

**КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА  
ПСИХОТЕРАПІЇ**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА**

**на тему:**

**Вплив релакстерапії на тілесну і сексуальну усвідомленість жінок**

Здобувача (ки) 2 курсу ПМ-232  
групи

Спеціальності 053 Психологія  
Освітньо-професійна програма  
Клінічна психологія

Коротич Ю.П.  
(прізвище та ініціали)

Керівники:  
к.психол.н., доц.

Трофімова Д.О.  
д.мед.н., проф.

Ситник С.І.  
(вчене звання, науковий ступінь, прізвище та  
ініціали)

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

Протокол № 10 від « 23» червня 2025 р.

Зав. кафедри клінічної психології

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

Зав. кафедри соціальної психології

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

**Київ–2025**

## АНОТАЦІЯ

У роботі досліджується тілесна та сексуальна усвідомленість жінок, що мають досвід релакстерапії. На першому етапі проводилося емпіричне дослідження. Вибірка включає 27 учасниць із досвідом релакстерапії та аналогічну кількість учасниць, що не мають такого досвіду, відібраних рандомізовано. Для дослідження використано анамнестичну анкету, а також чотири методики, адаптовані в Україні: Чотиривимірний опитувальник симптомів (4FDSQ); Опитувальник багатовимірної оцінки інтероцептивного усвідомлення (MAIA-2); П'ятифакторний опитувальник майндфулнес; Багатовимірний опитувальник сексуальності В. Снелла.

На другому етапі проведено формувальний експеримент, який включав 12 занять релакстерапії протягом 6 тижнів, із тестуванням учасниць до та після завершення експерименту. У тестуванні взяли участь 14 учасниць, для цього використано ті самі чотири методики й модифіковану анамнестичну анкету.

На першому етапі за результатами аналізу не виявлено статистично значущих відмінностей між групами учасниць із досвідом релакстерапії та без нього, проте підтверджено валідність і надійність використаних опитувальників. На другому етапі після проходження учасницями базового курсу релакстерапії виявлено статистично достовірне зниження соматичних симптомів і дистресу, а також покращення саморегуляції. На основі результатів сформульовано рекомендації для подальших досліджень та проведення занять із релакстерапії.

Ключові слова: *тілесна усвідомленість, сексуальна усвідомленість, релакстерапія, майндфулнес, інтероцепція, нейроцепція.*

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ I. Теоретичні підходи до вивчення тілесних практик та їхнього впливу на сексуальну і тілесну усвідомленість жінок.....	8
1.1. Поняття сексуальної і тілесної усвідомленості як психологічного феномена.....	8
1.2. Нейроцепція, концепція майндфулнес та інтероцептивне усвідомлення як основні аспекти тілесної і сексуальної усвідомленості.....	14
1.3. Релакстерапія як різновид тілесноорієнтованої психотерапії.....	26
Висновки до розділу I.....	35
РОЗДІЛ II Методологія дослідження та опис діагностичних методик .....	37
2.1. Методологія дослідження і обґрунтування вибору діагностичних методів.....	37
2.2. Характеристика вибірки.....	42
2.3. Аналіз отриманих даних.....	48
Висновки до розділу II.....	71
РОЗДІЛ III Проведення формувального експерименту .....	73
3.1. Організація формувального експерименту .....	73
3.2. Характеристика вибірки.....	74
3.3 Аналіз результатів формувального експерименту .....	82
3.4 Рекомендації щодо проведення занять із релакстерапії та організації подальших досліджень.....	106
Висновки до розділу III.....	109
ВИСНОВКИ.....	111
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	114
ДОДАТКИ.....	125

## ВСТУП

**Актуальність:** Феномен тілесної усвідомленості активно досліджується в останні роки, про що свідчить аналіз англomовних наукових публікацій, розміщених на ресурсах PubMed, GoogleScholar та ResearchGate. Натомість феномен сексуальної усвідомленості потребує детальнішого вивчення.

В українському науковому контексті тематика тілесної та сексуальної усвідомленості досліджена недостатньо. Сучасні наукові праці, присвячені темі тілесності, переважно зосереджуються на таких аспектах, як знання про тіло, тілесна пам'ять, образ тіла, самосприйняття, тілесний локус контролю, тілесне Я, тілесну чутливість, тілесне усвідомлення. Бази даних наукових робіт за останні 5 років поповнилися розвідками українських дослідників, які приділяли увагу поняттю Образ тіла (Остапенко, Ляшенко, 2023), вивчали взаємозв'язок тілесного Я з копінг-механізмами (Туркова, 2020), досліджували Тілесність як чинник становлення жінки (Калюжна, 2023), а також Психологічні особливості тілесного Я жінок, хворих на рак репродуктивної системи (Хомуленко, Кислова, Лесніченко, 2020). Малахова О.С. (2024) досліджувала тілесну усвідомленість жінок в умовах дистресу війни.

Дослідження впливу тілесно-орієнтованих методів психотерапії на тілесну та сексуальну усвідомленість залишаються поодинокими. Адамова О.С. вивчала вплив травми на соматичні процеси і в цьому контексті аналізувала сучасні терапевтичні методи для відновлення балансу нервової системи через роботу з тілесними відчуттями (Адамова, 2024).

На тлі зростаючої уваги до тілесних практик як засобу психологічної саморегуляції дослідження їхнього впливу на тілесну та сексуальну усвідомленість набуває особливої актуальності. Така робота може здійснюватися в різних форматах — індивідуально, у групах, офлайн або онлайн, що розширює можливості застосування й водночас зменшує

фінансове навантаження на учасників. Усвідомлення тілесних відчуттів набуває важливого значення у лікуванні таких станів, як тривожність, депресія, посттравматичний стресовий розлад, аутизм, шизофренія та порушення харчової поведінки.

Вплив релакстерапії на тілесну та сексуальну усвідомленість жінок до нас не був предметом наукового дослідження ні в Україні, ні в решті світу, оскільки сама методика релакстерапії є унікальною і була розроблена українською психотерапевткою Ольгою Ігнатенко.

**Об'єкт дослідження:** тілесна і сексуальна усвідомленість жінок.

**Предмет дослідження:** вплив досвіду релакстерапії на рівень тілесної і сексуальної усвідомленості жінок.

**Мета дослідження:** встановити вплив досвіду релакстерапії на рівень тілесної і сексуальної усвідомленості жінок.

**Завдання дослідження:** для досягнення поставленої мети було сформульовано такі завдання:

1. Проаналізувати наукову літературу з тематики феномену тілесної і сексуальної усвідомленості та взаємозв'язку цих феноменів із практикою релакстерапії.

2. Організувати та провести емпіричне дослідження.

3. Проаналізувати й проінтерпретувати отримані результати.

4. На основі отриманих даних організувати та провести формувальний експеримент з подальшим аналізом та інтерпретацією результатів.

5. З'ясувати, чи впливає практика релакстерапії на рівень тілесної і сексуальної усвідомленості, у тому числі: рівень дистресу, соматизації, тривожності, депресії та рівень інтероцепції.

**Дослідницькі питання:**

- Яке теоретичне підґрунтя впливу тілесно-орієнтованих методів, зокрема релакстерапії, на розвиток тілесної та сексуальної усвідомленості за

даними наукової літератури?

- Чи відрізняється рівень тілесної та сексуальної усвідомленості у жінок, які мають досвід релакстерапії, порівняно з жінками без такого досвіду?
- Чи змінюється рівень тілесної та сексуальної усвідомленості в учасниць формувального експерименту після проходження курсу релакстерапії?
- Чи сприяє релакстерапія зменшенню рівнів дистресу, тривожності, депресії, соматизації та підвищенню рівня інтероцептивної усвідомленості в учасниць?

**Методи дослідження:** Для досягнення поставлених завдань та перевірки висунутих гіпотез нами були використані наступні методи:

- Аналіз наукової літератури.
- Експериментальне психодіагностичне дослідження:
  - Анамнестична анкета.
  - Чотиривимірний опитувальник симптомів 4FDSQ (The Four-Dimensional Symptom Questionnaire);
  - Опитувальник багатовимірної оцінки інтероцептивного усвідомлення MAIA-2 (Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness, Version 2);
  - П'ятифакторний опитувальник майндфулнес (ПОМ-15);
  - Багатовимірний опитувальник сексуальності В. Снелла.
- Формувальний експеримент (з повторним застосуванням зазначених опитувальників).
- Математико-статистична обробка даних.

**База проведення дослідження:** Емпіричне дослідження проводилося онлайн за допомогою Google Form. Усього в опитуванні взяли участь 96 респондентів: 95 жінок та 1 чоловік. Вибірку учасниць із досвідом релакстерапії становили 27 осіб. Для урівноваження було рандомізовано

відібрано 27 учасниць, що не мають такого досвіду. Отже, загальна вибірка для емпіричного дослідження становила 54 учасниці.

У формувальному експерименті взяли участь понад 20 осіб із початкової вибірки; однак лише 14 з них надали повні повторні відповіді. Повторне тестування також відбувалося в онлайн-форматі за допомогою Google Form.

План занять базового курсу релакс-терапії, що став основою формувального експерименту, наведений у Додатку А.

**Структура роботи:** Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи становить 211 сторінок, обсяг основної частини — 113 сторінок. Список використаних джерел містить 97 позицій, включаючи українські та зарубіжні джерела.

## **РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ТІЛЕСНИХ ПРАКТИК ТА ЇХНЬОГО ВПЛИВУ НА СЕКСУАЛЬНУ І ТІЛЕСНУ УСВІДОМЛЕНІСТЬ ЖІНОК**

### **1.1. Поняття сексуальної і тілесної усвідомленості як психологічного явища**

У цьому розділі ми зосередимося на визначенні тілесної усвідомленості (body awareness) як психологічного феномена. У широкому розумінні тілесна усвідомленість є безперервним відстеженням актуальних тілесних відчуттів і передбачає стан, коли суб'єкт зосереджений на переживанні теперішнього моменту через усвідомлення сигналів свого тіла (Dossett, Fricchione & Benson, 2020; Mehling, 2011). Це здатність свідомості до інтроспекції фізіологічних станів власного організму.

Сексуальна усвідомленість у контексті тілесної усвідомленості — це здатність взаємодіяти зі своїм тілом, його фізичними відчуттями, емоціями та сексуальністю в позитивний і здоровий спосіб. Сюди входить розуміння власних бажань, кордонів, фізіологічних реакцій та емоцій, що виникають під час сексуальної активності. Важливим аспектом є здатність приймати своє тіло і сексуальність без осуду, а також розуміння того, як культура, виховання та особистий досвід можуть впливати на сексуальну ідентичність і поведінку (Calabro, Cacciola & Bruschetta, 2019).

Загалом тілесну та сексуальну усвідомленість можна розглядати як набір біомаркерів, що коригують із різними психопатологіями та психологічними станами. Серед цих станів можна відзначити тривогу, депресію, панічний розлад, розлади соматичних симптомів, нервову анорексію тощо.

Підвищення рівня усвідомленості тіла описується як ключовий елемент або механізм дії таких терапевтичних підходів, як йога, тайцзи, цигун, тілесно-орієнтована психотерапія, терапія усвідомленості, медитація, метод

усвідомленого руху Моше Фельденкрайза, дихальні техніки та інші. Усі ці підходи можна називати тілесно-орієнтованими.

Тілесна усвідомленість сприяє розумінню складових психічного здоров'я та його покращенню. На практиці це означає розробку втручань на основі тілесних практик. У науковій літературі такий підхід також отримав назву принципу роботи з психікою «знизу вгору», тобто через саморегуляцію тіла до саморегуляції ментальних процесів (Suksasilp & Garfinkel, 2022; Taylor, Goehler, Bourguignon, 2010).

На основі результатів пошуку наукових статей на ресурсах PubMed, GoogleScholar та ResearchGate можна стверджувати, що тема сексуальної усвідомленості є менш обговорюваною в наукових колах порівняно з темою тілесної усвідомленості. Можна припустити, що існує кілька причин, чому так відбувається. Головні з них: соціальні та культурні фактори, адже сексуальність — це тема, яка в багатьох культурах досі залишається табуованою, і, як наслідок, менше досліджується у наукових та академічних колах. Також недостатня інтеграція феномену сексуальної усвідомленості в наукові дискурси пов'язана з тим, що сексуальна усвідомленість потребує міждисциплінарного підходу, поєднуючи психологію, сексологію, соціологію, нейронауку і філософію. Багато науковців зосереджені на дослідженні окремих аспектів (наприклад, сексуального здоров'я, стосунків, психічного здоров'я), але концепція сексуальної усвідомленості як об'єднуюча теорія або практика досліджується рідше.

Свого часу розуміння сексуальних дисфункцій значно змінили дослідження Masters та Johnson (1970), описані в книзі *Human Sexual Inadequacy*, акцентуючи увагу на важливості психологічних і фізіологічних чинників у формуванні сексуального благополуччя. Вони показали, що сексуальна незадоволеність може бути результатом не лише фізичних, але й емоційних проблем, таких як стрес і тривожність. Це підкреслює важливість комплексного підходу, в якому дихальні та тілесно орієнтовані практики

можуть допомогти відновити сексуальну свідомість і покращити фізичне та емоційне благополуччя.

Останні роки розвивається напрям нейросексології. Дослідники, що працюють у цьому напрямі, стверджують, що сексуальна поведінка регулюється як підкірковими структурами, такими як гіпоталамус, стовбур головного мозку та спинний мозок, так і кількома ділянками кори головного мозку, які діють цілісно як оркестр для тонкого регулювання цієї базової, складної та універсальної поведінки. На центральному рівні дофамінергічні та серотонінергічні системи відіграють значну роль у різних факторах сексуальної реакції, хоча адренергічні, холінергічні та інші нейропептидні системи передачі також можуть робити свій внесок (Calabro, Cacciola & Bruschetta, 2019). Отже, взаємозв'язок нервових структур і стану нервової системи з одного боку та сексуальної поведінки з іншого не викликає жодних сумнівів. Відповідно, логічно припустити зв'язок стану нервової системи і сексуальної та тілесної усвідомленості.

Для вивчення феномену тілесної усвідомленості важливо розуміти, що поняття «тіло» і «тілесність» не є тотожними, їх слід розрізняти. Відтворення тіла у свідомості не обов'язково збігається 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.

Питання тілесності у психології бере початок з психоаналітичної традиції, у якій тіло розглядається не лише як біологічна основа, а як простір прояву несвідомого. Зокрема, З. Фройд послідовно підкреслював, що внутрішні психічні конфлікти виявляються через тіло. Він вважав, що невроз, який виникає через неусвідомлені конфлікти, часто проявляється через тілесні симптоми (Фройд, 1901), а психічні процеси мають свої корені в тілесних відчуттях і діях (Фройд, 1920). Таким чином, ще у фрейдистському баченні тіло не просто реагує на психіку — воно її репрезентує. Отже, усвідомлення себе нерозривно пов'язане з тілесним досвідом.

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. Залежності від стереотипів щодо тіла й тілесності, правил та норм, що приписуються певним групам населення чи професіям, поширеним 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 й інтегрувати його (Füstös, Gramann, Herbert, Pollatos, 2013).

Особистість не може функціонувати поза тілом, тож тіло є невід'ємною частиною людського існування. Щомиті воно задіяне в найрізноманітніших процесах. Ми задіюємо тіло не лише тоді, коли рухаємося, задовольняємо біологічні потреби, їмо чи миємося. Людина може відчувати тілом, відчувати емоції в тілі, проявляти свій стан через тіло, наприклад через розслабленість або скутість. У різних культурах світу завжди приділялася окрема увага тілу та його модифікаціям у релігійних практиках, мистецтві, соціумі. Тіло прикрашали, на ньому робили татуювання з давніх часів, через нього виявляли свою приналежність до соціальної групи чи до певної культури. Фактично, тіло постійно залучається до всіх наших процесів від народження до самої смерті. Водночас здебільшого люди не замислюються над тим, як згадані процеси життєдіяльності відбуваються в їхньому тілі і звертають увагу на сигнали тіла зазвичай лише тоді, коли тіло починає хворіти або з'являється сигнал болю.

Можемо припустити, що зневажливе ставлення до власного тіла і небажання приділяти йому достатньо уваги значною мірою виникло через нерозуміння постулатів християнської церкви. Переважна більшість українців є християнами за віросповіданням. Релігійність українців – одна з найвищих у світі. За підрахунками Хосе Казанови, старшого наукового співробітника

Берклійського центру релігії, миру та світових справ, заслуженого професора соціології, теології та релігієзнавства Університету Джорджтауна, лише 6–7% жителів України не вірять в Бога. Православними себе вважають 72–75% українців, ще 9% належать до греко-католиків (Щур, 2021).

І хоча християнська релігія словами апостола Павла говорить про те, що тіло — це храм для духа, церковні приписи створили безліч обмежень для стримування тілесних проявів, зокрема пости, схими тощо. Часто можна почути думку про те, що тіло не варте того, аби приділяти йому забагато уваги, що воно потрібне лише для забезпечення духовних потреб людини. Не лише такі поняття, як дух і душа, а й психіка багатьма людьми на побутовому рівні сприймається як щось окреме від тіла, невластиве тілу, щось, що може функціонувати самостійно і не залежати від фізіології людини.

Утім, ми знаємо, що за визначенням психіка — це здатність живої високоорганізованої матерії (мозку) відображати своїми станами навколишню дійсність, тобто психічні стани, процеси і властивості нерозривно пов'язані з фізіологічними процесами в тілі.

Між тілесними і психічними проявами існує прямий і зворотній зв'язок: соматичний стан впливає на стан психічний, і навпаки. Тож для покращення стану людини з психічними розладами, наприклад депресією, тривожністю чи ПТСР, варто працювати не лише з психікою, а й з тілом. Важливо пам'ятати, що будь-які травматичні події, зокрема переміщення, які впливають на цілісність тілесного Я, є важливим контекстом тілесного досвіду (Пападопулос, 2023). Як підкреслює Бессел ван дер Колк (2022), травматичні переживання не лише впливають на психіку, а й закріплюються у тілі — в патернах руху, диханні, тілесних рефлексах.

Габор Мате у своїй книзі *When the Body Says No: The Cost of Hidden Stress* описує, як прихований стрес може призвести до фізичних захворювань, підкреслюючи важливість усвідомлення тілесних сигналів. Автор зазначає, що стрес, неусвідомлений або занадто довго прихований, може мати руйнівні наслідки для здоров'я (Maté, 2011).

У Великому тлумачному словнику сучасної української мови тіло визначається як «організм людини або тварини в цілому з його зовнішніми і внутрішніми проявами; умовна назва матеріальної оболонки людини як протилежності її духовному, психічному світові; тулуб людини або тварини; шкірно-м'язовий покрив людини або тварини, м'язи, м'ясо». Тілесний визначається як той, що стосується тіла (Бусел, 2009).

Ми будемо розглядати тілесну та сексуальну усвідомленість через три основні аспекти: нейроцепцію, концепцію майндфулнес та через інтероцептивне усвідомлення. Це міждисциплінарні процеси, які досліджуються в галузях психіатрії, психології, нейропсихології та неврології. Саме на ці процеси спирається переважна більшість дослідників, описуючи феномени тілесної та сексуальної усвідомленості.

## **1.2. Нейроцепція, концепція майндфулнес та інтероцептивне усвідомлення як основні аспекти сексуальної і тілесної усвідомленості**

### **Нейроцепція**

Термін «нейроцепція» було введено Стівеном Порджесом у контексті полівагальної теорії, яка описує роль блукаючого нерва (*nervus vagus*) в регуляції емоцій, соціальних зв'язків та реакцій на страх. Порджес припустив, що у ссавців філогенетично виникла ієрархічна система стресової відповіді, яка включає не лише симпатичну та парасимпатичну нервові системи, а й мієліновий вагус, що регулює міміку та соціальні взаємодії (Порджес, 2020).

Нейроцепція, за Порджесом, описує, як нервова система без свідомої участі розпізнає безпеку чи загрозу в довкіллі. Цей процес відбувається в примітивних відділах мозку. У разі небезпеки активуються нервові ланцюги, сформовані для адаптивної оборонної поведінки, що реалізуються на фізіологічному рівні навіть до того, як людина усвідомить загрозу.

Стівен Порджес виявив, що в блукаючого нерва є два відгалуження, тобто парасимпатична система складається з двох гілок. Перша — дорсальновагальна — найстаріша частина автономної нервової системи, яку в

популярній літературі інколи називають рептильною системою. У випадку загрози для життя вона проявляється через реакцію виживання: іммобілізацію, завмирання, відключення (дисоціацію), колапс, ступор, втрату свідомості (це інколи називають шоковим станом). Еволюційно нова частина блукаючого нерва, вентрально-вагальна гілка (система емоційного і соціального зв'язку), активується лише в ситуації безпеки. А безпека можлива тільки тоді, коли є зв'язок з іншими (з членами родини, побратимами або з близькою люблячою людиною, якщо навіть у цей момент її поруч немає – можливо, ця людина навіть пішла із життя); зі світом (із духовним світом також, що в нашій культурі усвідомлюється як зв'язок із Богом, ангелом-охоронцем). Разом із симпатичною нервовою системою, що відповідає за мобілізацію і проявляється реакціями виживання («борися або втікай»), ці три комплекси регулюють роботу нашого тіла, внутрішніх органів, допомагають підтримувати гомеостаз (динамічний баланс). На цій теоретичній основі і була створена полівагальна теорія, що описує, як працює вегетативна нервова система: як сприймає інформацію, як регулює роботу внутрішніх органів, реагує на ситуацію, а також зв'язок нервової системи з емоційним станом і поведінкою (Царенко, 2024).

Крім того, полівагальна теорія припускає, що особи з ослабленими соціальними системами, наприклад через хронічну психотравму, можуть сприймати безпеку як загрозу, а реальні небезпеки як безпечні умови. Це свідчить про дисфункцію внутрішньої системи зворотного зв'язку, яка не здатна захистити організм у таких умовах.

Добра новина полягає в тому, що вегетативну нервову систему можна тренувати з метою поліпшення фізичного і психічного здоров'я. При цьому Порджес підкреслює важливість регулярності і терпіння під час таких тренувань, оскільки результат буде видно не одразу, а через тривалу практику (Порджес, 2020). Зокрема, Порджес акцентує на важливості діафрагмального дихання, яке активує вагусний нерв. Глибоке, повільне дихання через діафрагму допомагає стимулювати парасимпатичну нервову систему і знижує

рівень стресу. Вагусний нерв також можна активувати через голосові зв'язки, тому Порджес радить використовувати музику, спів або навіть пісні для стимуляції вагуса. Він зазначає, що при розмові заспокійливим голосом можна допомогти собі або заспокоїти інших. Крім того, Порджес радить звертати увагу на фізичні відчуття і використовувати тілесні практики, такі як масаж, йога і розтягування, що включають контрольоване дихання та розслаблення.

