8.130		
	Итого	999.613	113			
ризик	Между группами	84.901	2	42.450	3.417	.038
	Внутри групп	1379.099	111	12.424		
	Итого	1464.000	113			



## Додаток П

## Порівняльний аналіз методика МАІА-2 Безстрашність

Безстрашність			
Шеффе <sup>a, b</sup>			
Кластерный номер наблюдения	N	Подмножество для альфа = 0.05	
		1	2
1	23	1,74	
2	42	2,19	2,19
3	49		2,35
Знч.		,149	,793
Визуализируются средние по группам в однородных наборах.			
a. Объем выборки, вычисленный как гармоническое среднее, равен 34,209.			
b. Объемы групп не одинаковы. Используется гармоническое среднее этих объемов. Не гарантированы уровни ошибки 1-го рода.			

## Додаток Р

## Порівняльний аналіз методика МАІА-2 Деморалізація

Деморалізація			
Шеффе <sup>a, b</sup>			
Кластерный номер наблюдения	N	Подмножество для альфа = 0.05	
		1	2
3	49	43,29	
2	42	58,90	58,90
1	23		60,52
Знч.		,070	,971
Визуализируются средние по группам в однородных наборах.			
a. Объем выборки, вычисленный как гармоническое среднее, равен 34,209.			
b. Объемы групп не одинаковы. Используется гармоническое среднее этих объемов. Не гарантированы уровни ошибки 1-го рода.			

## Додаток С

## Порівняльний аналіз методика МАІА-2 Тривога MBHS-2

Тривога MBHS2			
Шеффе <sup>a, b</sup>			
Кластерный номер наблюдения	N	Подмножество для альфа = 0.05	
		1	2
3	49	45,92	
1	23	59,13	59,13
2	42		61,76
Знч.		,063	,894
Визуализируются средние по группам в однородных наборах.			
a. Объем выборки, вычисленный как гармоническое среднее, равен 34,209.			
b. Объемы групп не одинаковы. Используется гармоническое среднее этих объемов. Не гарантированы уровни ошибки 1-го рода.			

## Додаток Т

## Порівняльний аналіз методика МАІА-2 Залученість

залученість		
Шеффе <sup>а,в</sup>		
Кластерный номер наблюдения	N	Подмножество для альфа = 0.05
		1
2	42	8,05
1	23	8,13
3	49	9,27
Знч.		,096
Визуализируются средние по группам в однородных наборах.		
а. Объем выборки, вычисленный как гармоническое среднее, равен 34,209.		
в. Объемы групп не одинаковы. Используется гармоническое среднее этих объемов. Не гарантированы уровни ошибки 1-го рода.		

## Додаток У

## Порівняльний аналіз методика МАІА-2 Когнітивні проблеми

Когнітивні проблеми		
Шеффе <sup>а,в</sup>		
Кластерный номер наблюдения	N	Подмножество для альфа = 0.05
		1
3	49	43,59
2	42	52,83
1	23	55,78
Знч.		,067
Визуализируются средние по группам в однородных наборах.		
а. Объем выборки, вычисленный как гармоническое среднее, равен 34,209.		
в. Объемы групп не одинаковы. Используется гармоническое среднее этих объемов. Не гарантированы уровни ошибки 1-го рода.		

## Додаток Ф

## Порівняльний аналіз методика МАІА-2 Ризик

ризик		
Шеффе <sup>а,в</sup>		
Кластерный номер наблюдения	N	Подмножество для альфа = 0.05
		1
1	23	8,00
2	42	8,40
3	49	9,98
Знч.		,072
Визуализируются средние по группам в однородных наборах.		
а. Объем выборки, вычисленный как гармоническое среднее, равен 34,209.		
в. Объемы групп не одинаковы. Используется гармоническое среднее этих объемов. Не гарантированы уровни ошибки 1-го рода.		

## Додаток X

## Порівняльний аналіз методика МАІА-2 Ангедонія

<b>Ангедонія</b>			
Шеффе <sup>а, б</sup>			
Кластерный номер наблюдения	N	Подмножество для альфа = 0.05	
		1	2
3	49	47,88	
1	23		62,91
2	42		63,07
Знч.		1,000	1,000
Визуализируются средние по группам в однородных наборах.			
а. Объем выборки, вычисленный как гармоническое среднее, равен 34,209.			
б. Объемы групп не одинаковы. Используется гармоническое среднее этих объемов. Не гарантированы уровни ошибки 1-го рода.			