Ефективність дихальних практик була засвідчена численними дослідженнями, зокрема в контексті зменшення стресу, тривожності та депресії. Brown RP та Gerbarg PL (2017) у своїй роботі підкреслюють, що техніки дихання можуть бути корисними в психіатричній практиці для лікування таких психічних станів, як стрес, тривожність і депресія. Вони зазначають, що ці техніки сприяють активації парасимпатичної нервової системи, що дозволяє знижувати рівень стресових реакцій та полегшувати емоційне напруження. У сучасних дослідженнях акцентується увага на використанні дихальних технік для зменшення стресу серед медичних студентів, які перебувають у високому психоемоційному навантаженні. Автори дослідження Gerbarg et al (2023), стверджують, що дихання може значно знижувати рівень стресу, покращувати концентрацію та загальну психоемоційну стабільність. Ці результати підтверджують, що дихальні техніки можуть бути ефективними інструментами не лише для зменшення стресу, але й для розвитку тілесної свідомості.

Автор полівагальної теорії зазначає, що ритмічні рухи можуть стимулювати вагусний нерв і заспокоювати організм. Це можуть бути ритмічні прогулянки, легкі вправи, а також медитативні рухи, які нагадують качання чи танець.

Зауважимо, що всі зазначені прийоми: діафрагмальне дихання, фокусованість на диханні, заспокоєння голосом, ритмічні рухи, самомасаж і розтягування з фокусом на тілі є елементами релакстерапії.

## **Майндфулнес (Mindfulness)**

Майндфулнес означає безоціночну усвідомленість, яка виникає внаслідок свідомого скерування уваги на теперішній момент власного досвіду (Каплуненко & Кучина, 2023).

Ця практика навчає бути повністю присутніми «тут і зараз», помічати звичні стани нашої свідомості, контролювати увагу та поведінку. Вона передбачає привернення власної уваги до того, що відбувається навколо нас, і як ми на це реагуємо (Fjorback, 2012). Люди, які практикують майндфулнес, не настільки вразливі до стресу через те, що можуть увімкнути мета-увагу і опрацювати події та ситуації, які їх виснажують.

Майндфулнес може бути короточасним станом або сталою рисою особистості, що характеризується уважним ставленням до повсякденного життя.

Концепцію майндфулнес у 1970-х роках розробив Джон Кабат-Зінн, професор Массачусетського університету, створивши метод усвідомленої медитації для саморегуляції та зниження стресу. Джон Кабат-Зінн (Kabat-Zinn, 1990) у своїй класичній роботі «Full Catastrophe Living» акцентує на важливості практик майндфулнес в контексті тілесної свідомості. Автор стверджує, що усвідомлене сприйняття тіла допомагає зменшити вплив стресу, болю та хвороб, сприяючи психо-емоційному відновленню.

Практика майндфулнес полягає в постійному поверненні уваги до тілесних відчуттів і переживань через усвідомлені дії. Джон Кабат-Зінн визначав майндфулнес як «безоцінкову усвідомленість, яка виникає внаслідок свідомого зосередження уваги на теперішній / поточний момент свого досвіду» (цитата за Мазай, 2024). При цьому передбачається тренування довільної уваги, а також підвищення рівня усвідомлення реакцій на стресові подразники, що допомагає розвинути психологічну стійкість. Прикметно, що в ті часи медитація вважалася маргінальною, а ідея про те, що вона може відігравати бодай якусь позитивну роль у лікуванні, абсурдною (Dossett, 2020).

Згідно з дослідженням Braun S. та ін. (2013), ментальна практика може відігравати ключову роль у реабілітації та відновленні функцій організму. Важливість підвищення сексуальної свідомості жінок через майндфулнес підкреслюється в роботах Brotto (2018), де акцентується увага на розвитку сексуального бажання через уважність. Більш того, Brotto та Basson (2014) вказують на значне поліпшення сексуального бажання у жінок після групової майндфулнес-терапії, що свідчить про ефективність таких підходів у контексті релаксаційних практик.

На основі концепції майндфулнес була розроблена майндфулнес-орієнтована когнітивна терапія (МОКПТ), що поєднує майндфулнес з елементами когнітивно-поведінкової терапії. Метою цієї терапії є переривання автоматичних реакцій на думки, емоції та події. МОКПТ використовується для лікування депресії, тривожних розладів, синдрому хронічної втоми та порушень харчової поведінки. Ця програма отримала офіційне визнання, зокрема її рекомендує Національний інститут клінічної і здоров'я Великої Британії (NICE). В Україні Міністерство охорони здоров'я також рекомендує використовувати методи майндфулнес (Жити «тут і зараз», або що таке майндфулнес, 2023).

### **Інтероцептивне усвідомлення (Interoceptive awareness)**

Останні десятиліття характеризуються значним збільшенням публікацій, присвячених інтероцепції. Цей феномен активно досліджується у психіатрії, психології та нейробіології. Інтероцепція розглядається як основа сучасного підходу до алостазу — процесу, за допомогою якого мозок передбачає потреби тіла та намагається задовольнити ці потреби до того, як вони виникнуть.

Інтероцепція означає здатність усвідомлювати внутрішні відчуття тіла, зокрема частоту серцевих скорочень, дихання, відчуття голоду, температуру, біль та емоційні стани (Weir, 2023). Цей процес можливий завдяки інтеграції

інформації, що надходить із внутрішніх органів, у центральну нервову систему (Desmedt O, Heeren A, Corneille O, Luminet, 2022).

Обробка інформації про фізіологічні стани є критично важливою для виживання, оскільки вона дозволяє нервовій системі підтримувати гомеостаз та задовольняти фізіологічні потреби організму. Інтероцепція відіграє важливу роль в емоційному самопізнанні та регуляції емоцій, а також впливає на прийняття рішень і відчуття володіння тілом (Craig, 2004). Відтак вона може пояснити зв'язок між інтероцептивними здібностями та психічним здоров'ям, зокрема між здатністю людини до відчуття й усвідомлення власного дихання та депресією і тривожністю (Macnaughton, 2020).

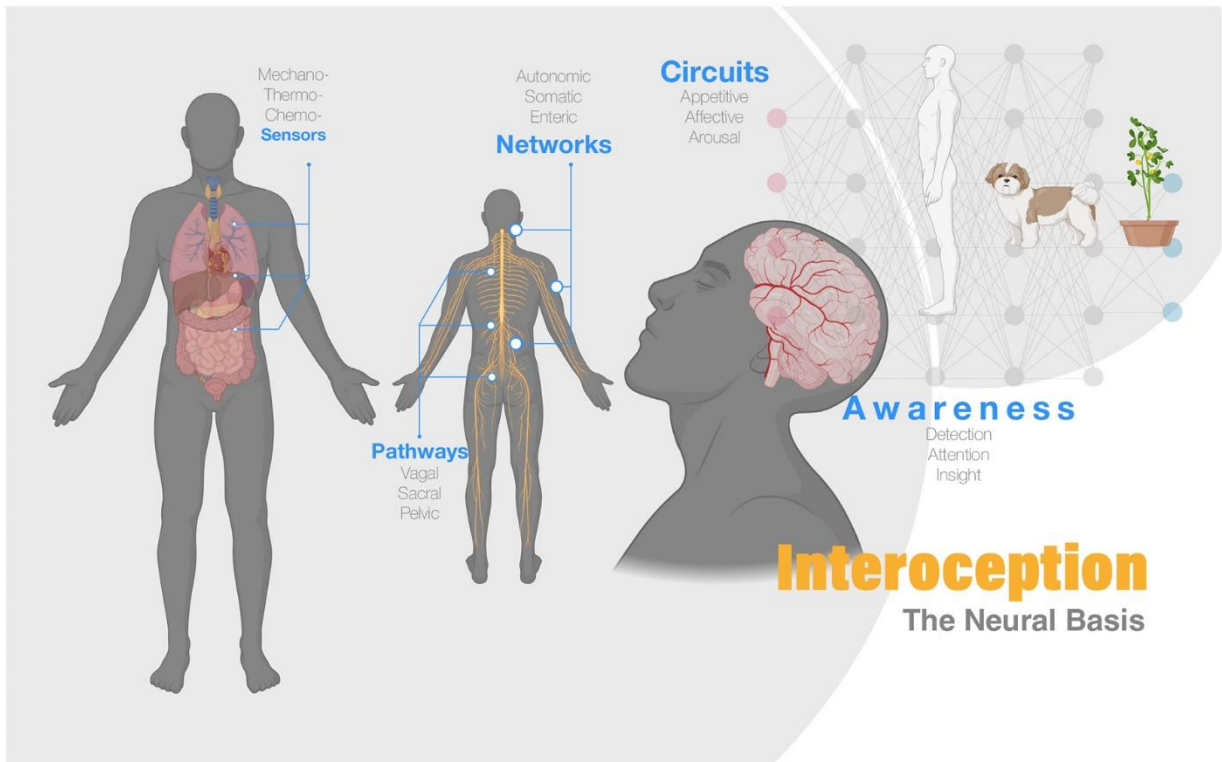


Рис. 1.1. Континуум інтероцепції (Berntson & Khalsa, 2021)

Berntson і Khalsa (2021) стверджують, що інтероцепція — це нейронний процес, який охоплює сенсори (зокрема механорецептори, терморецептори, хеморецептори, осморорецептори, гуморальні рецептори, глюкоорецептори та вільні нервові закінчення), нервові шляхи (блукаючий, черепно-мозкові, крижові, спіноталамічні та соматосенсорні), нейронні мережі (центральна й

периферична вегетативна нервова система, ентерична система, таламокортикальні, гіпоталамічні, лімбічні та сенсомоторні мережі), функціональні контури (афективні, теплові, ноцицептивні, когнітивні, соціальні та загрозові), а також рівні усвідомлення (виявлення, увага, інсайт, інтенсивність сприйняття, розрізнення, точність і чутливість).

Кожен із цих компонентів сприяє функціонуванню наступного, хоча більшість обробки інтероцептивних сигналів відбувається поза межами свідомого сприйняття. Крім того, інтероцептивне усвідомлення базується на контурно-опосередкованих уявленнях про внутрішнє тілесне «Я» (наприклад, «моє тіло» — зображено як манекен у верхньому правому куті) і суттєво відрізняється від подібних уявлень про інші живі об'єкти (як-от «собака», «рослина» тощо).

Проте важливо зауважити, що інтероцепція — це не лише зчитування сигналів від рецепторів, а й складний процес сприйняття, який регулюється мозком. Наприклад, те, як ми сприймаємо навколишнє середовище, тісно пов'язане з відстеженням серцебиття, що є частиною інтероцепції. Коли серце скорочується, мозок отримує менше візуальної інформації з навколишнього світу. Мозок також прогнозує, що може відбуватися на основі минулого досвіду та поточного фізіологічного стану, комбінуючи ці прогнози з вхідними сенсорними даними для створення сприйняття навколишнього світу. Отже, інтероцептивні відчуття сприймаються не через органи чуття, а безпосередньо мозком (Aspell, Heydrich, Marillier, Lavanchy, Herbelin, & Blanke, 2013).

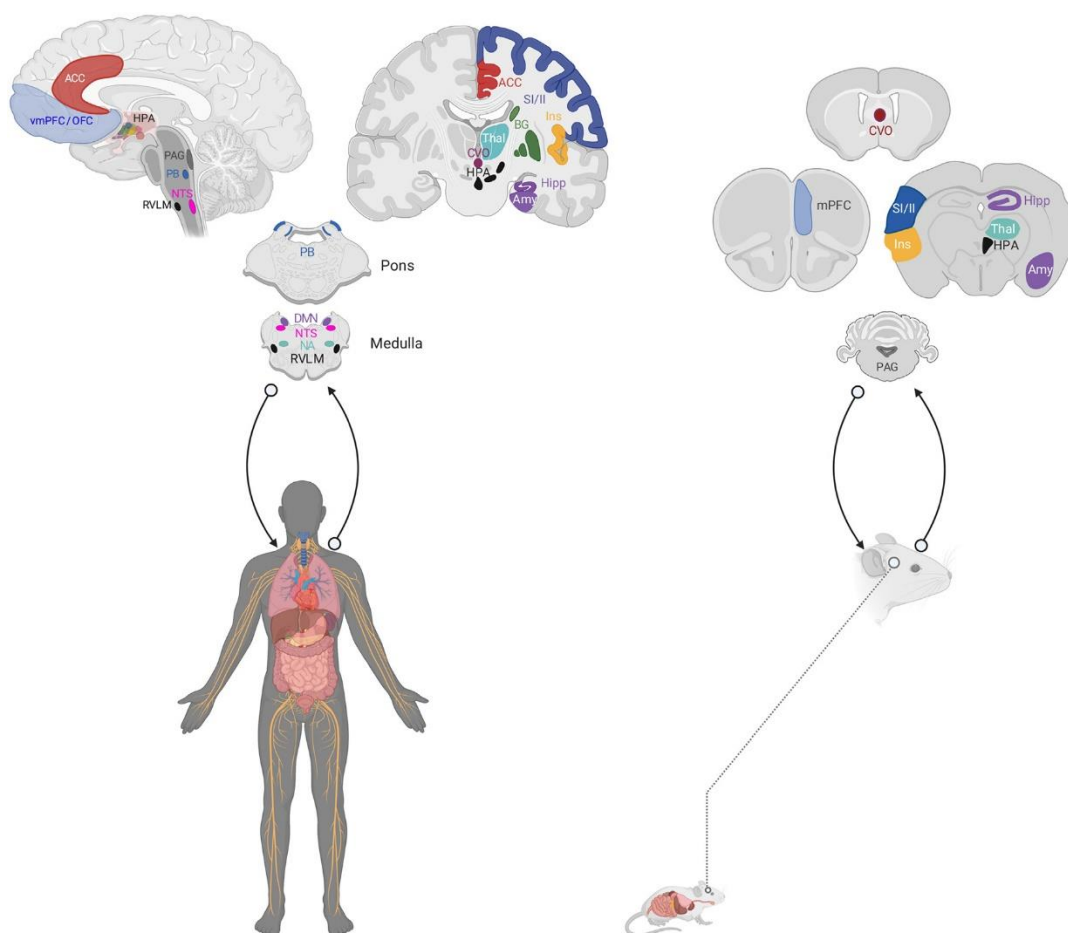


Рис. 1.2. Ділянки мозку, залучені до інтероцептивної обробки (Berntson & Khalsa, 2021)

На Рисунку 1.2. показані ділянки мозку, залучені до інтероцептивної обробки (Berntson & Khalsa, 2021). Автори стверджують, що існує міжвидова прогалина в нашому розумінні того, як інтероцептивні сигнали передаються через центральну нервову систему від тіла. У людей добре описана роль кортикальних і лімбічних зон мозку, з меншим акцентом на передачу інтероцептивних сигналів від тіла до зон стовбура мозку (наприклад, до NTS — ядра одинокого шляху, PB — парабрахіального ядра). І навпаки, у тваринних моделях, включаючи гризунів (як показано на Рисунку 1.2.), роль передачі інтероцептивних сигналів від тіла до ділянок стовбура мозку (наприклад, NTS — ядра одинокого шляху) описана добре, з меншим акцентом на роль передачі сигналів до вищих ділянок кори головного мозку. Висхідні

стрілки на Рисунку 1.2. позначають аферентну передачу сигналу, а низхідні стрілки позначають еферентну передачу сигналу.

Результати пошуку наукових матеріалів на ресурсах PubMed, GoogleScholar та ResearchGate свідчать про те, що дослідники виявляють зв'язки інтероцептивної усвідомленості з різними психічними розладами, включаючи тривогу, депресію, obsесивно-компульсивні розлади, травми, вживання психоактивних речовин, нервова анорексія, нервова булімія, суїцидальність тощо (Ambrosecchia et al, 2017; Desmedt et al, 2022; Füstös 2013; Suksasilp & Garfinkel, 2022). Дослідники констатують, що на фоні психічних розладів відбувається порушення інтероцептивних відчуттів, тобто розрив між сигналами тіла та їх інтерпретацією мозком. Фактично, інтероцептивна усвідомленість розглядається як універсальний діагностичний фактор ризику багатьох психічних захворювань. При цьому негативний вплив на психіку спостерігається як за умови інтероцептивної дисфункції, так і за посилення інтероцептивних відчуттів.

Зокрема, дослідження показали, що у пацієнтів з тривожними розладами може бути підвищена увага й точність у визначенні інтероцептивних процесів, таких як серцебиття. Це явище часто супроводжується гіперактивацією передньої поясної кори — зони мозку, яка відповідає за обробку внутрішніх відчуттів. Зокрема, такі пацієнти можуть демонструвати кращу здатність визначати серцебиття порівняно з людьми, які не страждають на тривожні розлади. Це може бути пов'язано з надмірною увагою до фізіологічних змін, що (своєю чергою) може посилювати переживання тривоги та стимулювати циклічний характер тривожних симптомів (Füstös, 2013).

Натомість жінки з депресією менш точно підраховували серцебиття порівняно з чоловіками, і загалом пацієнти з депресією можуть демонструвати знижену точність в оцінці серцебиття порівняно з людьми, які страждають на тривожні розлади або панічні атаки. Проте депресія, яка супроводжується високим рівнем тривоги, може бути пов'язана з покращеною точністю в таких

задачах, вказуючи на взаємозв'язок між депресивними симптомами і рівнем тривоги (Dunn, Dalgleish, Ogilvie, Lawrence, 2007).

У цілому, якщо говорити саме про серцево-судинну систему, то вона є одним із важливих каналів інтероцепції. Показники її діяльності можуть служити біомаркерами для багатьох нейропсихіатричних розладів, що має велике значення для клінічних досліджень.

Серцева інтероцепція визначається як процес сприйняття, збереження та репрезентації інформації про функціональний стан серцево-судинної системи. Подібно до інших інтероцептивних модальностей, вона може бути структурована на окремі компоненти: увагу, поріг виявлення, інтенсивність симптомів, точність, розрізнення та суб'єктивну оцінку. Кожен із цих аспектів піддається окремому емпіричному дослідженню. Для оцінювання інтероцептивного усвідомлення, пов'язаного з серцево-судинною системою, зазвичай застосовують електрокардіографію або пульсоксиметрію. Ці методи передбачають фокусування уваги респондентів на відчуттях серцебиття (тобто інтероцептивну увагу) й передбачають самозвіт для оцінки суб'єктивного досвіду.

Окрім серцево-судинної системи, важливими каналами інтероцепції в тілі є:

- дихальна система (спостереження за змінами в диханні в умовах стресу або в ході спеціальних дихальних вправ),
- травна система (спостереження за відчуттями в животі в різних умовах, відстеження відчуття голоду, ситості або дискомфорту в шлунку й кишечнику),
- кінестетичне сприйняття (відчуття положення тіла, рухи м'язів і суглобів, оцінка здатності до усвідомлення рухів та поз у просторі через вправи на координацію й баланс),
- відчуття тепла, холоду, болю і дотику (оцінка чутливості до температурних змін або вимірювання реакції на тактильні стимули),

- артеріальний тиск (відчуття змін тиску, яке позначається на фізіологічному стані людини, наприклад запаморочення або головний біль).

Основні канали інтероцепції:

- Блукаючий нерв (n. vagus) — це головний шлях передачі сигналів від внутрішніх органів до мозку. Він передає інформацію про стан серця, легенів, шлунково-кишкового тракту та інших органів.
- Спінально-таламічний шлях (lamina I spinothalamic tract) — цей шлях передає сигнали від рецепторів, що реагують на біль, температуру та хімічні зміни, до таламуса і далі до кори головного мозку.
- Класичний вісцеросенсорний шлях — включає передачу сигналів від внутрішніх органів через спинний мозок до мозку, зокрема через дорсальні корінці спинного мозку.
- Гормональні та хеморецепторні шляхи — сигнали про стан внутрішнього середовища можуть передаватися через гормони та хеморецептори, які реагують на зміни в складі крові, такі як рівень глюкози чи вуглекислого газу.
- Соматосенсорні шляхи — деякі сигнали від шкіри та м'язів, такі як відчуття тиску чи розтягнення, також можуть бути частиною інтероцептивної системи, оскільки вони інформують про стан тіла зсередини.

Ці канали разом утворюють складну систему, яка дозволяє мозку отримувати та обробляти інформацію про внутрішній стан організму, що є критично важливим для підтримання гомеостазу та адаптивної поведінки.

Сучасні концептуалізації часто вважають, що інтероцепція передбачає інтегративну інтерпретацію внутрішніх і зовнішніх подразників — у когнітивному/емоційному контексті — для отримання загального фізіологічного уявлення про стан тіла, включаючи свідомі та несвідомі аспекти (Berntson & Khalsa, 2021).

За визначенням Berntson & Khalsa, 2021, інтероцепція — це нервовий процес, який проходить через сенсори (наприклад, механорецептори, терморецептори, хеморецептори, осморецептори, гуморальні рецептори, глюкорецептори та вільні нервові закінчення), шляхи (наприклад, вагусні, краніальні, сакральні, спіноталамічні та соматосенсорні), мережі (наприклад, центральні та периферичні вегетативні, ентеральні, таламокортикальні, гіпоталамічний, лімбічний, сенсомоторний, помітний і типовий), схеми (наприклад, апетит, афективність, збудження, теплова, ноцицептивна, когнітивна, соціальна та загроза) та обізнаність (наприклад, виявлення, увага, проникливість, величина, розрізнення, точність і чутливість)». Кожен компонент сприяє наступному, хоча більшість процесів обробки інтероцептивних сигналів відбувається за межами свідомого усвідомлення організму. Крім того, інтероцептивне усвідомлення спирається на репрезентації внутрішнього тілесного «я» на основі схеми і суттєво відрізняється від інших репрезентацій інших живих об'єктів.

У дослідженнях Solms і Panksepp (2012) наголошується, що відчуття тіла формується не лише через зовнішнє сприймання (дотик, рух, зоровий образ), а й через внутрішні сигнали з організму — дихання, серцебиття, голод, біль тощо.

Фактично, Solms і Panksepp вибудовують концепцію, згідно з якою мозок сприймає тіло як зовнішній об'єкт. Автори розрізняють два способи представлення тіла в мозку:

- Зовнішнє тіло: представлене через соматотопічні карти на корковій поверхні, пов'язані з сенсорними рецепторами, що формують образ тіла як об'єкта сприйняття.
- Внутрішнє тіло: пов'язане з автономними процесами, представлене в глибших структурах мозку, таких як гіпоталамус, і формує фоновий стан «буття», який є суб'єктивним відчуттям себе.

Ці внутрішні тілесні сигнали створюють емоційний фон нашого досвіду — відчуття комфорту, напруги, тривоги або спокою — ще до того, як ми починаємо щось аналізувати чи усвідомлювати. На думку авторів, саме такі глибокі, афективні сигнали з тіла (пов'язані з так званим «внутрішнім тілом») є першоосновою для формування свідомості та образу себе. Це означає, що відчуття «я є» виникає з тіла, і тільки потім до нього підключається мислення, увага, мовлення тощо. Саме внутрішнє тіло — у процесі своєї життєдіяльності — генерує фонове афективне відчуття «я існую», що становить первинний шар свідомості.

Отже, тілесна усвідомленість — не лише про спостереження за тілом, а про здатність переживати себе через тілесні відчуття. «Ід знає більше, ніж Его готове визнати» — підсумовують Solms і Panksepp (2012), вказуючи на домінуючу роль афективно-тілесного ядра в структурі особистості. Така концепція підтверджується тим, що, окрім традиційної моделі «п'яти органів чуття», сучасна нейронаука визнає існування щонайменше двадцяти сенсорних систем, серед яких — інтероцепція, пропріоцепція, вестибулярна система та інші внутрішні чуття (Barrett, 2023). Це підкреслює важливість внутрішнього тіла як джерела самосприйняття.

Важливим є те, що здорове інтероцептивне усвідомлення можна тренувати, так само, як можна тренувати вегетативну нервову систему і розвивати усвідомленість (майндфулнес). Вивчення і тренування інтероцепції включає підвищення чутливості до внутрішніх тілесних відчуттів і покращення здатності розпізнавати ці відчуття в реальному часі (Weir, 2023). Це може бути корисним як для людей, які мають труднощі з усвідомленням своїх фізіологічних процесів, таких як серцебиття, дихання чи напруга в тілі, так і для тих, хто надмірно зосереджений на процесах у тілі чи просто хоче покращити свою здатність до саморегуляції й управління стресом.

Українські дослідники в останні два роки майже не зверталися до вивчення інтероцепції. Серед небагатьох робіт можна відзначити, що Скрипник і Зарубіна описували інтероцепцію в контексті дослідження

ефективності методики «Прогресивна балетна техніка» (Скрипник & Зарубіна, 2024).

### **1.3. Релакстерапія як різновид тілесноорієнтованої психотерапії**

Релакстерапія (від лат. *relaxatio* — розслаблення) є тілесно-орієнтованою практикою, що має на меті відновлення психоемоційного балансу, зниження рівня стресу, підвищення тілесної усвідомленості та формування навичок саморегуляції. Вона ґрунтується на міждисциплінарному підході, що об'єднує методи соматичної психотерапії, тілесно-орієнтованих практик, майндфулнесу, а також елементів дихальних технік, візуалізацій і прогресивної м'язової релаксації (Feldenkrais, 2009; Levine, 2015; Hanna, 2004).

Релакстерапія як метод була створена психологом і реабілітологом Ольгою Ігнатенко. Саме вона поєднала різні методи в єдину комплексну оздоровчу систему.

Заняття з релакстерапії передбачають використання комплексу практик, спрямованих на відновлення зв'язку зі своїм тілом, розпізнавання емоцій через тілесні сигнали, зменшення м'язового напруження та відновлення гомеостазу нервової системи. Основними структурними елементами занять є:

1. Створення безпечного простору — учасникам пропонується комфортне середовище, що сприяє внутрішньому розслабленню, зниженню тривоги та формуванню довіри. Це відповідає полівагальній теорії Порджеса (Порджес, 2020), згідно з якою стан соціальної безпеки активує парасимпатичну нервову систему та сприяє відновленню.

2. Створення карти тіла. Карта тіла — це внутрішня, психофізіологічна репрезентація власного тіла, яка формується на основі соматичних, інтероцептивних, пропріоцептивних та емоційних відчуттів. Вона відображає не лише фізичні аспекти (наприклад, положення тіла, больові або приємні зони), а й емоційне забарвлення та особистісне ставлення до окремих частин тіла (Schwoebel & Coslett, 2005; Tsakiris, 2010). У контексті тілесних практик і релакстерапії створення карти тіла на початку заняття

виконує функцію вхідної саморефлексії — учасниці усвідомлюють своє актуальне тілесне й емоційне самопочуття. Завершення заняття аналогічною процедурою дає змогу учасниці помітити зміни: у напруженні, диханні, русі, відчутті простору, внутрішній тиші. Така динаміка усвідомлення змін є основою тілесно-орієнтованої інтеграції (Mehling et al., 2011; Fogel, 2009). Створення карти тіла сприяє розвитку інтероцептивної уважності, покращує емоційну регуляцію, а також є ефективним діагностичним та терапевтичним інструментом у роботі з психосоматичними симптомами, травмою і тривогою (Price & Hooven, 2018; Mehling et al., 2011).

3. Уповільнення і тілесне налаштування — включає вправи на тілесне заземлення (grounding), усвідомлене дихання і легкі рухи. Цей етап сприяє переключенню уваги з ментального рівня на тілесний, формує контакт із тілом (Mehling et al., 2011).

4. Основна частина заняття — застосовуються техніки глибокої м'язової релаксації (наприклад, за Джекобсоном), тілесні вправи у стилі Feldenkrais або Alexander Technique, усвідомлений рух, дихальні та візуалізаційні практики, рухлива медитація, практики майндфулнесу. Такі підходи сприяють зниженню активності симпатичної нервової системи, покращенню регуляції емоцій та підвищенню інтероцептивної чутливості (Craig, 2004; Füstös et al., 2013).

5. Рефлексія — вербалізація або невербальне вираження пережитого досвіду через діалог, малюнок або інші арт-методи. Це сприяє інтеграції тілесного досвіду в когнітивний простір, розвитку метаусвідомлення і кращому засвоєнню ефекту (Raune et al., 2015).

6. Завершення заняття — м'яке повернення до щоденної активності, стабілізація стану, іноді — коротке коло зворотного зв'язку.

Принципи, що лежать в основі релакстерапевтичного процесу, включають:

- Тілесну усвідомленість (body awareness) — розвиток здатності розпізнавати та ідентифікувати тілесні сигнали, що є основою для саморегуляції (Shields et al., 1989; Mehling et al., 2011);
- Ненасильницький підхід — повага до меж тіла, уникнення примусу до дії або глибоких емоційних переживань без готовності клієнта;
- Ритм та м'якість — практика відбувається у повільному темпі, з акцентом на м'який рух, паузи, спостереження;
- Сенсомоторна інтеграція — поєднання руху, дихання, емоційного стану та когнітивної рефлексії.

Варто зазначити, що релаксаційні практики демонструють позитивні ефекти у сфері зниження тривоги, симптомів психосоматичних розладів, підвищення інтероцептивної чутливості та тілесної інтеграції (Dossett et al., 2020; Dieterich-Hartwell & Melsom, 2022). Також вони є ефективним інструментом у роботі з жінками, які мають труднощі із тілесним сприйняттям, сексуальною усвідомленістю або зазнали травматичного досвіду (Williamson, 2023).

Наукові засади релакстерапії ґрунтуються на уявленні про тілесний субстрат психіки та можливість регуляції психічного стану через свідоме розслаблення м'язів, контроль дихання і увагу до внутрішніх відчуттів (Feldenkrais, 2009; Dossett et al., 2020). Особливої уваги в цьому контексті заслуговує полівагальна теорія С. Порджеса, яка пояснює зв'язок між тілесними процесами, соціальною поведінкою та регуляцією афектів через автономну нервову систему, зокрема блукаючий нерв (Порджес, 2020).

Існують різноманітні підходи до виконання релаксаційних практик, серед яких найбільш відомими є: прогресивна м'язова релаксація Е.Джекобсона (Conrad & Roth, 2007), аутогенне тренування Й. Шульца, соматика Томаса Ханни (Hanna, 2004), метод Фельденкрайза (Feldenkrais, 2009), тілесно-орієнтована психотерапія та соматичний досвід Пітера Левіна (Levine, 2015). Незважаючи на відмінності у техніках, всі вони базуються на

принципі відновлення зв'язку зі своїм тілом через усвідомлене сприйняття, прийняття і модифікацію тілесних відчуттів.

Зокрема, використання тілесних практик на основі принципів соматки дає змогу підвищити рівень тілесної ідентичності, усвідомленості руху та тілесних кордонів, що є критично важливим у роботі з жінками, які пережили психоемоційні травми, або мають досвід дисконекції зі своїм тілом через хронічний стрес чи соціальні фактори (Williamson, 2023; Ambrosecchia et al., 2017). Методика Томаса Ханни (Hanna Somatics), описана Bennett (2020), ґрунтується на повільному, усвідомленому русі, що спрямований на розпізнавання і перебудову хронічних м'язових напружень, пов'язаних із тілесною пам'яттю та стресом. Однією з ефективних тілесноорієнтованих практик є метод Фельденкрайза, що акцентує увагу на усвідомленому русі. Дослідження впливу програми *Awareness Through Movement* на рівень ситуативної тривожності виявило статистично значуще її зниження. Це свідчить про потенціал методу в контексті релакстерапії, спрямованої на покращення тілесного усвідомлення та регуляцію емоційних станів (Kerr, Kotynia, Kolt, 2002).

Отже, релакстерапія виступає як ефективна інтегративна практика, що поєднує психологічні, тілесні та нейрофізіологічні компоненти, сприяючи гармонізації функціонування особистості.

Таким чином, релакстерапія — це не просто метод релаксації, а цілісна тілесно-психологічна практика, що формує новий рівень усвідомлення, взаємозв'язку з тілом та емоційною сферою, сприяючи гармонізації внутрішнього стану особистості.

Особливо до практики релакстерапії запрошуються особи, які мають такі скарги: тривожні, депресивні стани, порушення сну, надчутливість нервової системи, складності з концентрацією уваги, психосоматичні розлади, хронічний біль в тілі, міжхребцеві грижі, протрузії, запалення нервів, остеохондроз, оніміння в кінцівках, знижена чутливість, гіпертонія, хронічна

втома, психологічне виснаження, запаморочення, загальна слабкість в тілі, скутість суглобів і хребта, порушення серцевого ритму, головні болі.

В Україні потреба у техніках самоусвідомлення та релаксації була актуальною ще до початку повномасштабного вторгнення, однак саме воєнні події 2022 року значно підвищили інтерес до релакстерапії як засобу психоемоційної саморегуляції. Високий рівень дистресу в українському суспільстві формується впродовж понад десяти років — спершу внаслідок бойових дій на сході України та пандемії COVID-19, а згодом через широкомасштабну війну з росією.

Підхід, що застосовується в релакстерапії, має спільні риси з класичною вербальною психотерапією, насамперед у контексті принципу ненасильницької взаємодії з клієнтом. Релакстерапевт не нав'язує учасникам жорстко структурованих інструкцій щодо виконання рухів, а натомість створює простір для індивідуального досвіду й саморегуляції. Зокрема, замість чітких настанов, як саме виконати, наприклад, нахил колін ліворуч, фахівець пропонує знайти варіант руху, який буде найбільш зручним і органічним для кожної учасниці. Це відповідає принципам соматичних методів, у яких особливу увагу приділяють тілесному самосприйняттю, інтероцептивній чутливості та розвитку суб'єктивної тілесної автономії (Mehling et al., 2011; Fogel, 2009).

У процесі занять релакстерапевт постійно орієнтує увагу учасників на комфортність виконання вправ, заохочуючи їх прислухатися до сигналів тіла та обирати найоптимальніший спосіб руху в кожному конкретному випадку. Така позиція фахівця резонує з клієнт-центрованим підходом в психотерапії, де терапевт не є директивним авторитетом, а виконує функцію фасилітатора особистісного досвіду клієнта (Rogers, 1951).

Таким чином, релакстерапія не спирається на нормативні критерії або стандартизовані вимоги до правильності рухів. Натомість у центрі уваги — розвиток безоціночного сприйняття власного тіла, розширення спектру

тілесного самодослідження та формування навичок тілесної рефлексії (Caldwell, 2014; Порджес 2020).

Ще однією важливою особливістю є розмежування відповідальності: якщо за організацію процесу відповідає релакстерапевт, то за якість та глибину отриманого досвіду — самі учасники. Це положення знову ж таки відображає фундаментальні принципи гуманістичної терапії, де розвиток здатності до саморегуляції та самовідповідальності клієнта вважається однією з основних цілей психотерапевтичного впливу (Bugental, 1987).

У процесі підготовки до заняття релакстерапевт дотримується динамічного підходу, адаптуючи темп, інтенсивність і складність вправ до актуального психофізичного стану групи. Спостерігаючи за реакціями учасників, спеціаліст може змінювати план сесії в реальному часі, що є характерною рисою тілесно-орієнтованих практик із клієнтоцентрованою модальністю (Feldenkrais, 2009; Caldwell, 2014).

Важливо зазначити, що успішне засвоєння релаксаційних технік та досягнення терапевтичного ефекту значною мірою залежать від дотримання певних принципів, що задають не лише технічний, а й емоційно-когнітивний вектор виконання вправ. На початку курсу та перед першими заняттями учасникам детально пояснюються такі основні засади:

1. Принцип антизусилля (мінімального м'язового зусилля). Цей принцип передбачає свідоме уникання м'язового перенапруження під час виконання технік. Такий підхід базується на нейрофізіологічному розрізненні між симпатичною та парасимпатичною активністю: фізичне зусилля зазвичай активує симпатичну нервову систему, що асоціюється зі станом мобілізації («бий або тікай»), тоді як мета релакстерапії — активація парасимпатичної гілки, зокрема через стимуляцію блукаючого нерва, що відповідає за відновлення та заспокоєння організму (Порджес, 2020; Khalsa et al., 2018). Тому всі рухи в релакстерапії виконуються повільно, м'яко та з мінімальними зусиллями — на межі чуттєвого сприйняття, а не тренувального зусилля.

2. Принцип максимального тілесного комфорту. Відповідальність за підтримання тілесного благополуччя покладається на самих учасниць. Вони мають право не виконувати вправи, які викликають дискомфорт чи небажання. Простір заняття організовується так, щоб кожна учасниця мала доступ до індивідуальних засобів комфорту — пледів, подушок, ковриків, тепла, тиші (Price & Hooven, 2018). Така автономія респондентки в процесі вибору дозволяє підтримати внутрішній локус контролю та формує відчуття безпеки.

3. Принцип інтероцептивної уваги. Техніки виконуються із закритими очима, без візуального орієнтування на тренера чи інших учасниць. Це спрямовано на розвиток інтероцептивного усвідомлення — здатності помічати внутрішні сигнали тіла, такі як напруга, біль, дихання, серцебиття, тепло тощо (Mehling et al., 2011). Така концентрація на тілесному досвіді сприяє покращенню емоційної регуляції, зменшенню тривоги та розвитку прийняття себе, що є ключовими психотерапевтичними цілями у роботі з жінками, які переживають психоемоційне навантаження (Füstös et al., 2013).

4. Принцип акценту на фазі розслаблення. У вправах часто використовується модифікований метод прогресивної м'язової релаксації Джекобсона, що включає коротке напруження м'язів із подальшим свідомим розслабленням (Conrad & Roth, 2007). Практичне застосування ПМР було успішно апробоване навіть у складних клінічних контекстах (Usmani et al., 2021; Xiao et al., 2020). При цьому саме розслаблення, а не напруження, стає ключовим моментом досвіду. Цей підхід дозволяє мозку зафіксувати тілесний стан спокою як безпечний, що в подальшому може бути відтворено у звичних життєвих обставинах (Lehrer, 1982).

Таким чином, система принципів, якою керується релакстерапія, відповідає сучасним науковим уявленням про нейрофізіологію стресу, саморегуляцію та тілесно-емоційну інтеграцію. Їх дотримання є запорукою ефективності занять як на рівні короткотривалого зменшення напруги, так і в довготривалій перспективі психоемоційної стабілізації.

Одним з важливих інструментів у релакстерапії виступає цілеспрямоване використання уяви. Практично на кожному занятті, особливо під час фаз тілесного сканування або відпочинку в положенні лежачи, релакстерапевт пропонує учасницям скерувати увагу на певну частину тіла та уявити колір, який на інтуїтивному рівні асоціюється з цією ділянкою або її потребами. Такий прийом спрямований на активацію сенсорно-перцептивних і емоційно забарвлених уявлень, що підвищує тілесну обізнаність та формує більш глибоке відчуття зв'язку зі своїм тілом (Mehling et al., 2011).

Застосування уяви в тілесно-орієнтованій терапії ґрунтується на концепції моторної візуалізації (motor imagery), відповідно до якої уявне виконання рухів викликає активацію тих самих нейронних мереж, що й реальні рухи (Jeannerod, 1994; Zabicki et al., 2017). Ще на початку ХХ століття дослідження показували, що ментальне відтворення руху може викликати позитивні зміни у м'язовій функції, а сучасні нейровізуалізаційні технології (fMRI, EEG) підтверджують, що моторна уява може модифікувати збудження моторної кори головного мозку аналогічно до реальної дії (Decety & Grèzes, 2006; Eaves et al., 2016). Дослідження Munzert та Krüger (2018) доводить, що уявні дії можуть викликати специфічні м'язові реакції, що підтверджує тісний зв'язок між ментальними образами, тілом та фізіологічними процесами.

Робота з уявою є особливо корисною для учасниць, які мають обмеження у фізичній активності через біль, втому або інші соматичні симптоми. У таких випадках замість активного виконання рухів рекомендується виконання вправ на рівні уяви або «наміру» руху — коли психіка запускає внутрішній процес, не вдаючись до активної м'язової реалізації. Це дозволяє зберегти фокус на тілі та сприяє формуванню тілесної присутності навіть за умов обмеженого руху (Lotze & Halsband, 2006).

Таким чином, робота з уявою в релакстерапії розглядається як повноцінний компонент тілесної практики, який посилює ефекти розслаблення, активізує нейропластичність та підтримує інтеграцію психічних і фізичних процесів у безпечному, індивідуалізованому форматі.

Крім того, у практиках тілесної терапії важливу роль відіграє якість тілесного контакту з самим собою. Один із центральних механізмів формування тілесної присутності — це афективний дотик, який може здійснюватися не тільки іншою людиною, а й самою особою у формі повільного, м'якого дотику до власного тіла. Афективний дотик активує С-тактильні афференти — спеціалізовані нервові волокна, чутливі до погладжування зі швидкістю приблизно 3 см/сек. На відміну від звичайного дотику, сигнали від СТ-волокон обробляються не соматосенсорною корою, а острівцевою корою, що пов'язана з інтероцепцією, емоціями та суб'єктивним сприйняттям себе (Björnsdotter, Morrison & Olausson, 2010). Дослідження свідчать, що навіть усвідомлений дотик до власного тіла — наприклад, у процесі самомасажу, дихальної роботи або релаксаційного сканування тіла — може викликати заспокійливий ефект, знижувати тривожність та зміцнювати тілесну інтеграцію. Такий досвід має особливу цінність у рамках індивідуальної релакстерапії, де тілесний контакт з собою є основним каналом саморегуляції.

Тривалість основної частини заняття з релакстерапії зазвичай становить 45–60 хвилин. Це обумовлено фізіологічними особливостями функціонування нервової системи: для переходу з симпатичного (стресового) на парасимпатичний (відновлювальний) тонус в середньому потрібно щонайменше 30–40 хвилин безперервної діяльності, спрямованої на розслаблення, зниження м'язового тону та активізацію дихання (Порджес, 2020; Conrad & Roth, 2007).

Парасимпатична активація, яка пов'язана з роботою блукаючого нерва (*nervus vagus*), запускає процеси відновлення, нормалізації серцевого ритму, зниження рівня кортизолу та підвищення відчуття безпеки. Для формування нового тілесного досвіду необхідна не лише короточасна релаксація, а й достатній час на інтеграцію переживань, що пов'язано з процесами нейропластичності (Füstös et al., 2013; Han et al., 2023).

З урахуванням вступного обговорення (5–10 хвилин) та фінального кола рефлексії (15–20 хвилин), оптимальна тривалість повноцінного заняття складає 75–90 хвилин. Така структура дозволяє учасникам спочатку перейти у стан тілесної присутності, потім зануритися в досвід тілесної роботи, а після завершення — вербалізувати пережите та поступово повернутися до соціальної взаємодії (Dossett et al., 2020; Macnaughton, 2020).

Коротші заняття (до 30 хвилин) можуть мати ознайомчий або підтримувальний характер, проте вони менш ефективні для глибокої трансформаційної роботи з тілом і нервовою системою, що підтверджується також досвідом застосування майндфулнес-практик та тілесноорієнтованої терапії (Carmody & Baer, 2008; Mehling et al., 2011).

### **Висновки до розділу I**

У першому розділі розглянуто ключові наукові підходи до вивчення тілесної та сексуальної усвідомленості, а також теоретичні засади релаксерапії як тілесної практики. Аналіз літератури засвідчує, що тілесна і сексуальна усвідомленість є складними міждисциплінарними феноменами, які пов'язані зі здатністю людини до інтеграції тілесного, емоційного та когнітивного досвіду. Особливої уваги заслуговують сучасні нейропсихологічні концепції, які дають глибше розуміння механізмів тілесної присутності та саморегуляції.

У роботі були проаналізовані три ключові поняття, які формують теоретичну основу дослідження:

Нейроцепція — це процес автоматичного розпізнавання безпеки чи загрози, який відбувається в автономній нервовій системі без участі свідомості. Вона визначає, як організм реагує на зовнішні й внутрішні сигнали. Нейроцепція впливає на тілесні та афективні реакції й має безпосередній зв'язок із відчуттям тілесної безпеки, що є основою для тілесної і сексуальної усвідомленості.

Інтероцепція — це здатність сприймати внутрішні сигнали тіла (дихання, серцебиття, напругу м'язів, біль тощо). Інтероцептивне усвідомлення забезпечує основу для розпізнавання та регуляції емоцій, а також формування адекватного образу тіла. Рівень інтероцепції суттєво корелює з психічним здоров'ям і впливає на здатність до саморефлексії.

Майндфулнес — це безоціночна усвідомленість теперішнього моменту, яка розвивається через фокусування уваги на поточних тілесних і ментальних процесах. Майндфулнес сприяє розвитку здатності до уважного сприйняття себе, своїх емоцій і тілесних сигналів без осуду, що є основою тілесної інтеграції та прийняття себе.

Релакстерапія як цілісна тілесно-орієнтована практика поєднує в собі ці три концепти. Вона є ефективним інструментом у розвитку тілесної та сексуальної усвідомленості завдяки активації парасимпатичної нервової системи, стимуляції інтероцептивної уваги та формуванню безпечного внутрішнього середовища. Отже, релакстерапія може бути розглянута як психотерапевтичний засіб, що сприяє покращенню якості життя жінок через глибший контакт із тілом, емоціями та особистими кордонами.

## РОЗДІЛ II. МЕТОДОЛОГІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ОПИС ДІАГНОСТИЧНИХ МЕТОДИК

### 2.1. Методологія дослідження і обґрунтування вибору діагностичних методів

#### Методики:

Для досягнення поставлених завдань нами було використано психодіагностичне дослідження, до якого увійшли:

- Анамнестична анкета.
- Чотиривимірний опитувальник симптомів 4FDSQ (The Four-Dimensional Symptom Questionnaire);
- Опитувальник багатовимірної оцінки інтероцептивного усвідомлення MAIA-2 (Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness, Version 2);
- П'ятифакторний опитувальник майндфулнес (ПОМ-15) в адаптації Каплуненко і Кучиної;
- Багатовимірний опитувальник сексуальності В. Снелла.

Вибір методик для вивчення впливу релакстерапії на тілесну і сексуальну усвідомленість жінок був непростим завданням. В Україні адаптовані небагато методик, що можуть досліджувати зазначені феномени. Зазначені опитувальники були вибрані, оскільки містять доволі прості і зрозумілі питання. Нам було важливо отримати найбільш точні й інформативні дані про тілесну та сексуальну усвідомленість жінок і водночас не перевантажити їх опитуванням. Ми також врахували різноманітність вікових та соціальних груп серед учасниць дослідження. Тому обрали методи, які дозволяють не тільки виміряти різні аспекти усвідомленості, але й робити це в зрозумілій і доступній формі для респонденток.

Чотиривимірний опитувальник для оцінки дистресу, депресії, тривоги та соматизації (виявлення соматоформних симптомів) був розроблений у 1994 р. Мета опитувальника — допомогти спеціалістам диференціювати синдроми,

пов'язані зі стресом (нервовий зрив, вигорання) та психічні розлади (депресія, тривожний розлад). 4FDSQ складається із 50 пунктів, які оцінюють стан пацієнта за останні 7 днів (Terluin B, Terluin M, Prince K, Van Marwijk HWJ, 2008).

Опитувальник багатовимірної оцінки інтроцептивного усвідомлення містить 8 діагностичних шкал (Волощенко, 2021):

- навичка помічати: усвідомлення незручних, зручних і нейтральних відчуттів тіла,
- навичка не відволікатися: схильність не ігнорувати, або не відволікати себе від відчуття болю або незручності,
- навичка не турбуватися: схильність не хвилюватися, або не переживати емоційний дистрес, відчуваючи біль або незручність,
- навичка регулювати увагу: здатність підтримувати і контролювати увагу до відчуттів тіла,
- навичка усвідомлювати емоції: усвідомлення зв'язку між відчуттями тіла та емоційними станами,
- навичка саморегулювання: здатність регулювати дистрес шляхом уваги до відчуттів тіла,
- навичка прислухатися до тіла: активне прислуховування до тіла для інсайту,
- навичка довіряти: переживання свого тіла як безпечного та надійного.

Варто підкреслити, що опитувальник MAIA-2 не тільки допомагає виявити емоційні й тілесні реакції, а й включає питання, що дозволяють оцінити рівень саморегуляції та здатність до усвідомлення емоцій. Крім того, опитувальник MAIA-2 має питання зі зворотнім ключем, які допомагають відсіяти нерелевантні відповіді. Особливо актуальним у контексті тілесної та сексуальної усвідомленості є шкала усвідомлення емоцій (емоційної

обізнаності), яка, за дослідженням Головач (2023), демонструє високу чутливість до змін у психофізичному стані учасників соматичних практик.

П'ятифакторний опитувальник майндфулнес (ПОМ-15) в адаптації Я. Каплуненко та В. Кучиної – це шкала самооцінки, яка складається з 15 запитань й вимірює усвідомлення думок, переживань та поведінки у повсякденному житті. Вона містить 5 субшкал:

1) «спостереження» за внутрішніми чи зовнішніми стимулами, такими як відчуття, почуття, думки, образи, звуки та запахи;

2) «вербальний опис» цих подразників;

3) «усвідомлена дія» на протипагу автоматизму та неухважності;

4) «неосудливість» щодо внутрішніх переживань, тобто утримання від оцінювання своїх відчуттів, думок та емоцій;

5) «нереагування» на внутрішні переживання, що дозволяє думкам і почуттям «зринати та йти» без того, щоб вони повністю захоплювали людину (Carmody & Baer, 2008; Baer, Carmody & Hunsinger, 2012).

Запитання для ПОМ-15 були видібрані з оригінальної повної версії ПОМ-39.

Багатовимірний опитувальник сексуальності В. Снелла (Multidimensional Sexuality Questionnaire, MSQ) був розроблений американськими вченими Вільямом Снеллом та Террі Фішером. Дана методика дозволяє виміряти психологічні тенденції, пов'язані з сексуальністю та сексуальними стосунками. Опитувальник є одним з найбільш поширених інструментів для вивчення сексуальної усвідомленості завдяки своїй здатності охоплювати різноманітні аспекти сексуального життя, включаючи емоційні, фізіологічні та психологічні компоненти. Крім того, він був обраний через свою простоту та доступність для респонденток різного віку та досвіду. Його структура дозволяє зібрати інформацію без нав'язливих або важких для розуміння запитань, що є важливим для дослідження, де жінки можуть почуватися комфортніше при відповіді на питання щодо інтимної теми.

Снелл та Фішер виокремили та описали наступні 12 психологічних тенденцій, що впливають на сексуальність особистості, які лягли в основу шкал БАГАТОВИМІРНИЙ ОПИТУВАЛЬНИК СЕКСУАЛЬНОСТІ В. СНЕЛЛА.

1. Сексуальна впевненість зазначається як загальна тенденція позитивного оцінювання власної здатності до побудови сексуальних стосунків з іншою людиною.

2. Сексуальна одержимість описується як тенденція людини бути поглиненою та занепокоєною думками стосовно аспектів сексуального життя.

3. Інтернальний локус сексуального контролю — це впевненість людини в тому, що власні аспекти сексуального життя людини підпорядковуються її персональному контролю.

4. Сексуальне самоусвідомлення визначається як здатність людини до рефлексії та роздумів щодо природи її сексуальності.

5. Сексуальна мотивація — це бажання бути залученим у сексуальні стосунки з іншою людиною.

6. Сексуальна тривога описується як відчуття напруги, дискомфорту та неспокою стосовно сексуальної сфери власного життя.

7. Сексуальна депресія описується як тенденція людини відчувати пригніченість стосовно сексуальної сфери власного життя

8. Сексуальна асертивність визначається авторами як тенденція особистості діяти та поводитися у незалежний, самостійний спосіб стосовно власної сексуальності ( у т.ч. вміння говорити «ні»).

9. Екстернальний локус сексуального контролю — впевненість людини в тому, що сексуальні аспекти її власного життя підпадають під контроль зовнішніх обставин.

10. Сексуальний моніторинг — це здатність розуміти, яке враження на інших справляє власна сексуальність.

11. Страх сексуальних стосунків визначається як страх вступати у сексуальні стосунки з іншою людиною.

12. Сексуальне задоволення — схильність бути досить сильно задоволеним власними сексуальними стосунками.

Ці методики дозволяють не лише виміряти фізичні й емоційні аспекти, а й забезпечити комплексний підхід до оцінки взаємодії тіла та психіки у процесі релаксації.

Існують й інші методи вимірювання тілесної та сексуальної усвідомленості, такі як глибинні інтерв'ю або опитувальники з великою кількістю складних питань. Проте більшість із них не адаптована в Україні, зокрема Опитувальник сексуальної усвідомленості (Sexual Awareness Questionnaire, SAQ, (Snell, Fisher, & Miller, 1991), Опитувальник Тілесної усвідомленості (Body Awareness Questionnaire, BAQ, (Shields et al., 1989). Крім того, вони можуть бути надто громіздкими і потребувати більше часу для заповнення, містити багато питань зі зворотнім ключем або складні формулювання, що може знизити рівень достовірності відповідей через втому респонденток. До того ж, складніші методи можуть створювати бар'єри для участі жінок, які не мають психологічної підготовки або можуть відчувати стрес від складних чи інтимних запитань. Відповідно, ми ухвалили рішення використовувати простоту і зрозумілість обраних опитувальників, що дозволяє жінкам почуватися більш комфортно, відповідаючи на питання без зайвих обмежень або страхів. Це також дозволяє забезпечити кращу якість даних, оскільки респондентки можуть зосередитися на самих питаннях, а не на складності їх розуміння.

Дизайн експерименту був побудований у наступний спосіб:

- Контрольна група: учасниці, що не мають досвіду релакстерапії.
- Експериментальна група: учасниці, що мають досвід релакстерапії та відвідували хоча б 1-2 заняття.

Складність проведення дослідження була обумовлена кількома обмежувальними факторами, зокрема вузькою вибіркою. Найважчим завданням стало залучення якомога більшої кількості респонденток із

досвідом релакстерапії, оскільки цей метод релаксації не є широко використовуваним.

Для забезпечення коректного порівняння ефективності методів релаксації учасники були розподілені в групи, де враховувався їхній досвід у використанні релакстерапії. Це дозволило забезпечити рівні умови для обох груп.

## 2.2 Характеристика вибірки

В опитуванні взяли участь 96 учасників, тобто було отримано 96 відповідей, зокрема 95 відповідей від жінок, 1 відповідь — від чоловіка.

Однак вибірка учасниць, що мають досвід релакстерапії, становила лише 27 осіб. Відповідно, для урівноваження вибірки серед учасниць опитування, що не мають досвіду релакстерапії, було також рандомізовано відібрано 27 учасниць. Тобто загальна вибірка становила 54 учасниці. Всі подальші обчислення були проведені для цих двох груп.

Мета цього підрозділу полягає у візуальному представленні демографічних характеристик досліджуваних груп і початкового рівня їхньої тілесної та сексуальної самоусвідомленості. Гістограми, рисунки та діаграми дозволять нам отримати загальне уявлення про розподіл відповідей на запитання анкети, що стосуються віку, сімейного статусу, виду зайнятості, досвіду релакстерапії та інших ключових змінних.

Табл. 2.1

Розподіл досліджуваних за віком

Досвід релакстерапії	Вік	Респондент
Так	18-25	1
	46-55	7
	36-45	13
	66+	5
	26-35	1
	56-65	0
	18-25	4
	46-55	1

Ні	36-45	12
	66+	0
	26-35	7
	56-65	3

Гістограма віку учасниць демонструє, що більшість жінок у дослідженні належать до вікової групи від 36 до 45 років. Цей факт свідчить про те, що саме дорослі жінки є найбільш зацікавленими у темі релакстерапії, особистісного розвитку та самоусвідомлення.

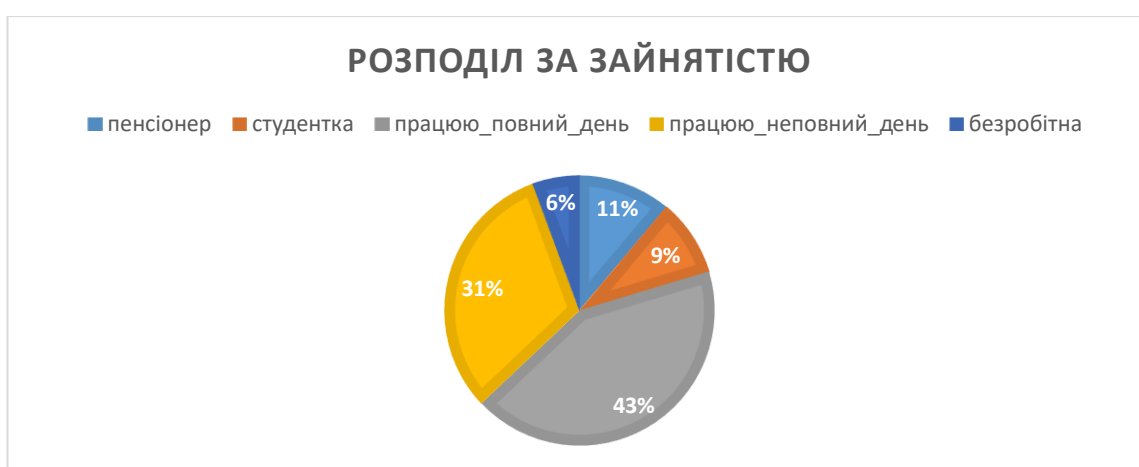


Рис.2.1. Розподіл досліджуваних за видом зайнятості

Діаграма розподілу за зайнятістю демонструє головування повного робочого дня над іншими видами зайнятості, неповного робочого дня, що слідує відразу за ним та лише 17% (6% пенсіонерів та 11% безробітних) символічно мають менше навантаження суто робочого плану. Вважаємо за потрібне наголосити на статистичній залежності бажання учасниць досліджувати себе та міри завантаженості їхнього життя.

Табл. 2.2

#### Розподіл досліджуваних за сімейним статусом

Сімейний статус	Досвід релакстерапії	Кількість	% від вибірки	Кумулятивний %
Вдова	так	1	1.9%	1.9%
Вдова	ні	0	0.0%	1.9%
У шлюбі	так	14	25.9%	27.8%

У шлюбі	ні	14	25.9%	53.7%
Розлучена	так	5	9.3%	63.0%
Розлучена	ні	2	3.7%	66.7%
У стосунках	так	4	7.4%	74.1%
У стосунках	ні	8	14.8%	88.9%
Не має стосунків	так	3	5.6%	94.4%
Не має стосунків	ні	3	5.6%	100.0%

Таблиця 2.2 демонструє продовження тенденції великого навантаження у житті учасниць, яке спонукає жінок шукати нові можливості дослідити себе та допомогти собі. Лише 11,2% (6 жінок) від усіх учасниць (54 жінки) не мають жодних стосунків, водночас 51,8% (28 жінок) перебувають у шлюбі, 22,2% (12 жінок) перебувають у стосунках.

Стосунки за своєю природою є додатковою роботою для будь-якої людини, наявність будь-якого виду стосунків так чи інакше комплікативно або мультиплікативно збільшує навантаженість — як фізичного так і емоційного життя учасниць.

Логічним рішенням було дослідити припущення про наявність у досліджуваних дітей, і окремо — саме неповнолітніх.

Табл. 2.3.

Розподіл досліджуваних за кількістю дітей

Діти	Кількість жінок з дітьми	% від вибірки	Кумулятивний %
3	2	3.7%	3.7%
2	13	24.1%	27.8%
1	16	29.6%	57.4%
0	23	42.6%	100.0%

Розподіл значень дає чіткіше розуміння тенденції до великої кількості навантаження у житті учасниць дослідження, оскільки не мають дітей 42,6% від загальної кількості учасниць. Більша ж половина 57,4% мають від однієї дитини та більше дітей.

Наступним логічним припущенням було дізнатися коефіцієнт розгалуженості в розподілі кількості дітей або ж їх відсутності у розрізі наявності досвіду релакстерапії або ж його відсутності. Встановлено, що 27,8% від загальної кількості жінок, що мають дітей, — це учасниці із досвідом релакстерапії, водночас 29,7% становлять жінки без досвіду релакстерапії.

Ця цікава середня лінія у коефіцієнтах дає змогу зрозуміти важливу змінну в рівнянні навантаженого життя учасниць. 42,6% учасниць не мають жодної дитини, але перебувають так чи інакше в інших важких умовах (життя під час війни, занадто тихе життя у селі, занадто гучне життя у великому місті, неповнолітні діти). Кожна учасниця дослідження так чи інакше має додаткові навантажуючі обставини (розлучення, втрата важливої людини, велика кількість дітей, стосунки, війна, вік, здоров'я, діагностовані чи недиагностовані розлади психічного здоров'я).

У контексті описової частини нашого дослідження ми обрали йти за діалектичним вектором, який заснував та обґрунтував Лев Семенович Виготський (Максименко, 2017). Він вважав, що психічні функції (як-от мислення, пам'ять, мова) спершу виникають у соціальній діяльності (на міжособистісному рівні), а потім інтеріоризуються, стаючи внутрішніми процесами.

Саме ця парадигма сприйняття обставин учасниць нашого дослідження дала нам змогу зрозуміти та проаналізувати усі змінні глибинно і продуктивно, не залишаючи жодної змінної без уваги. Оскільки закон діалектики не дає нам змоги розглядати будь-яке явище відірвано від його контексту, то явище людське, така як психіка, а тим паче прояви цього психічного явища, потрібно дешифрувати у розрізі соціального, методичного і культурного підґрунтя.

Вік учасниць дослідження був важливою змінною культурного аспекту нашого підходу; кількість дітей — соціальна, бо діти або зближують нас із оточенням, сім'єю — або ж, навпаки, роз'єднують і змушують усамітнюватися через тунелізацію нашого локус контролю саме на них, дітях; сімейний статус та зайнятість також відносять до діалектичних детермінант.



Рис.2.2. Розподіл досліджуваних за місцем проживання

Але існує цікавий факт, що нами був помічений та випробуваний аналізом та інтерпретацією. Що соціум, що культура — феномени неоднорідні. Зокрема, від коефіцієнту заселеності місцевості, де проживають наші учасниці, залежить те, наскільки сильно корелює рівень соціально-культурного розвитку у їхньому середовищі.

Рисунок 2.2 демонструє діаграми розподілу учасниць за місцем їхнього проживання, водночас із розділенням на тих, хто має досвід релакстерапії та тих, хто його не має.

Найпершими важливими тенденціями є 48% учасниць, що проживають у містах із населенням більшим за 1 мільйон, та 33% учасниць, що проживають у містах до 1 мільйона — обидві групи мають досвід релакстерапії. Важливо чесно підкреслити таку ж кількість учасниць, що не мають досвіду релакстерапії (59% та 26% відповідно). Але навіть учасниці, що не мали досвіду релакстерапії, виявили бажання пройти наше дослідження, дізнатися більше про себе. Можливо, навіть, цим допомогти собі у майбутньому.

Фінальною демонстрацією цього описово-статистичного підрозділу буде розподіл учасниць за наявністю у них діагностованих та недіагностованих психічних розладів, звісно, з урахуванням наявності чи відсутності досвіду релакстерапії.

Важливо засвідчити наявність розширеного, детальнішого портфелю отриманих нами результатів. Зважаючи на величезний об'єм корисної інформації, розгалужений список доступних інструментів для порівняння та аналізу, нами було ухвалене рішення про включення в актуальну роботу лише найважливіших елементів, що нам вдалося профільтрувати, детермінувати, інтерпретувати та каталогізувати. Вони були методично зібрані та укомплектовані у додатку Б.

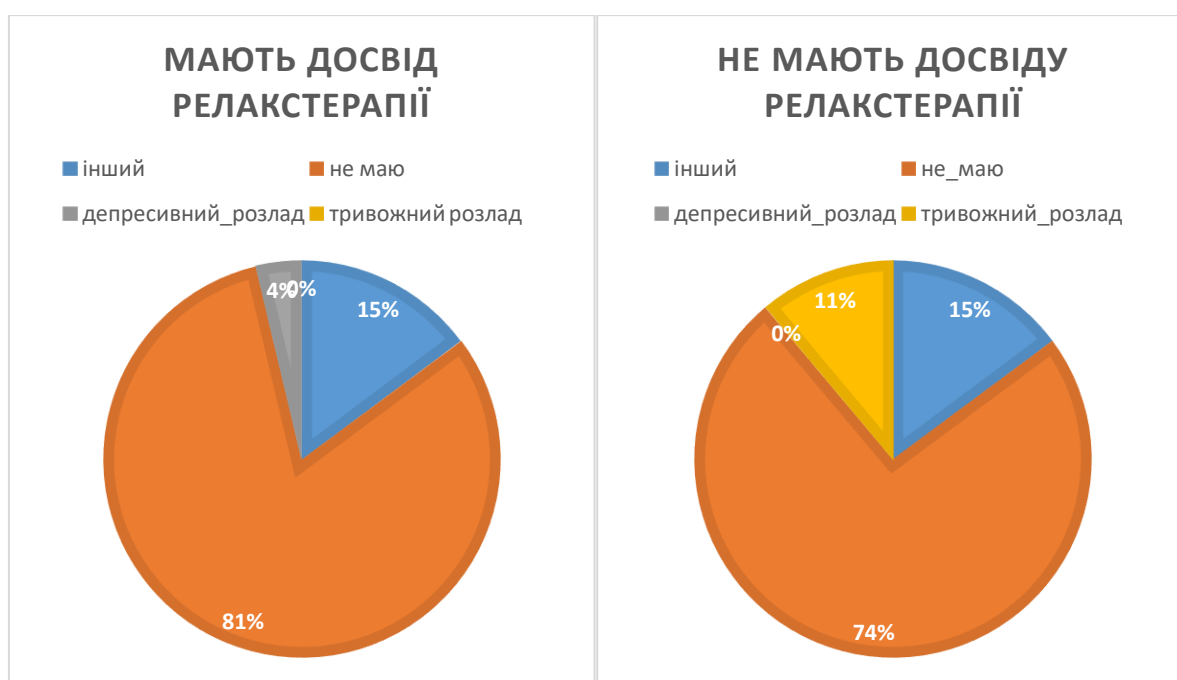


Рис.2.3. Розподіл досліджуваних за наявністю психічних розладів

Як свідчать показники, продемонстровані в діаграмі (див. Рис.2.3), 11% учасниць із вибірки, що не мають досвіду релакстерапії, мають діагностований тривожний розлад (або ж розлад тривожного спектра); 11% мають діагностований розлад іншого спектру, не вказаного нами в опитувальнику. Водночас у вибірці жінок, що мають досвід релакстерапії, ми спостерігаємо

інший, але подібний результат: 15% учасниць мають діагностований розлад іншого спектру; 4% учасниць мають діагностований депресивний розлад.

У підсумку, проведене дослідження демографічних характеристик жінок, які брали участь в опитуванні, виявило ряд цікавих тенденцій. Більшість учасниць — це жінки віком від 36 до 45 років, зайняті повною зайнятістю, перебувають у шлюбі і мають дітей. Такий профіль вказує на високий рівень завантаженості, що, ймовірно, є одним із факторів, які спонукають жінок звертатися до методів релаксації.

Аналіз даних також показав, що наявність дітей, незалежно від досвіду релакстерапії, є значущим фактором, який впливає на загальне навантаження жінок. Крім того, було виявлено, що місце проживання учасниць (місто чи село) корелює з їхнім доступом до методів релаксації.

Цікавим результатом є те, що значна частина учасниць, як з досвідом релакстерапії, так і без нього, мають діагностовані психічні розлади, переважно тривожні. Це підтверджує актуальність дослідження та потребу в розробці ефективних методів релаксації для жінок.

Фактично, місце проживання та наявність психічних розладів є додатковими факторами, що можуть впливати на ефективність релакстерапії, тож ці чинники були взяті до уваги під час аналізу.

### **2.3 Аналіз отриманих даних**

У дослідженні впливу досвіду релакстерапії на тілесну та сексуальну усвідомленість жінок взяли участь 54 учасниці віком від 18 до 66+ років.

Основну вибірку (54 жінки) було розділено на 2 субвибірки, одна з яких була експериментальною (жінки із досвідом релакстерапії), а інша контрольною (жінки без досвіду релакстерапії).

Завданням цієї роботи є: проаналізувати дані, знайти або спростувати існування кореляції, з'ясувати, чи впливає практика релакстерапії на рівень сексуальної і тілесної усвідомленості, у тому числі: на рівень дистресу, соматизації, тривожності, депресії та рівень інтероцепції.

Відтак нами було проведено ґрунтовний аналіз за допомогою інструментів математичної статистики. Основою цих даних стали результати опитувальника 4FDSQ, MAIA-2, П'ятифакторного опитувальника майндфулнес і Багатовимірного опитувальника сексуальності В. Снелла.

Відповідно до мети та завдань дослідження, нашою експериментальною групою є учасниці, які мають досвід релакстерапії (N=27). Жінки, що такого досвіду не мають (N=27), будуть виступати контрольною групою для порівняння показників. Отже, подальша характеристика буде зосереджена переважно навколо порівняння властивостей першої та другої групи респонденток.

Табл. 2.4

<b>Тест нормальності Шапіро-Уїлка за допомогою програми статистичного аналізу Jamovi</b>					
<b>Жінки із досвідом релакстерапії</b>					
<b>Шкала</b>	<b>Сумарні показники</b>	<b>Соматизація</b>	<b>Дистрес</b>	<b>Тривожність</b>	<b>Депресивність</b>
N	27	27	27	27	27
Missing	0	0	0	0	0
Shapiro-Wilk W	0.916	0.938	0.947	0.906	0.914
Shapiro-Wilk p	0.032	0.106	0.181	0.018	0.028

Враховуючи складність феномену сексуальної й тілесної усвідомленості, а також чинник, що існує за межами нашого дослідження, але не має бути проігнорованим (війна), на початку нами було прийняте рішення провести аналіз на нормальність отриманих нами значень по опитувальнику 4FDSQ (див. Табл.2.4, Табл.2.5). Також перевірка отриманих даних на нормальність розподілу дає нам чітку, аргументовану базу для того, аби обрати критерій для порівняння і математичного аналізу.

Табл. 2.5

Тест нормальності Шапіро-Уїлка за допомогою програми статистичного аналізу Jamovi					
Жінки без досвіду релакстерапії					
Шкала	Сумарні показники	Соматизація	Дистрес	Тривожність	Депресивність
N	27	27	27	27	27
Missing	0	0	0	0	0
Shapiro-Wilk W	0.936	0.875	0.880	0.91	0.880
Shapiro-Wilk p	0.098	0.004	0.005	0.03	0.005

Як можна побачити з Таблиць 2.4, 2.5,  $W$  є основною статистикою цього тесту. Воно відображає, наскільки розподіл наших даних відповідає нормальному (близькому до 1). Значення побудованого графіку Q-Q для даних сумарної шкали 4FDSQ учасниць без досвіду та з досвідом релакстерапії представлені нижче (значення по всіх шкалах представлені в додатку В).

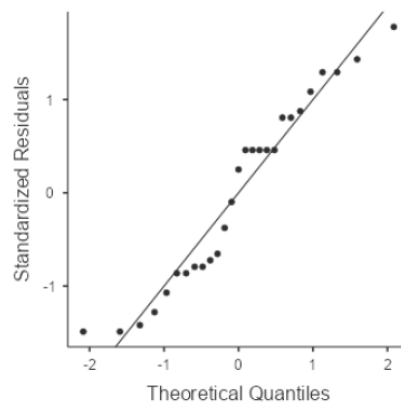


Рис. 2.4. Сумарна шкала 4FDSQ учасниць без досвіду релакстерапії

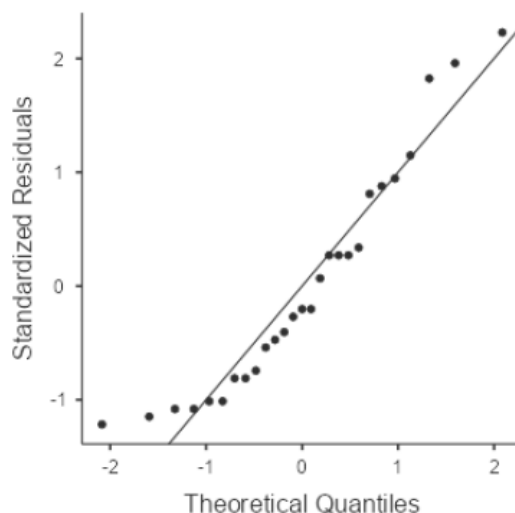


Рис. 2.5. Сумарна шкала 4FDSQ учасниць із досвідом релакстерапії

Обидві вибірки учасниць дослідження продемонстрували значення  $W$  близькі до 1, де найменше значення було 0,875 шкали Соматизації, вибірки жінок без досвіду релакстерапії, та максимальне 0,947 шкали Дистрес, вибірки жінок із досвідом релакстерапії.

Проте чи вважати наші дані за нормальні чи ні, за правилом обрахунку тесту Шапіро-Уїлка необхідно проаналізувати значення  $p$ , тобто  $p$ -value, яке повинно бути  $> 0,05$ , аби вважати наш розподіл нормальним. Згідно з таблицями 2.4, 2.5, шкали, що проходять необхідний мінімум, це: шкали Соматизації та Дистресу у жінок із досвідом релакстерапії ( $p$ -value=0,106, 0,181) та значення суми усіх показників у жінок без досвіду релакстерапії ( $p$ -value=0,098).

Якщо значення нормальності розподілу не підтверджується, зазвичай прийнято використовувати непараметричні тести (наприклад, Spearman`s Rho для кореляції, Kruskal-Wallis або Mann-Whitney для порівняння груп). Трансформацію даних за принципом логарифмування було вирішено не проводити.

У контексті нашого дослідження, з урахуванням непараметричності даних, було прийнято рішення використати кореляційну матрицю Spearman`s Rho. Ця матриця відображає ступінь залежності між кількома змінними, у

нашому випадку — між шкалами 4FDSQ вибірки учасниць із досвідом та без досвіду релакстерапії. Матриця Спірмена (коефіцієнт кореляції Спірмена, непараметричний коефіцієнт) оцінює силу і напрямок монотонної (але не завжди лінійної) залежності між двома змінними. Ключова відмінність від Пірсона (який оцінює тільки лінійну залежність): Spearman's Rho працює з ранжованими даними, тобто він аналізує відносні позиції значень, а не самі значення. У випадку учасниць нашого дослідження це було важливо, бо вони були чітко розділені по групах, їхні показники за всіма шкалами було чітко записані з урахуванням їхнього рангу.

Повна матриця Спірмена для жінок без досвіду релакстерапії представлена на рисунку 2.6, для жінок із досвідом релакстерапії — на рисунку 2.7.

		Relaks_nope	Соматизація_жінок без досвіду	Дистрес_жінок без досвіду	Тривожність_жінок без досвіду	Депресивність_жінок без досвіду
Correlation Matrix						
Relaks_nope	Spearman's rho	—				
	df	—				
	p-value	—				
Соматизація_жінок без досвіду	Spearman's rho	-0.216	—			
	df	25	—			
	p-value	0.280	—			
Дистрес_жінок без досвіду	Spearman's rho	-0.169	0.941***	—		
	df	25	25	—		
	p-value	0.398	<.001	—		
Тривожність_жінок без досвіду	Spearman's rho	-0.075	0.840***	0.881***	—	
	df	25	25	25	—	
	p-value	0.710	<.001	<.001	—	
Депресивність_жінок без досвіду	Spearman's rho	-0.135	0.956***	0.871***	0.792***	—
	df	25	25	25	25	—
	p-value	0.503	<.001	<.001	<.001	—

Note. \* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001

Рис. 2.6. Матриця кореляції Спірмена для жінок без досвіду релакстерапії

Як можна побачити на рисунку матриці Спірмена для учасниць без досвіду (Рис. 2.6): матриця вказує на важливі показники, такі як коефіцієнт

кореляції Спірмена  $\rho$ , граничні (значущі) показники  $p$ . Були визначені важливі значення  $p \leq 0.05$ , за яких кореляція вважається статистично значущою.

### Correlation Matrix

		Relaks_yes	Дистрес_жінок із досвідом	Тривожність_жінок із досвідом	Депресивність_жінок із досвідом	Соматизація_жінок із досвідом
Correlation Matrix						
Relaks_yes	Spearman's rho	—				
	df	—				
	p-value	—				
Дистрес_жінок із досвідом	Spearman's rho	-0.135	—			
	df	25	—			
	p-value	0.503	—			
Тривожність_жінок із досвідом	Spearman's rho	-0.101	0.798***	—		
	df	25	25	—		
	p-value	0.615	<.001	—		
Депресивність_жінок із досвідом	Spearman's rho	-0.057	0.894***	0.922***	—	
	df	25	25	25	—	
	p-value	0.779	<.001	<.001	—	
Соматизація_жінок із досвідом	Spearman's rho	-0.096	0.927***	0.915***	0.909***	—
	df	25	25	25	25	—
	p-value	0.633	<.001	<.001	<.001	<.001

Note. \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

Рис. 2.7. Кореляційна матриця Spearman`s Rho вибірки учасниць із досвідом релакстерапії, 4FDSQ

Ранговість учасниць (тобто їхня приналежність до вибірки жінок без досвіду релакстерапії) продемонструвала відсутність значущої кореляції за усіма шкалами (min:  $p=0.280$  для шкали соматизації, max:  $p=0.710$  для шкали тривожності). Проте можна було оцінити значення коефіцієнту Rho, що вказує на напрямок залежності (яка б мала вона не була): були отримані результати оберненої монотонної залежності за шкалами тривожності та депресивності, соматизації а також дистресу (Spearman`s rho= -0.216, -0.169, -0.075, -0.135).

На відміну від кореляції між досвідом релакстерапії та показниками шкал, яка виявилася недостатньо значущою, кореляція між однією шкалою із іншою виявила сильну, пряму лінійну значущість. Шкали опитувальника

мають спільний вектор дослідження (психоемоційний стан), тому кореляція між їхніми показниками є очікуваним, логічним розвитком дослідження. Наприклад, дистрес жінок без досвіду має коефіцієнт кореляції  $\rho=0.941$  відносно соматизації, а також p-value, що менше за 0.01. Ідентична тенденція прослідковується у зв'язках між усіма шкалами (одна відносно іншої). Кореляційна матриця вибірки учасниць із досвідом релакстерапії представлена на Рисунку 2.15, з ідентичною тенденцією до відсутності значущої кореляції між наявністю досвіду та показниками шкал, але маючи значущу монотонну прямолінійну кореляційну значущість між показниками.

Другим кроком у вивченні впливу досвіду релакстерапії на тілесне та сексуальне усвідомлення учасниць був критерій групового порівняння Mann-Whitney U.

Наші дані не відповідають вимогам для t-тесту (порядкові зміни та відсутність нормального розподілу), саме тому був обраний Mann-Whitney.

		Statistic	p	Effect Size	
Independent Samples T-Test					
Сума балів за шкалами	Mann-Whitney U	278	0.134	Rank biserial correlation	0.239
Соматичність	Mann-Whitney U	299	0.255	Rank biserial correlation	-0.181
Дистрес	Mann-Whitney U	174	<.001	Rank biserial correlation	0.524
Anxiety	Mann-Whitney U	184	0.002	Rank biserial correlation	0.495
Депресивність	Mann-Whitney U	243	0.033	Rank biserial correlation	-0.333

Note.  $H_0: \mu_{\text{так}} = \mu_{\text{ні}}$

Рис. 2.8. Матриця критерія групового порівняння Mann-Whitney між шкалами обох вибірок учасниць

За результатами опрацювання порівняльного тесту (див. Рис. 2.8), ми отримали наступні значення показника U (statistic): сума балів за шкалами =278; соматичність =299; дистрес =174; тривожність =184; депресивність =243. Саме по собі значення U (statistic) не дає зрозуміти силу або розмір ефекту, проте показує, наскільки відрізняються досліджені групи.

Значення ефекту Кліффа (Cliff's Delta), представлене у матриці як Effect Size, показує, наскільки сильно групи відрізняються одна від одної. У контексті тесту Mann-Whitney для ґрунтового опрацювання значення Effect Size треба аналізувати його у зв'язку із коефіцієнтом рангової бісеріальної змінної (Rank Biserial Correlation). Опісля аналізу ми змогли виділити шкали, що мають середню, прямолінійну залежність: дистрес =0.524,  $p<.001$ ; тривожність =0.495,  $p=0.002$ . Шкали, що мають середню, обернену залежність: депресивність = -0.333,  $p=0.033$ . Шкали зі слабкою, прямолінійною (сума балів усіх шкал опитувальника 4FDSQ) та слабкою, оберненою залежністю (соматичність). Повна кореляційна матриця тесту ґрупового порівняння Mann-Whitney U представлена у додатку Г, разом із графіками розподілу значень та ґруповою диференціацією значень.

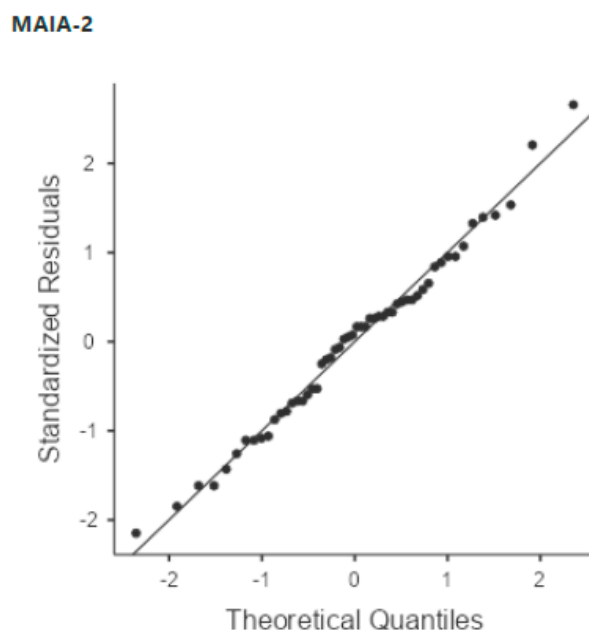
Наступним етапом нашого дослідження впливу досвіду релакстерапії на тілесне і сексуальне самоусвідомлення жінок був мультиаспектний тест MAIA-2, що офіційно перекладений та адаптований для застосування в Україні.

	MAIA-2	MAIA1	MAIA2	MAIA3	MAIA4	MAIA5	MAIA6	MAIA7	MAIA8
<b>Descriptives</b>									
<b>N</b>	54	54	54	54	54	54	54	54	54
<b>Missing</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Mean</b>	19.4	2.58	2.48	2.50	2.17	2.58	2.44	2.15	2.47
<b>Median</b>	19.9	2.70	2.25	2.15	1.75	2.70	2.20	1.85	2.45
<b>Standard deviation</b>	4.32	1.26	1.51	1.46	1.60	1.28	1.41	1.38	1.52
<b>Minimum</b>	10.1	0.00	0.00	0.300	0.00	0.100	0.200	0.00	0.100
<b>Maximum</b>	30.9	4.70	4.90	4.90	5.00	5.00	4.80	5.00	4.90
<b>Shapiro-Wilk W</b>	0.988	0.966	0.933	0.927	0.922	0.970	0.940	0.914	0.938
<b>Shapiro-Wilk p</b>	0.866	0.134	0.005	0.003	0.002	0.199	0.010	<.001	0.008

Рис. 2.9. Тест нормальності розподілу значень Шапіро-Уїлка, MAIA-2

Після порівняння усіх значень, отриманих у ході опрацювання опитувальника, показники нормальності знову прийняли більш ненормальну

позицію, ніж нормальну (див. *Рис. 2.9*. Тест нормальності розподілу значень Шапіро-Уїлка, МАІА-2, а також *Рис. 2.10*. Графік Q\_Q, нормальності розподілу сумарних балів за МАІА-2).



*Рис. 2.10*. Графік Q\_Q, нормальності розподілу сумарних балів за МАІА-2

Було вирішено задіяти вже відомі нам коефіцієнти кореляції Спірмена і тест порівняння груп Mann-Whitney, що довели свою значущість та потужність в опрацюванні даних по типу наших.

Згідно із кореляційною матрицею Спірмена (див. *Рис. 2.11*), було виявлено наступне:  $\rho = -0.111$  (направленість кореляції обернена, слабка);  $p\text{-value} = 0.580$  (значущість кореляції слабка). Показник значущості кореляції між результатами тесту МАІА-2 вибірок із досвідом та без нього не мають значущої відмінності. Повна матриця представлена у Додатку Д.

## Correlation Matrix

Correlation Matrix		MAIA-2	MAIA1	MAIA2	MAIA3	MAIA4	MAIA5	MAIA6	MAIA7	MAIA8
MAIA-2	Pearson's r	—								
	df	—								
	p-value	—								
MAIA1	Pearson's r	0.559***	—							
	df	52	—							
	p-value	< .001	—							
MAIA2	Pearson's r	0.317*	0.139	—						
	df	52	52	—						
	p-value	0.020	0.316	—						
MAIA3	Pearson's r	0.353**	-0.021	0.108	—					
	df	52	52	52	—					
	p-value	0.009	0.878	0.436	—					
MAIA4	Pearson's r	0.405**	0.194	-0.192	0.036	—				
	df	52	52	52	52	—				
	p-value	0.002	0.160	0.164	0.794	—				
MAIA5	Pearson's r	0.140	0.009	-0.041	-0.015	-0.054	—			
	df	52	52	52	52	52	—			
	p-value	0.311	0.947	0.770	0.912	0.700	—			
MAIA6	Pearson's r	0.320*	-0.053	-0.004	-0.107	-0.063	-0.039	—		
	df	52	52	52	52	52	52	—		
	p-value	0.018	0.702	0.979	0.441	0.653	0.782	—		
MAIA7	Pearson's r	0.511***	0.236	-0.083	-0.003	0.195	-0.041	0.188	—	
	df	52	52	52	52	52	52	52	—	
	p-value	< .001	0.085	0.549	0.985	0.158	0.768	0.173	—	
MAIA8	Pearson's r	0.414**	0.261	0.000	0.028	0.020	-0.266	0.059	0.086	—
	df	52	52	52	52	52	52	52	52	—
	p-value	0.002	0.057	0.997	0.840	0.887	0.052	0.674	0.535	—

Note. \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

Рис. 2.11. Кореляційна матриця Спірмена тесту MAIA-2

Після опрацювання матриці Спірмена нами були опрацьовані шкали MAIA-2 для кожної з вибірок учасниць відповідно до тесту порівняння груп Mann-Whitney, повний аналіз якого представлений у Додатку Е.

		Statistic	p	Effect Size	
Independent Samples T-Test					
<b>MAIA-2</b>	<b>Mann-Whitney U</b>	306	0.311	Rank biserial correlation	0.1619
<b>MAIA1</b>	<b>Mann-Whitney U</b>	323	0.478	Rank biserial correlation	0.1139
<b>MAIA2</b>	<b>Mann-Whitney U</b>	283	0.161	Rank biserial correlation	-0.2236
<b>MAIA3</b>	<b>Mann-Whitney U</b>	325	0.500	Rank biserial correlation	-0.1084
<b>MAIA4</b>	<b>Mann-Whitney U</b>	315	0.391	Rank biserial correlation	0.1372
<b>MAIA5</b>	<b>Mann-Whitney U</b>	327	0.516	Rank biserial correlation	0.1043
<b>MAIA6</b>	<b>Mann-Whitney U</b>	304	0.295	Rank biserial correlation	0.1674
<b>MAIA7</b>	<b>Mann-Whitney U</b>	337	0.634	Rank biserial correlation	0.0768
<b>MAIA8</b>	<b>Mann-Whitney U</b>	360	0.938	Rank biserial correlation	0.0137

Note.  $H_0: \mu_{\text{так}} = \mu_{\text{ні}}$

Рис. 2.12. Матриця тесту порівняння груп Mann-Whitney

Результати критерію порівняння груп за тестом Mann-Whitney (див. Рис.2.12) наступні: загальні бали тесту MAIA-2 ( $U=306$ ,  $p\text{-value}=0.311$ ,  $ES=0.1619$ ), навичка помічати ( $U=323$ ,  $p\text{-value}=0.478$ ,  $ES=0.1139$ ), навичка регулювати увагу ( $U=315$ ,  $p\text{-value}=0.391$ ,  $ES=0.1372$ ), навичка усвідомлювати емоції ( $U=327$ ,  $p\text{-value}=0.516$ ,  $ES=0.1043$ ), навичка саморегулювання ( $U=304$ ,  $p\text{-value}=0.295$ ,  $ES=0.1674$ ), навичка прислухатися до тіла ( $U=337$ ,  $p\text{-value}=0.634$ ,  $ES=0.0768$ ), навичка довіряти ( $U=360$ ,  $p\text{-value}=0.938$ ,  $ES=0.0137$ ) мають прямолінійну, слабку залежність. Навичка не відволікатися ( $U=283$ ,  $p\text{-value}=0.161$ ,  $ES= -0.2236$ ) та навичка не турбуватися отримали обернену, слабку залежність згідно з критерієм Mann-Whitney.

У підсумку, в ході дослідження було виявлено, що вибірки жінок із досвідом релакстерапії та без такого досвіду демонструють різні рівні сексуальної і тілесної усвідомленості. Аналіз за допомогою тесту Шапіро-Уїлка показав, що значення статистики  $W$  у межах обох груп наближаються до 1, що вказує на відносну відповідність розподілу показників нормальному. Однак у деяких шкалах (зокрема, соматизації, дистресу та депресивності)  $p$ -значення менше за 0.05 свідчить про нерівномірність розподілу в окремих показниках.

Ці результати дозволяють припустити, що релакстерапія має певний позитивний вплив на рівень дистресу, тривожності й депресивності, а також на загальний рівень самоусвідомленості учасниць. Жінки з досвідом релакстерапії демонструють вищу адаптивність за шкалою дистресу ( $W=0.947$ ), що може бути пов'язано з кращим усвідомленням свого тіла та емоцій завдяки релаксаційним практикам. Для жінок без досвіду релакстерапії найнижче значення  $W$  зафіксовано у шкалі соматизації ( $W=0.875$ ), що свідчить про вищий рівень соматичних проявів стресу.

Вплив релакстерапії на сексуальну і тілесну усвідомленість жінок також проявляється у зниженні рівня тривожності, дистресу та депресивності. Це підтверджує важливість використання релаксаційних практик для покращення якості життя жінок, сприяючи їхньому емоційному добробуту та тілесному усвідомленню.

Наступним етапом математико-статистичної обробки даних був аналіз показників короткого П'ятифакторного опитувальника майндфулнес (ПОМ-15), що вимірює особливості усвідомлення думок, переживань та поведінки у повсякденному житті за допомогою 5 субшкал: спостереження, опис, усвідомленість дій, неосудливість до внутрішнього досвіду та нереагування. З метою орієнтування в особливостях розподілу емпіричних даних за цими шкалами нами був застосований критерій нормальності Шапіро-Уїлка.

Табл. 2.6

<b>Тест нормальності Шапіро-Уїлка для шкал короткого п'ятифакторного опитувальника майндфулнес</b>					
<b>Жінки із досвідом релакстерапії</b>					
	Спостереження	Опис	Усвідомлена дія	Неосудливість до внутрішнього досвіду	Нереагування
N	27	27	27	27	27
Missing	0	0	0	0	0
Shapiro-Wilk W	0.927	0.927	0.939	0.889	0.951
Shapiro-Wilk p	0.058	0.058	0.114	0.008	0.224

Як можемо побачити з таблиці вище, переважна більшість шкал (спостереження, опис, усвідомлена дія, нереагування) продемонструвала нормальність розподілу даних, проте, разом з тим, спостерігається асиметричність шкали «неосудливість до внутрішнього досвіду» ( $p=0,008$ ). Значення графіків Q-Q наведено у Додатку Ж.

Аналогічній процедурі піддавалися дані, отримані на групі жінок, які не мали досвіду релакстерапії.

Табл. 2.7

<b>Тест нормальності Шапіро-Уїлка шкал короткого п'ятифакторного опитувальника майндфулнес</b>					
<b>Жінки без досвіду релакстерапії</b>					
	Спостереження	Опис	Усвідомлена дія	Неосудливість до внутрішнього досвіду	Нереагування
N	27	27	27	27	27
Missing	0	0	0	0	0
Shapiro-Wilk W	0.968	0.940	0.893	0.933	0.941
Shapiro-Wilk p	0.541	0.124	0.009	0.082	0.126

Як і в попередньому випадку, результати перевірки нормальності розподілу за шкалами короткого П'ятифакторного опитувальника майндфулнес (ПОМ-15) засвідчили нормальність розподілу за більшістю шкал (спостереження, опис, неосудливість до внутрішнього досвіду, нереагування). Проте асиметричність була зафіксована за шкалою «усвідомлена дія» ( $p=0,009$ ). Значення графіків Q-Q наведено у додатку Ж.

Узагальнюючи отримані результати, можна зазначити, що розподіли за переважною більшістю шкал короткого п'ятифакторного опитувальника майндфулнес відповідають нормальному. Виключення становлять «неосудливість до внутрішнього досвіду» (у групі жінок з досвідом релакстерапії) та «усвідомлена дія» (у жінок без досвіду релакстерапії).

За такою ж схемою були проаналізовані дані багатовимірного опитувальника сексуальності В. Снелла, який описує 12 психологічних тенденцій, що впливають на сексуальність особистості: сексуальна впевненість, сексуальна одержимість, інтернальний сексуальний контроль, сексуальне самоусвідомлення, сексуальна мотивація, сексуальна тривога, сексуальна асертивність, сексуальна депресія, екстернальний сексуальний контроль, сексуальний моніторинг, страх сексуальних стосунків, сексуальне задоволення. Результати перевірки нормальності емпіричних розподілів за вказаними шкалами наведені у таблиці нижче.

Табл. 2.8

<b>Тест нормальності Шапіро-Уїлка шкал багатовимірного опитувальника сексуальності В. Снелла (MSQ)</b>				
Жінки із досвідом релакстерапії				
			Shapiro-Wilk	
	N	Missing	W	p
Сексуальна впевненість	27	0	0.927	0.059
Сексуальна одержимість	27	0	0.792	<.001
Інтернальний сексуальний контроль	27	0	0.959	0.348
Сексуальне самоусвідомлення	27	0	0.918	0.034
Сексуальна мотивація	27	0	0.950	0.220
Сексуальна тривога	27	0	0.968	0.546
Сексуальна асертивність	27	0	0.958	0.324
Сексуальна депресія	27	0	0.899	0.013
Екстернальний сексуальний контроль	27	0	0.939	0.118
Сексуальний моніторинг	27	0	0.842	<.001
Страх сексуальних стосунків	27	0	0.854	0.001
Сексуальне задоволення	27	0	0.944	0.155

Результати перевірки емпіричних розподілів (отриманих на вибірці жінок з досвідом релакстерапії) на нормальність показали наявність як нормального, так і асиметричного розподілу залежно від шкали. Зокрема, нормальний розподіл ( $p > 0,05$ ) зафіксовано за шкалами: сексуальної впевненості, інтернального сексуального контролю, сексуальної мотивації, сексуальної тривоги, сексуальної асертивності, екстернального сексуального

контролю, сексуального задоволення; асиметричний ( $p < 0,05$ ) за шкалами: сексуальної одержимості, сексуального самоусвідомлення, сексуальної депресії, сексуального моніторингу, страху сексуальних стосунків. Значення графіків Q-Q для вказаних шкал наведено у Додатку З.

Табл. 2.9

<b>Тест нормальності Шапіро-Уїлка шкал багатовимірного опитувальника сексуальності В. Снелла (MSQ)</b>				
<b>Жінки без досвіду релакстерапії</b>				
			Shapiro-Wilk	
	N	Missing	W	p
Сексуальна впевненість	27	0	0.923	0.048
Сексуальна одержимість	27	0	0.868	0.003
Інтернальний сексуальний контроль	27	0	0.923	0.046
Сексуальне самоусвідомлення	27	0	0.928	0.060
Сексуальна мотивація	27	0	0.957	0.316
Сексуальна тривога	27	0	0.943	0.141
Сексуальна асертивність	27	0	0.935	0.091
Сексуальна депресія	27	0	0.882	0.005
Екстернальний сексуальний контроль	27	0	0.825	<.001
Сексуальний моніторинг	27	0	0.793	<.001
Страх сексуальних стосунків	27	0	0.858	0.002
Сексуальне задоволення	27	0	0.934	0.088

Результати перевірки емпіричних розподілів на нормальність за шкалами багатовимірного опитувальника сексуальності В. Снелла (MSQ) у жінок без досвіду релакстерапії засвідчили асиметричний ( $p < 0,05$ ) розподіл за більшістю шкал, а саме: сексуальна впевненість, сексуальна одержимість, інтернальний сексуальний контроль, сексуальна депресія, екстернальний сексуальний контроль, сексуальний моніторинг, страх сексуальних стосунків. Шкали з нормальним розподілом ( $p > 0,05$ ) наступні: сексуальне самоусвідомлення, сексуальна мотивація, сексуальна тривога, сексуальна асертивність, сексуальне задоволення. Значення графіків Q-Q представлено у Додатку И.

Утім, якщо порівнювати значення W для тесту Шапіро-Уїлка в групах жінок з досвідом релакстерапії та без нього, це може дати деякі корисні

висновки щодо нормальності розподілу даних у цих двох групах. Зокрема, у більшості випадків, жінки з досвідом релакстерапії демонструють значення  $W$ , які вказують на більш «нормальні» розподіли для таких шкал, як сексуальна мотивація, сексуальна тривога, сексуальна асертивність, а також для сексуального задоволення. Натомість у групі без досвіду релакстерапії спостерігається більше відхилень від нормальності, особливо для таких шкал, як сексуальна одержимість, сексуальна депресія та екстернальний сексуальний контроль. Ці різниці можуть вказувати на те, що досвід релакстерапії має певний вплив на нормальність розподілу оцінок у цих шкалах.

Беручи до уваги викладене вище і виходячи із загальноприйнятих умов вибору статистичних критеріїв, вбачаємо за оптимальне у подальшій математико-статистичній обробці використовувати непараметричні критерії. Оскільки наступним кроком нашого дослідження є пошук внутрішніх зв'язків між шкалами аналізованих методик, нами був застосований непараметричний критерій кореляції Спірмена.

Спершу кореляційному аналізу піддавалися шкали короткого П'ятифакторного опитувальника майндфулнес (ПОМ-15).

Як бачимо з таблиці нижче, у вибірці жінок із досвідом релакстерапії виявлено декілька статистично значущих помірних позитивних кореляцій між шкалами майндфулнес. А саме: спостереження як здатність концентруватися на відчуттях, почуттях, думках тощо прямо значущо корелює з описом ( $p=0,515$ ;  $r=0,006$ ), усвідомленістю дій ( $p=0,416$ ;  $r=0,031$ ), нереагуванням ( $p=0,440$ ;  $r=0,021$ ). Відтак спостереження має найбільше корелятив всередині методики. Опис, у свою чергу, помірно корелює з усвідомленістю дій ( $p=0,479$ ;  $r=0,011$ ) та, як було сказано вище, спостереженням. А усвідомленість дій – з неосудливістю до внутрішнього досвіду ( $p=0,530$ ;  $r=0,004$ ), що передбачає утримання від оцінювання своїх почуттів, думок, емоцій, та, як вже зазначалося, спостереженням та описом.

Табл. 2.10

**Результати кореляційного аналізу шкал короткого П'ятифакторного опитувальника майндфулнес на вибірці жінок із досвідом релакстерапії**

		Спостереження	Опис	Усвідомлена дія	Неосудливість до внутрішнього	Нереагування
Спостереження	Spearman's rho	—				
	df	—				
	p-value	—				
Опис	Spearman's rho	0.515	—			
	df	25	—			
	p-value	0.006	—			
Усвідомлена дія	Spearman's rho	0.416	0.479	—		
	df	25	25	—		
	p-value	0.031	0.011	—		
Неосудливість до внутрішнього досвіду	Spearman's rho	0.301	0.276	0.530	—	
	df	25	25	25	—	
	p-value	0.128	0.164	0.004	—	
Нереагування	Spearman's rho	0.440	0.211	0.212	0.069	—
	df	25	25	25	25	—
	p-value	0.021	0.292	0.288	0.731	—

Отже, вказані інтеркореляційні зв'язки між шкалами короткого п'ятифакторного опитувальника майндфулнес показують цілком визначену взаємозумовленість і структурність, утворюючи узгоджену мережу компонентів усвідомленості власних дій і життя в цілому, яка в психологічному дискурсі позначається як майндфулнес.

Примітно, що результати кореляційного аналізу показників цієї ж методики, отриманих на вибірці жінок без досвіду релакстерапії, показали якісно іншу картину.

Як бачимо, у вибірці жінок без досвіду релакстерапії спостерігається значно менша кількість статистично значущих кореляцій, ніж у попередній вибірці. Корелюючими парами є опис і спостереження ( $r=0,525$ ;  $p=0,005$ ), що

вказує на взаємний зв'язок між здатністю помічати думки, переживання і здатністю їх вербально описувати, а також усвідомленість дій і неосудливість до внутрішнього досвіду ( $r=0,445$ ;  $p=0,020$ ), що може вказувати на зв'язок здатності осмислювати власні дії і їх безоціночного прийняття.

Табл. 2.11

**Результати кореляційного аналізу шкал короткого п'ятифакторного опитувальника майндфулнес (на вибірці жінок без досвіду релакстерапії)**

		Спостереження	Опис	Усвідомлена дія	Неосудливість до	Нереагування
Спостереження	Spearman's rho	—				
	df	—				
	p-value	—				
Опис	Spearman's rho	0.525	—			
	df	25	—			
	p-value	0.005	—			
Усвідомлена дія	Spearman's rho	0.211	0.173	—		
	df	25	25	—		
	p-value	0.291	0.389	—		
Неосудливість до внутрішнього досвіду	Spearman's rho	0.228	0.166	0.445	—	
	df	25	25	25	—	
	p-value	0.252	0.407	0.020	—	
Нереагування	Spearman's rho	0.314	0.235	- 0.020	0.059	—
	df	25	25	25	25	—
	p-value	0.111	0.238	0.921	0.770	—

Порівнюючи результати кореляційного аналізу шкал короткого П'ятифакторного опитувальника майндфулнес у групах жінок з досвідом релакстерапії і без досвіду, можна зробити висновок, що жінки, які мали досвід релакстерапії, показують більш виражену інтеграцію компонентів майндфулнес у взаємопов'язану структуру, а відтак – її більшу узгодженість. І навпаки, результати, отримані на вибірці жінок без досвіду релакстерапії

демонструють слабшу інтеграцію і більшу автономність показників майднфулнес.

Аналогічним чином нами були проаналізовані шкали багатовимірного опитувальника сексуальності В. Снелла (MSQ). Результати кореляційного аналізу за непараметричним критерієм Спірмена наведені в Додатках К і Л.

Результати кореляційного аналізу шкал багатовимірного опитувальника сексуальності у вибірці жінок із досвідом релакстерапії показали доволі щільну взаємозумовленість і взаємозалежність. Зокрема, найбільше корелятив має змінна «сексуальна впевненість», яка прямо пов'язана з сексуальною одержимістю ( $r=0,704$ ;  $p<0,001$ ), інтернальним сексуальним контролем ( $r=0,660$ ;  $p<0,001$ ), сексуальним самоусвідомленням ( $r=0,707$ ;  $p<0,001$ ), сексуальною мотивацією ( $r=0,612$ ;  $p<0,001$ ), сексуальною асертивністю ( $r=0,765$ ;  $p<0,001$ ), сексуальним задоволенням ( $r=0,662$ ;  $p<0,001$ ) і обернено з сексуальною депресією ( $r = -0,689$ ;  $p<0,001$ ) і страхом сексуальних стосунків ( $r=0,629$ ;  $p<0,001$ ). Шкалами з найменшою кількістю кореляційних зв'язків є сексуальна тривога і сексуальний моніторинг. Це свідчить про те, що дані показники є відносно автономними у структурі сексуальної поведінки досліджуваних. Детальна візуалізація кореляційних зв'язків міститься у Додатку К.

Результати кореляції показників, отриманих на вибірці жінок без досвіду релакстерапії, показали подібні тенденції. А саме, як і в попередньому випадку, найбільше кореляційних зв'язків має шкала сексуальної впевненості, яка прямо пов'язується з сексуальною одержимістю ( $r=0,503$ ;  $p=0,008$ ), інтернальним сексуальним контролем ( $r=0,377$ ;  $p=0,053$ ), сексуальним самоусвідомленням ( $r=0,517$ ;  $p=0,006$ ), сексуальною мотивацією ( $r=0,550$ ;  $p=0,003$ ), сексуальною асертивністю ( $r=0,782$ ;  $p<0,001$ ), сексуальним задоволенням ( $r=0,654$ ;  $p<0,001$ ) і обернено з сексуальною депресією ( $r=-0,624$ ;  $p<0,001$ ), екстернальним сексуальним контролем ( $r=-0,460$ ;  $p=0,016$ ) і страхом сексуальних стосунків ( $r=0,736$ ;  $p<0,001$ ). Крім цього, потужний кореляційний потенціал у даній вибірці мають шкали сексуального задоволення і страху

сексуальних стосунків. Детальна візуалізація кореляційних зв'язків міститься в Додатку Л.

Таким чином, бачимо, що обидві вибірки демонструють щільну й структуровану кореляційну мережу між шкалами сексуальності, на відміну від шкал майндфулнес, де суттєво структурнішими були дані, отримані на вибірці жінок із досвідом релакстерапії.

Наступний етап математико-статистичної обробки даних полягав у зіставленні груп жінок, які мають довід релакстерапії, і тих, хто не має такого досвіду. Порівняльний аналіз здійснювався за непараметричним U-критерієм Манна-Уїтні.

Як можемо побачити з таблиці, результати порівняння вибірок жінок за кожною зі шкал короткого п'ятифакторного опитувальника майндфулнес наступні: спостереження ( $U=315$ ,  $p=0,389$ ,  $ES= -0,1372$ ); опис ( $U=347$ ,  $p=0,760$ ,  $ES=0,0494$ ); усвідомлена дія ( $U=325$ ,  $p=0,494$ ,  $ES=0,1084$ ); неосудливість до внутрішнього досвіду ( $U=295$ ,  $p=0.228$ ,  $ES= -0.1907$ ), нереагування ( $U=352$ ,  $p=0,834$ ,  $ES= -0,0343$ ).

Табл..2.12

**Результати порівняльного аналізу груп за шкалами короткого П'ятифакторного опитувальника майндфулнес (на основі U-критерію Манна-Уїтні)**

		Statistic	p		Effect Size
Спостереження	Mann-Whitney U	315	0.389	Rank biserial correlation	-0.1372
Опис	Mann-Whitney U	347	0.760	Rank biserial correlation	0.0494
Усвідомлена дія	Mann-Whitney U	325	0.494	Rank biserial correlation	0.1084
Неосудливість до внутрішнього досвіду	Mann-Whitney U	295	0.228	Rank biserial correlation	-0.1907
Нереагування	Mann-Whitney U	352	0.834	Rank biserial correlation	-0.0343

Із результатів слідує, що найбільш виразну тенденцію до міжгрупових відмінностей має показник неосудливості до внутрішнього досвіду, про що свідчить найнижчий коефіцієнт  $U$ . Це вказує на тенденцію групи жінок з досвідом релаксерапії приймати досвід своїх дій і переживань без осуду. Найменша динаміка, виходячи з коефіцієнтів, спостерігається за параметром нереагування, де показники між групами є майже ідентичними. Описане вище підтверджується і даними описових статистик, результати яких наведені у Таблиці 2.13.

Табл. 2.13

### Описові статистики шкал ПОМ-15

	Досвід релакс_терапії	Mean	Median	SD
Спостереження	так	10.85	12	3.22
	ні	10.41	11	2.62
Опис	так	11.52	12	2.79
	ні	11.89	12	2.15
Усвідомлена дія	так	10.48	10	2.15
	ні	10.89	11	1.76
Неосудливість до внутрішнього досвіду	так	12.33	13	2.50
	ні	11.74	12	2.16
Нереагування	так	8.26	8	2.40
	ні	8.33	8	1.88

У цілому ж результати порівняння вибірок за шкалами короткого П'ятифакторного опитувальника майндфулнес (ПОМ-15) засвідчили відсутність статистично значущих відмінностей між досліджуваними групами жінок за усіма параметрами, оскільки в усіх випадках показники статистичної значущості перевищили допустимий показник ( $p \leq 0,05$ ). Вказане підтверджується і незначними розмірами ефекту за бісеріальною кореляцією. Відтак можна зробити висновок про загальну подібну вираженість показників майндфулнес в аналізованих груп жінок.

Табл. 2.14

**Результати порівняльного аналізу груп за шкалами Багатовимірною опитувальника сексуальності В. Снелла (на основі U-критерію Манна-Уїтні)**

		Statistic	p		Effect Size
Сексуальна впевненість	Mann-Whitney U	356	0.889	Rank biserial correlation	0.0233
Сексуальна одержимість	Mann-Whitney U	346	0.753	Rank biserial correlation	-0.0508
Інтернальний сексуальний контроль	Mann-Whitney U	330	0.549	Rank biserial correlation	0.0960
Сексуальне самоусвідомлення	Mann-Whitney U	326	0.509	Rank biserial correlation	0.1056
Сексуальна мотивація	Mann-Whitney U	283	0.160	Rank biserial correlation	0.2236
Сексуальна тривога	Mann-Whitney U	289	0.189	Rank biserial correlation	0.2085
Сексуальна асертивність	Mann-Whitney U	291	0.205	Rank biserial correlation	0.2016
Сексуальна депресія	Mann-Whitney U	358	0.917	Rank biserial correlation	-0.0178
Екстернальний сексуальний контроль	Mann-Whitney U	266	0.085	Rank biserial correlation	-0.2716
Сексуальний моніторинг	Mann-Whitney U	348	0.770	Rank biserial correlation	-0.0466
Страх сексуальних стосунків	Mann-Whitney U	355	0.875	Rank biserial correlation	-0.0261
Сексуальне задоволення	Mann-Whitney U	322	0.461	Rank biserial correlation	0.1180

За результатами порівняльного аналізу груп жінок з досвідом релакстерапії та без нього, здійсненого за допомогою U-критерію Манна-Уїтні, можна побачити наступні статистичні коефіцієнти: сексуальна впевненість ( $U=356$ ,  $p=0,889$ ,  $ES=0,0233$ ), сексуальна одержимість ( $U=346$ ,  $p=0,753$ ,  $ES=-0.0508$ ), інтернальний сексуальний контроль ( $U=330$ ,  $p=0,549$ ,  $ES=0,0960$ ), сексуальне самоусвідомлення ( $U=326$ ,  $p=0,509$ ,  $ES=0,1056$ ), сексуальна мотивація ( $U=283$ ,  $p=0,160$ ,  $ES=0,2236$ ), сексуальна тривога

( $U=289$ ,  $p=0,189$ ,  $ES=0,2085$ ), сексуальна асертивність ( $U=291$ ,  $p=0,205$ ,  $ES=0,2016$ ), сексуальна депресія ( $U=358$ ,  $p=0,917$ ,  $ES=-0,0178$ ), екстернальний сексуальний контроль ( $U=266$ ,  $p=0,085$ ,  $ES=-0,2716$ ), сексуальний моніторинг ( $U=348$ ,  $p=0,770$ ,  $ES=-0,0466$ ), страх сексуальних стосунків ( $U=355$ ,  $p=0,875$ ,  $ES=-0,0261$ ), сексуальне задоволення ( $U=322$ ,  $p=0,461$ ,  $ES=0,1180$ ). При цьому статистично значущих відмінностей за жодною з 12 шкал багатовимірного опитувальника сексуальності В. Снелла виявлено не було – показники усіх шкал були статистично незначущими (у всіх випадках  $p>0,05$ ).

Найвищі значення ефектів, хоча й без досягнення статистичної значущості, було отримано за шкалою екстернального сексуального контролю. Напрямок ефекту вказує на більш виражену тенденцію до зовнішньої регуляції сексуальної поведінки у жінок з досвідом релакстерапії. Крім вказаного, такі характеристики, як сексуальна мотивація, сексуальна тривога, сексуальна асертивність, вказують на певну тенденцію до більшої вираженості відповідних характеристик у жінок без досвіду релакстерапії. Проте, як вже зазначалося, дана тенденція не є статистично значущою, а отже, потребує уточнення на розширеній вибірці. Крім цього, рангово-бісеріальний коефіцієнт кореляції відповідає незначному розміру ефекту, що також вказує на дуже слабкі або відсутні міжгрупові відмінності за показниками сексуальності. Дані описових статистик наведені в Таблиці 2.15.

Табл. 2.15

**Описові статистики шкал багатовимірного опитувальника сексуальності В. Снелла (MSQ) на вибірці жінок без досвіду релакстерапії**

	Досвід релакстерапії	Mean	Median	SD
Сексуальна впевненість	так	18.11	18	4.26
	ні	18.30	19	3.75
Сексуальна одержимість	так	9.70	7	4.98
	ні	9.11	9	4.06
Інтернальний сексуальний контроль	так	17.15	18	4.72
	ні	18.15	19	3.46

Сексуальне самоусвідомлення	так	18.30	19	4.86
	ні	19.41	20	3.20
Сексуальна мотивація	так	15.85	16	6.00
	ні	18.22	18	4.03
Сексуальна тривога	так	10.26	10	3.32
	ні	11.67	12	3.77
Сексуальна асертивність	так	16.52	18	5.49
	ні	18.44	19	4.59
Сексуальна депресія	так	10.26	9	4.70
	ні	10.22	10	4.95
Екстернальний сексуальний контроль	так	9.85	9	3.66
	ні	8.11	7	3.31
Сексуальний моніторинг	так	7.56	7	2.78
	ні	7.44	6	3.07
Страх сексуальних стосунків	так	9.52	8	4.60
	ні	9.22	8	4.18
Сексуальне задоволення	так	16.78	16	5.24
	ні	17.93	19	4.88

У підсумку, проведений статистичний аналіз даних, отриманих на основі короткого П'ятифакторного опитувальника майндфулнес і Багатовимірного опитувальника сексуальності В. Снелла, засвідчив наявність щільної міжшкальної структури в обох вибірках, що вказує на внутрішню узгодженість компонентів сексуальності. Разом з тим, компоненти майндфуднес мають тенденцію до узгодженості лише у вибірці жінок, які практикують релакстерапію. У жінок без досвіду релакстерапії спостерігається більша автономність показників майндфулнес.

Порівняльний аналіз двох груп жінок (з досвідом релакстерапії та без нього) за непараметричним критерієм U-критерій Манна-Уїтні показав відсутність статистично значущих відмінностей за шкалами обох методик, що свідчить про подібність вираженості досліджуваних показників в обох групах.

## Висновки до розділу II

Експериментальне дослідження впливу досвіду релакстерапії на тілесну і сексуальну усвідомленість жінок, описане в цьому розділі, не виявило

статистично значущих відмінностей між групами учасниць з досвідом релакстерапії та без нього. У дослідженні було проаналізовано анкети 54 жінок: 27 із досвідом релакстерапії та 27 – без такого досвіду.

Нами не було виявлено прямої залежності між досвідом релакстерапії і рівнем тілесної та сексуальної усвідомленості, оціненим за шкалами опитувальників 4FDSQ, MAIA-2, POM-15 та Багатовимірним опитувальником сексуальності В. Снелла.

Проте було виявлено, що шкали усіх чотирьох опитувальників демонструють високу внутрішню когерентність, що свідчить про їхню валідність.

Нами було висунуте припущення, що, можливо, на рівень тілесної та сексуальної самоусвідомленості впливають інші фактори, які не були враховані в цьому дослідженні, такі як регулярність занять, особистісні характеристики, життєвий досвід, соціокультурні чинники, військові чинники тощо.

Відтак було отримано перспективну основу для продовження дослідження і проведення формувального експерименту.

## **РОЗДІЛ III. МЕТОДОЛОГІЯ ФОРМУВАЛЬНОГО ЕКСПЕРИМЕНТУ ТА ОПИС ДІАГНОСТИЧНИХ МЕТОДИК**

### **3.1. Організація формувального експерименту**

Оскільки проведення експериментального дослідження не показало чіткого впливу досвіду релакстерапії на тілесну і сексуальну усвідомленість жінок, було вирішено провести формувальний експеримент. Усі респонденти, які заповнили анкети під час експериментального дослідження, а це 96 осіб, були запрошені взяти участь у базовому курсі релакстерапії, після якого проводилося повторне опитування респондентів. Базовий курс релакстерапії включав 12 занять, які проводилися двічі на тиждень, тобто в цілому курс тривав 6 тижнів, з 12 лютого по 23 березня 2025 року (план занять курсу див. у Додатку А).

Проведення занять відбувалося на платформі Zoom, оскільки ця платформа забезпечує гарну якість зв'язку та дає можливість запису аудіо із блокуванням сторонніх шумів. Також платформа Zoom дає можливість ведучому заняття або його супервізору спостерігати за тим, як учасниці виконують рухи в режимі онлайн. Перед початком кожного заняття, як і в цілому перед початком всього курсу, учасниць було поінформовано про потребу вмикати камери під час виконання вправ. Більшість учасниць ставилася до цього з розумінням, вмикаючи камери або попереджаючи заздалегідь в чаті чи в особистих повідомленнях про неможливість під час конкретного заняття бути з увімкненою камерою.

Хоча в цілому курс відвідувало понад 20 учасниць, лише 14 із них повторно заповнили анкети.

Для оцінювання тілесної та сексуальної усвідомленості учасниць було використано анамнестичні анкети, чотири методики, адаптовані в Україні (Чотиривимірний опитувальник симптомів 4FDSQ; Опитувальник багатовимірної оцінки інтероцептивного усвідомлення MAIA-2; П'ятифакторний опитувальник майндфулнес (ПОМ-15) в адаптації

Каплуненко і Кучиної; Багатовимірний опитувальник сексуальності В.Снелла), а також запитання з можливістю розгорнутих відповідей.

### 3.2. Характеристика вибірки досліджуваних

У межах даного етапу дослідження було сформовано вибірку, яка включала 14 жінок, що пройшли тестування до та після проведення базового курсу релакстерапії.

Нижче наведені основні соціально-демографічні і психологічні характеристики вибірки досліджуваних, які слугують орієнтиром для розуміння загальної картини вибірки у її зв'язку з досліджуваними явищами.

Табл. 3.1

#### Кількісний розподіл досліджуваних за віковим показником

Вік	Кількість	%	Кумулятивний %
18–25	1	7.1%	7.1%
36–45	5	35.7%	42.9%
46–55	4	28.6%	71.4%
56–65	1	7.1%	78.6%
66 і старше	3	21.4%	100.0%

Як можемо побачити з таблиці вище, вибірка включає жінок віком від 18 до 66 років і старше, з переважанням представниць середнього та зрілого віку, а саме: найбільша частка охоплює категорію 36–45 років (35,7%) та 46–55 років (28,6%); жінки віком 18–25 років і 56–65 років представлені меншою часткою (по 7,1%), а жінки віком 66 років і старші складають 21,4% від загальної вибірки.

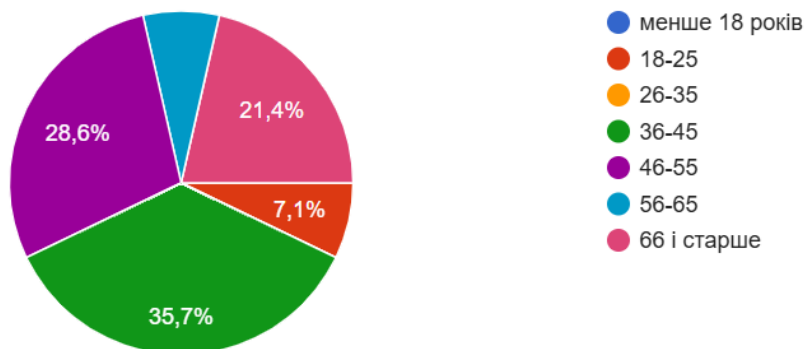


Рис. 3.1. Розподіл учасниць за віком

Наступним критерієм є місце проживання, а саме тип населеного пункту: місто (понад 1 млн. жителів) / місто (до 1 млн. жителів) / селище міського типу / село / за кордоном. Результати частотного розподілу за даним параметром наведені у таблиці нижче.

Табл. 3.2

#### Кількісний розподіл досліджуваних за місцем проживання

Місце проживання	Кількість	%	Кумулятивний %
місто (понад 1 млн жителів)	4	28.6%	28.6%
місто (до 1 млн жителів)	6	42.9%	71.4%
селище міського типу	1	7.1%	78.6%
село	2	14.3%	92.9%
за кордоном	1	7.1%	100.0%

Як засвідчили процедури кількісної обробки даних, переважна більшість досліджуваних жінок мешкає у містах (71,4%). З них у містах до 1 млн жителів – 42,9%, у містах з населенням понад 1 млн – 28,6%. Мешканки сільської місцевості представлені у меншій кількості. Зокрема села і селища міського типу складають 21,4%. Крім вказаного 7,1% учасниць у період проведення дослідження проживали за кордоном.

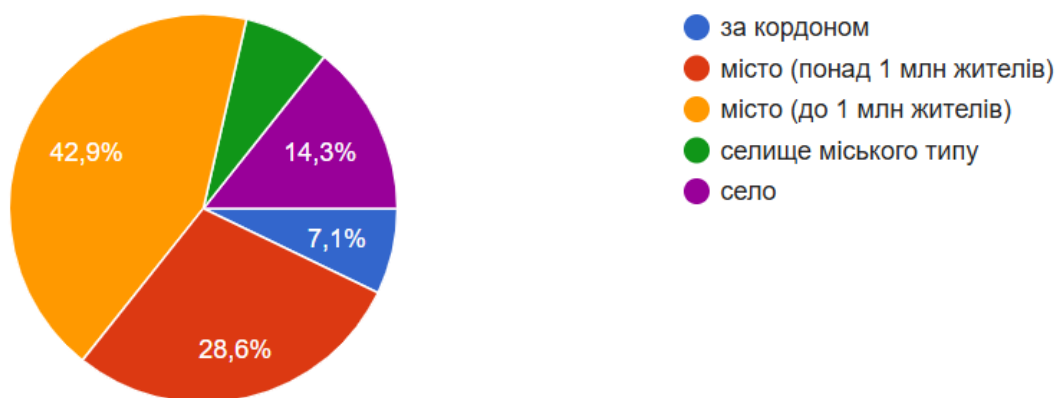


Рис. 3.2. Розподіл учасниць за місцем проживання

Як видно з наступної таблиці (табл. 3.3), переважна більшість респонденток на момент участі у дослідженні були працевлаштовані (71,4%). З них ті хто працює повний день склали 57,1%, а неповний – 14,3%.

Табл. 3.3

#### Кількісний розподіл досліджуваних за типом зайнятості

Тип зайнятості	Кількість	%	Кумулятивний %
працюю повний день	8	57.1%	57.1%
працюю неповний день	2	14.3%	71.4%
пенсіонер/пенсіонерка	3	21.4%	92.9%
студент/студентка	1	7.1%	100.0%

Непрацюючі сумарно представлені часткою 28,5%, з них пенсіонерки становлять 21,4%, а студентки лише 7,1%.

Крім цього був врахований також сімейний статус досліджуваних жінок, що може бути значущим чинником у дослідженні сексуальної усвідомленості і загального контексту інтимних стосунків. Деталізовані результати кількісного аналізу наведені у таблиці нижче.

Табл. 3.4

**Кількісний розподіл досліджуваних за сімейним станом**

<b>Сімейний статус</b>	<b>Кількість</b>	<b>%</b>	<b>Кумулятивний %</b>
у шлюбі	8	57.1%	57.1%
у стосунках	1	7.1%	64.3%
вдова/вдівець	1	7.1%	71.4%
розлучений/розлучена	2	14.3%	85.7%
не маю стосунків	2	14.3%	100.0%

Більшість учасниць дослідження перебувають у шлюбі (57,1%), ще 7,1% – мають стосунки. Частка розлучених становить 14,3%. Тих, хто на момент проведення дослідження не мав стосунків – 14,3%, вдів – 7,1%.

Табл. 3.5

**Кількісний розподіл досліджуваних за критерієм наявності дітей**

<b>Наявність дітей</b>	<b>Кількість</b>	<b>%</b>	<b>Кумулятивний %</b>
немає дітей	4	28.6%	28.6%
одна дитина	3	21.4%	50.0%
двоє дітей	5	35.7%	85.7%
троє і більше	2	14.3%	100.0%

За критерієм наявності дітей (таблиця вище) вибірка розподілилась наступним чином. Не мають дітей – 28,6% досліджуваних жінок. Сумарна частка учасниць, які мають дітей становить 71,4%, з них одну дитину мають 21,4% жінок, двоє – 35,7%, троє і більше – 14,3%. При цьому, лише 14,3% мають дітей до 18 років, тобто більшість жінок мають дорослих дітей, а відтак перейшли загально визнаний поріг активного батьківства.

Предмет нашого дослідження передбачає врахування сексуальної активності респонденток, яка була відображена нами шляхом кількісного аналізу частоти сексуальних контактів.

Табл. 3.6

**Кількісний розподіл досліджуваних за критерієм частоти статевих стосунків**

<b>Регулярність (частота) сексуальних стосунків</b>	<b>Кількість</b>	<b>%</b>	<b>Кумулятивний %</b>
5 разів на тиждень і частіше	1	7.1%	7.1%
2-3 рази на тиждень	1	7.1%	14.3%
раз на тиждень	4	28.6%	42.9%
кілька разів на місяць і рідше	8	57.1%	100.0%

Як свідчать дані, наведені у таблиці 6, понад половина учасниць (57,1%) характеризуються низькою частотою сексуальних стосунків. Регулярність сексуальних стосунків цієї частини вибірки становить кілька разів на місяць і рідше. 28,6% мають інтимні стосунки раз на тиждень, і лише 14,2% — 2–3 рази або більше на тиждень. Така картина свідчить про загальний фон помірної або навіть зниженої сексуальної активності у досліджуваних жінок.

Оскільки предметом нашого дослідження є вплив досвіду релакстерапії на рівень тілесної та сексуальної усвідомленості жінок, важливим є врахування попереднього досвіду практики різних форм релаксації (йога, медитації, дихальні практики тощо).

Табл. 3.7

**Кількісний розподіл досліджуваних за критерієм досвіду практики різних форм релаксації**

<b>Досвід інших форм релаксації</b>	<b>Кількість</b>	<b>%</b>	<b>Кумулятивний %</b>
-------------------------------------	------------------	----------	-----------------------

так, 4-5 разів на тиждень і частіше	1	7.1%	7.1%
так, один раз на тиждень	1	7.1%	14.2%
так, нерегулярно	6	42.9%	57.1%
досвід відсутній	6	42.9%	100.0%

З таблиці 3.7 видно, що порівняно невелика частка досліджуваних жінок (14,2%) мають регулярний досвід релаксаційних практик. З них 4-5 разів на тиждень і частіше займається 7,1%, а ще 7,1% практикують один раз на тиждень. 85,8% не мають такого досвіду або практикують нерегулярно (зокрема, повною відсутністю досвіду релаксаційних практик характеризується 42,9% жінок).

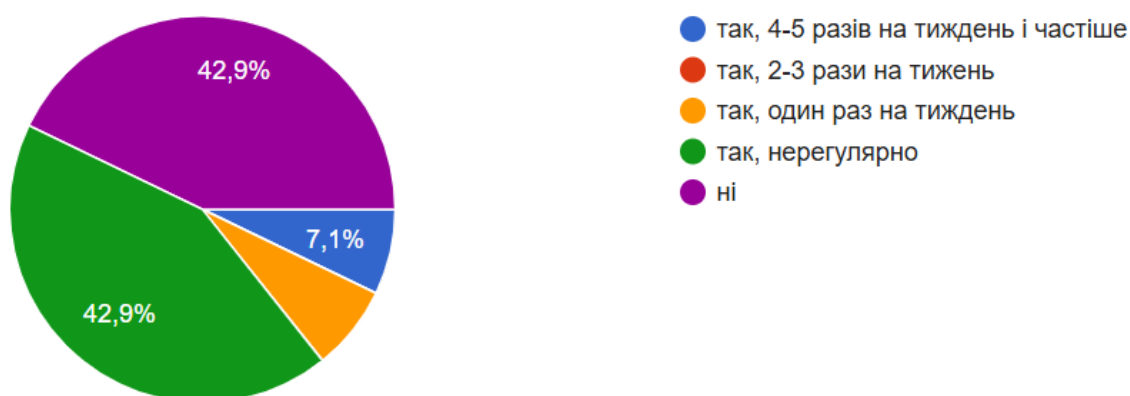


Рис. 3.3 Розподіл учасниць за критерієм досвіду практики різних форм релаксації

Таким чином, на основі викладеного вище можна узагальнити, що досліджувана вибірка представлена переважно жінками зрілого віку, переважно з міських регіонів, з різним сімейним досвідом і досвідом материнства. Переважання нерегулярного або відсутнього досвіду практики різних форм релаксації у поєднанні з помірною сексуальною активністю створює основу для дослідження потенційного впливу релакстерапії на рівень тілесної та сексуальної усвідомленості.

Також важливо зазначити, що понад 50% учасниць базового курсу відвідали 8–10 занять, ще 35% — 11–12 занять, і лише двоє осіб (14%) відвідали 3–5 занять. Це свідчить про достатньо глибоку залученість учасниць до програми курсу і якісні передумови для отримання достовірних результатів впливу релакстерапії на тілесну та сексуальну усвідомленість досліджуваних.

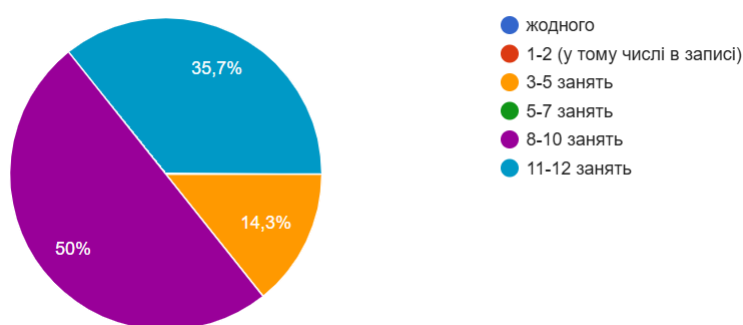


Рис. 3.4. Розподіл учасниць за критерієм кількості відвіданих занять базового курсу релакстерапії

У контексті нашого дослідження важливим є порівняння вибірок, залучених на двох етапах — емпіричному та формувальному. Обидві вибірки сформовані із жінок віком від 18 до 66+ років, однак мають певні кількісні та якісні відмінності.

На першому етапі дослідження, яке ми описали в другому розділі, було опитано 54 учасниці: 27 з досвідом релакстерапії та 27 без такого досвіду. Розподіл за віком показав, що найбільше представництво у вибірці мають жінки віком 36–45 років. Переважна частина вибірки перебуває у шлюбі (51,8%) або у стабільних стосунках (22,2%), більше половини — має дітей (57,4%), з них 34,4% мають дітей до 18 років.

У формувальному експерименті взяли участь 14 жінок. Вибірка також переважно складалася з учасниць середнього віку (36–55 років), із подібною представленістю за сімейним статусом (57% у шлюбі і 7% у стосунках) і наявністю дітей. Серед особливостей цієї вибірки варто відзначити дещо вищий відсоток жінок із досвідом материнства (71,4%), але менший — дітей

до 18 років (14,3%), тобто більшість жінок мають дорослих дітей, а відтак перейшли загально визнаний поріг активного батьківства.

У вибірці емпіричного дослідження переважають жінки, що мешкають у великих містах (82%): 48% — у містах із населенням понад 1 мільйон, 33% — у містах до мільйона; серед тих, хто не мав досвіду релакстерапії, ці показники становлять відповідно 59% і 26% (85%). У формувальному експерименті частка мешканок міст — 71,4%, з них 28,6% — у містах-мільйонниках, 42,9% — у менших містах. 21,4% учасниць живуть у сільській місцевості або за кордоном. Відтак можна говорити про більшу територіальну різноманітність формувальної вибірки.

За типом зайнятості в експериментальній вибірці найбільше жінок працюють повний (43%) або неповний день (31%), 9% мають часткову зайнятість, тоді як 17% — пенсіонерки або безробітні. У вибірці формувального експерименту 57,1% працюють повний день, 14,3% — неповний; 21,4% — пенсіонерки, 7,1% — студентки.

Отже, обидві вибірки дослідження — емпірична та формувальна — є порівнюваними за віковими та соціально-демографічними характеристиками. У кожній переважають жінки середнього віку (36–55 років), більшість із яких живуть у містах, перебувають у шлюбі та мають дітей. Водночас у формувальній вибірці вищий відсоток учасниць має дорослих дітей, що вказує на потенційно інший життєвий етап і психоемоційну потребу в самопізнанні та підтримці.

Ще одна відмінність полягає в географічному складі: якщо вибірка другого розділу є більш урбанізованою (понад 80% мешканок великих міст), то вибірка формувального експерименту охоплює жінок з ширшого територіального простору, включно з мешканками сіл та іншої країни.

Також дещо різниться структура зайнятості. В емпіричній вибірці присутня часткова зайнятість (9%) і вища частка тих, хто працює неповний день (31%), тоді як у формувальній переважають жінки з повною зайнятістю (57,1%). Участь пенсіонерок і студенток також трохи більша у формувальній

вибірці. Це може свідчити про певну гнучкість часу та вищу готовність до проходження курсу релакстерапії.

Ці відмінності важливо враховувати під час інтерпретації результатів, оскільки вони можуть впливати на рівень мотивації, доступність участі та характер очікувань щодо психоемоційного впливу релакстерапії.

### 3.3 Аналіз результатів формувального експерименту

Подальший математико-статистичний аналіз здійснювався у напрямку кількісного зіставлення показників тілесної та сексуальної усвідомленості жінок до та після проходження базового курсу релакстерапії, а саме: показників дистресу, депресії, тривоги та соматизації; основних вимірів практики майндфулнес як засобу регулювання стресу; показників інтероцептивного усвідомлення як здатності підтримувати і контролювати увагу до відчуттів власного тіла; психологічних тенденцій, які описують сексуальне життя і сексуальну усвідомленість досліджуваних.

Табл. 3.8

**Результати описових статистик шкал Чотиривимірною опитувальника симптомів (4DSQ)**

Показник	Вибірка	Mean	Median	SD
Соматизація	Після курсу	6.07	5.00	5.18
	До курсу	10.07	10.00	5.84
Дистрес	Після курсу	8.86	8.00	5.20
	До курсу	13.43	11.50	7.32
Тривога	Після курсу	3.50	2.00	3.67
	До курсу	4.86	3.50	3.98
Депресія	Після курсу	1.36	1.00	1.34
	До курсу	2.64	1.50	2.82

Як видно з таблиці 3.8, після курсу релакстерапії спостерігається істотне зниження рівня психосоматичних симптомів, особливо це стосується

показників соматизації ( $M=10,07$ ;  $SD=5,84 \rightarrow M=6,07$ ;  $SD=5,18$ ) та дистресу ( $M=13,43$ ;  $SD=7,32 \rightarrow M=8,86$ ;  $SD=5,20$ ) що вказує на ефективність релаксаційних практик у зменшенні емоційної напруги. Наочна демонстрація вказаних тенденцій міститься на рис.3.1.

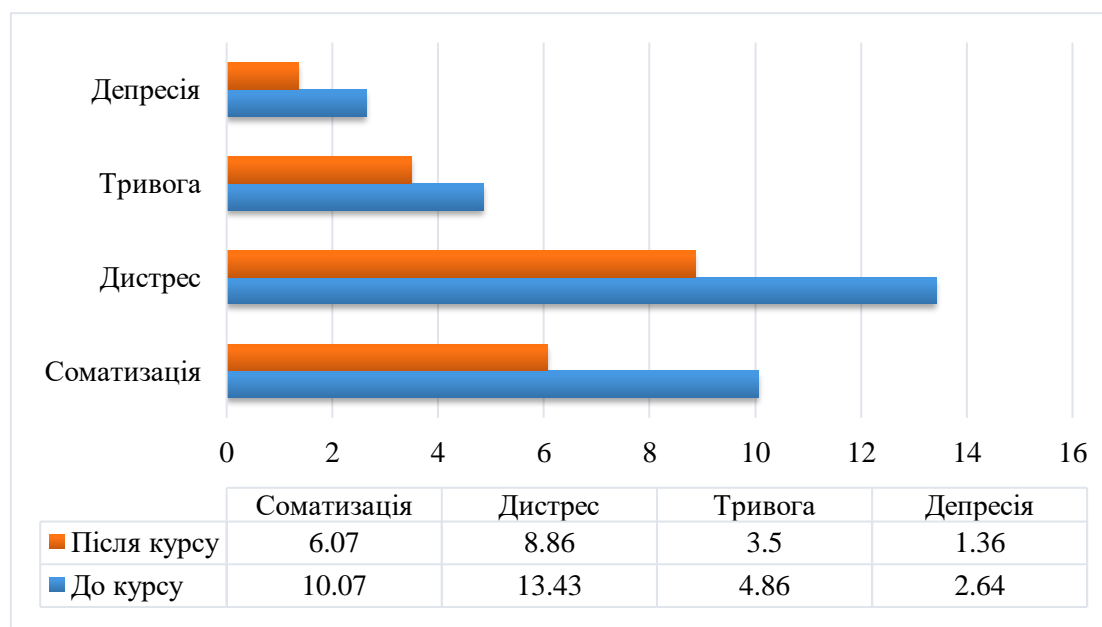


Рис. 3.5. Графічне представлення динаміки вираженості психосоматичних симптомів

Аналогічним чином було проаналізовано описові статистики за шкалами П'ятифакторного опитувальника майндфулнес (ПОМ-15), показники якого вказують на позитивний психологічний стан, толерантність до неприємних емоцій, відчуттів, впливу стресових подій тощо.

Табл. 3.9

**Результати описових статистик показників п'ятифакторного опитувальника майндфулнес (ПОМ-15)**

Показник	Вибірка	Mean	Median	SD
Спостереження	Після курсу	10.79	11.00	2.08
	До курсу	10.07	10.50	2.13
Опис	Після курсу	11.86	12.00	1.66

	До курсу	11.50	11.00	1.83
Усвідомлена дія	Після курсу	10.07	9.00	2.13
	До курсу	11.00	11.00	2.29
Неосудливість до внутрішнього досвіду	Після курсу	12.07	12.00	2.30
	До курсу	11.14	11.50	2.57
Нереагування	Після курсу	8.79	8.00	1.85
	До курсу	8.50	9.00	2.44

Таблиця 3.9 наочно демонструє помірні зміни у вираженості ключових компонентів майндфулнес. Найбільшою мірою це стосується спостереження як здатності помічати тілесні та емоційні стани ( $M=10,07$ ;  $SD=2,13 \rightarrow M=10,79$ ;  $SD=2,08$ ), опису досвіду ( $M=11,50$ ;  $SD=1,83 \rightarrow M=11,86$ ;  $SD=1,66$ ). Найбільш помітна динаміка спостерігається в компоненті неосудливості до внутрішнього досвіду – однієї з основоположних характеристик майндфулнес ( $M=11,14$ ;  $SD=2,57 \rightarrow M=12,07$ ;  $SD=2,30$ ). Це свідчить про те, що навіть нетривалий курс релакстерапії здатен редукувати тенденції до самокритики, негативних оцінок власних думок та почуттів, і, відповідно, сприяє прийняттю себе та власного досвіду.

Разом з тим можемо спостерігати незначне зменшення вираженості такого показника як Усвідомлена дія ( $M=11,00$ ;  $SD=2,29 \rightarrow M=10,07$ ;  $SD=2,13$ ), що суперечить висунутій нами гіпотезі дослідження, тож ми зацікавилися цим фактом і нижче здійснили більш ретельний аналіз шкали Усвідомленої дії.

Наочна деталізація результатів наведена на Рис. 3.2.

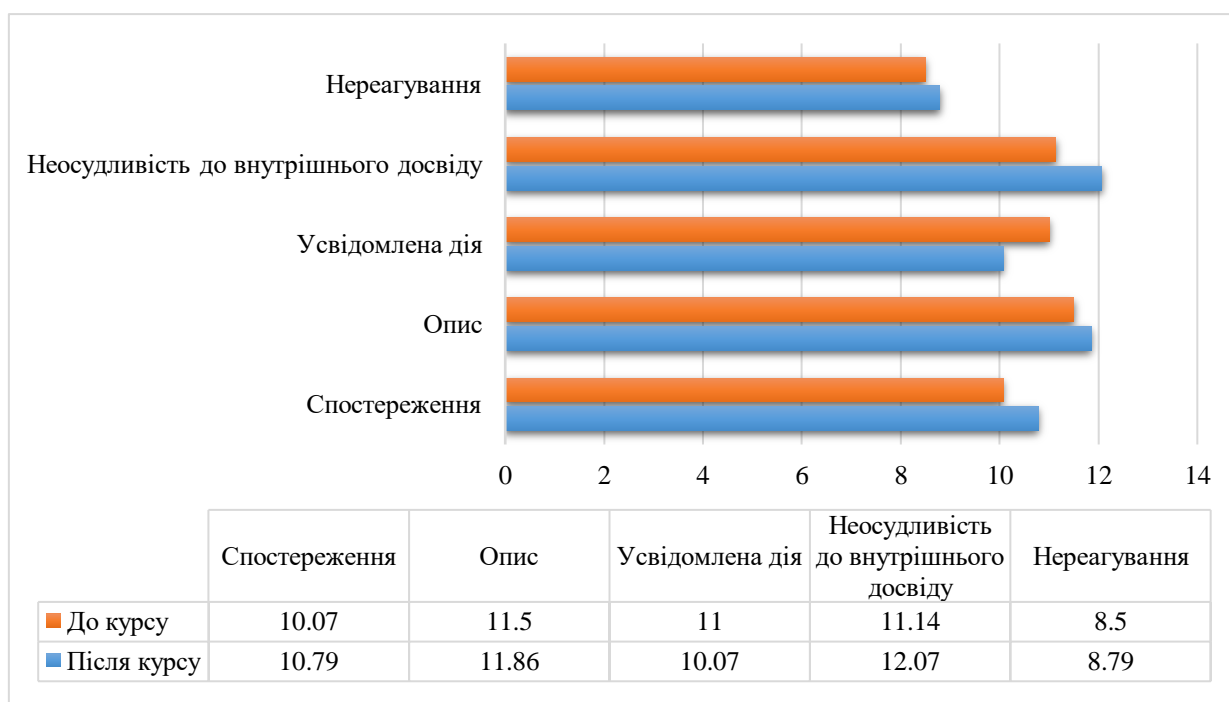


Рис. 3.6. Графічне представлення динаміки вираженості показників майндфулнес

Наступним кроком був аналіз описових статистик за показниками інтероцептивного усвідомлення, отриманих на основі застосування методики багатовимірної оцінки інтероцептивного усвідомлення (МАІА-2)

Табл. 3.10

**Результати описових статистик шкал опитувальника багатовимірної оцінки інтероцептивного усвідомлення (МАІА-2)**

Показник	Вибірка	Mean	Media n	SD
Здатність помічати	Після курсу	2.30	2.75	1.245
	До курсу	2.00	2.00	1.189
Здатність не відволікатись	Після курсу	1.71	1.58	0.853
	До курсу	1.70	1.58	0.600
Здатність не турбуватися	Після курсу	1.94	1.80	0.552
	До курсу	1.79	1.60	0.717
Здатність регулювати увагу	Після курсу	1.68	1.50	0.855
	До курсу	1.60	1.07	1.216
Здатність до усвідомлення емоцій	Після курсу	2.86	3.20	1.578
	До курсу	2.44	2.30	1.675
Здатність до саморегуляції	Після курсу	2.09	1.88	1.430
	До курсу	1.68	1.13	1.498

Здатність прислухатися до тіла	Після курсу	1.83	1.50	1.395
	До курсу	1.45	1.33	1.381
Здатність довіряти	Після курсу	3.36	3.67	1.592
	До курсу	2.83	2.83	1.430

Як свідчать результати, наведені у таблиці 10, показники оцінки інтероцептивного усвідомлення також зросли після проходження досліджуваними жінками базового курсу релакстерапії. Наочна візуалізація цієї динаміки наведена на рисунку 3.3.

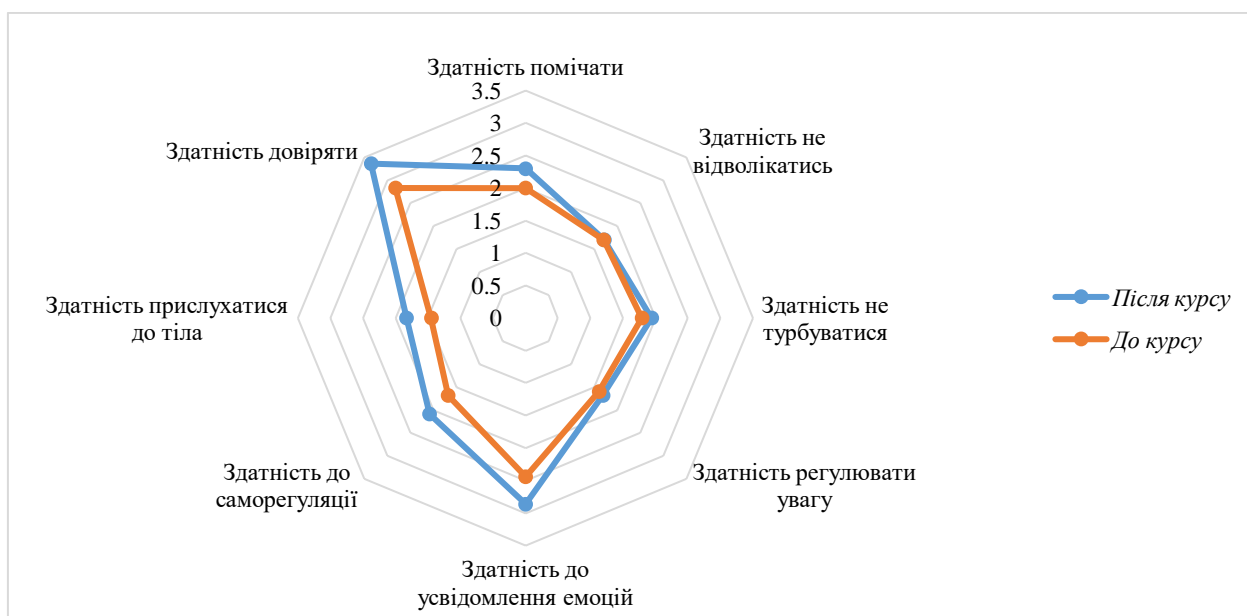


Рис. 3.7. Графічне представлення динаміки вираженості показників інтероцептивного усвідомлення до та після базового курсу релакстерапії

Можемо побачити, що найвідчутніша динаміка спостерігається за такими аспектами як: здатність довіряти ( $M=2,83$ ;  $SD=1,4 \rightarrow M=3,36$ ;  $SD=1,6$ ), здатність прислухатися до тіла ( $M=1,45$ ;  $SD=1,4 \rightarrow M=1,83$ ;  $SD=1,4$ ), здатність до саморегуляції ( $M=1,68$ ;  $SD=1,5 \rightarrow M=2,09$ ;  $SD=1,4$ ) і усвідомлення емоцій ( $M=2,44$ ;  $SD=1,7 \rightarrow M=2,86$ ;  $SD=1,6$ ). При цьому, як видно з рисунку, загальний профіль вираженості шкал (міра співвіднесеності шкал одна з одною) лишається майже незмінним.

Подібний результат, проте менш виражений, був отриманий і за показниками багатовимірного опитувальника сексуальності В. Снелла, деталізований аналіз за яким наведено у Таблиці 3.11.

Табл. 3.11

**Результати описових статистик шкал багатовимірного опитувальника сексуальності В. Снелла**

<b>Показник</b>	<b>Вибірка</b>	<b>Mean</b>	<b>Median</b>	<b>SD</b>
Сексуальна впевненість	Після курсу	17.21	19.00	6.10
	До курсу	17.36	18.00	5.05
Сексуальна одержимість	Після курсу	8.93	6.50	5.06
	До курсу	9.71	10.00	4.16
Інтернальний сексуальний контроль	Після курсу	16.43	19.50	5.23
	До курсу	16.29	17.50	6.12
Сексуальне самоусвідомлення	Після курсу	17.00	18.50	5.80
	До курсу	16.29	18.50	6.08
Сексуальна мотивація	Після курсу	15.93	18.50	7.34
	До курсу	16.93	20.00	6.29
Сексуальна тривога	Після курсу	9.57	9.00	4.03
	До курсу	10.93	11.50	4.84
Сексуальна асертивність	Після курсу	15.07	17.50	6.46
	До курсу	15.21	15.00	5.91
Сексуальна депресія	Після курсу	10.50	7.50	5.98
	До курсу	10.86	8.00	6.80
Екстернальний сексуальний контроль	Після курсу	9.21	9.00	4.04
	До курсу	10.57	10.00	4.31
Сексуальний моніторинг	Після курсу	7.00	6.00	2.32
	До курсу	7.79	7.00	2.49
Страх сексуальних стосунків	Після курсу	11.64	10.50	5.72
	До курсу	12.36	9.50	6.88
Сексуальне задоволення	Після курсу	17.00	19.50	6.19
	До курсу	17.14	19.50	6.16

З Таблиці 3.11 слідує, що позитивні зміни зафіксовані у сфері інтернального сексуального контролю, сексуального самоусвідомлення, зниження сексуальної тривоги, депресії, сексуальної одержимості, екстернального сексуального контролю та страху сексуальних стосунків. Це вказує на позитивну динаміку. Проте, як можемо побачити із наведених у

таблиці середніх значень, кількісна динаміка є незначною, що вказує на незначну зміну вказаних показників.

Низка показників залишаються сталими або майже не змінилися, що може свідчити про стійкі особистісні риси, потребу тривалішої практики релакстерапії або зумовлене тим, що значна частина вибірки продемонструвала невисоку сексуальну активність. Графічне зображення аналізованих показників наведено на Рисунку 3.4.

Як можемо побачити з рисунка 3.4, загальна картина співвідношення шкал багатовимірного опитувальника сексуальності залишається сталою, проте спостерігаються незначні зміни у вираженості низки показників.



Рис. 3.8. Графічне представлення динаміки вираженості показників інтероцептивного усвідомлення до та після базового курсу релакстерапії

Зокрема, у бік зниження змінилися показники:

- екстернального сексуального контролю ( $M=10,57$ ;  $SD=4,31 \rightarrow M=9,21$ ;  $SD=4,04$ ),
- сексуальної одержимості ( $M=9,71$ ;  $SD=4,16 \rightarrow M=8,93$ ;  $SD=5,06$ ),
- сексуальної мотивації ( $M=16,93$ ;  $SD=6,29 \rightarrow M=15,93$ ;  $SD=7,34$ ),
- сексуальної тривоги ( $M=10,93$ ;  $SD=4,84 \rightarrow M=9,57$ ;  $SD=4,03$ ),
- сексуального моніторингу ( $M=7,79$ ;  $SD=2,49 \rightarrow M=7,00$ ;  $SD=2,32$ ),

- страху сексуальних стосунків ( $M=12,36$ ;  $SD=6,88 \rightarrow M=11,64$ ;  $SD=5,72$ ).

Незначна позитивна динаміка спостерігається у сексуальному самоусвідомленні ( $M=16,29$ ;  $SD=5,80 \rightarrow M=17,00$ ;  $SD=6,08$ ).

Таким чином, узагальнюючи результати двох замірів досліджуваних показників до та після базового курсу релакстерапії, бачимо цілком експліцитну тенденцію до позитивної динаміки за багатьма шкалами застосованих методик. При цьому слід зазначити, що характер цих змін виявився нерівномірним: для одних показників була зафіксована виражена позитивна динаміка, тоді як інші демонстрували лише незначні зміни або залишились незмінними. У зв'язку з цим постає необхідність формалізованої перевірки отриманих результатів з застосуванням статистичних критеріїв. А отже, для об'єктивізації позитивного впливу базового курсу релакстерапії на рівень тілесної та сексуальної усвідомленості жінок, нами були застосовані статистичні інструменти перевірки гіпотез, що дозволить довести статистичну значущість виявлених змін і виключити ймовірність випадковості отриманих результатів.

Попередня перевірка емпіричних розподілів на нормальність (Додаток М) показала, що частина змінних відповідає нормальному розподілу, інша ж частина демонструє відхилення від нормальності, а відтак має асиметричний розподіл. Саме цим був зумовлений подальший вибір непараметричних критеріїв математико-статистичної обробки даних. Таким чином, з огляду на малий обсяг вибірки ( $n = 14$ ) та неоднорідність розподілу змінних, було зроблено вибір на користь застосування непараметричного критерію Вілкоксона для парних вибірок. Нижче (таблиці 3.12-3.13, 3.17-3.18) наведені результати зіставного аналізу вираженості досліджуваних показників до та після проходження базового курсу релакстерапії досліджуваними жінками.

Табл. 3.12

**Результати зіставлення парних вибірок за показниками  
чотиривимірного опитувальника симптомів (4DSQ)**

		<b>Statistic</b>	<b>p</b>
Соматизація_ до - після	Wilcoxon W	66.0 <sup>a</sup>	0.003
Дистрес_ до - після	Wilcoxon W	68.0 <sup>b</sup>	0.025
Тривога_ до - після	Wilcoxon W	51.5 <sup>a</sup>	0.104
Депресія_ до - після	Wilcoxon W	52.5 <sup>a</sup>	0.089

Як видно з результатів, наведених у таблиці 3.12, було виявлено статистично значуще зниження показників соматизації ( $p=0,003$ ) та дистресу ( $p=0,025$ ) після базового курсу релакстерапії. Це свідчить про позитивний вплив даної практики на соматичну симптоматику та емоційний стан жінок, що увійшли до вибірки досліджуваних. За показниками тривоги та депресії статистично значущих змін виявлено не було, що може вказувати на те, що в силу неоднозначної феноменології цих станів, їх редукція можлива за умови більш глибокого і комплексного впливу (наприклад поєднання релакстерапії з психотерапією, психофармакологією тощо).

Результати засвідчили статистично значущу динаміку до та після проходження базового курсу релакстерапії за показником «усвідомлена дія». Прикметно те, що цей показник знизився. Динаміка за рештою показників виявилась статистично не значущою.

Табл. 3.13

**Результати зіставлення парних вибірок за показниками опитувальника  
майндфулнес (ПОМ-15)**

		<b>Statistic</b>	<b>p</b>
Спостереження_ до - після	Wilcoxon W	10.5 <sup>a</sup>	0.169
Опис_ до - після	Wilcoxon W	36.0 <sup>b</sup>	0.520
Усвідомлена дія_ до - після	Wilcoxon W	73.0 <sup>b</sup>	0.053
Неосудливість до внутрішнього досвіду_ до - після	Wilcoxon W	13.5 <sup>d</sup>	0.088
Нереагування_ до - після	Wilcoxon W	33.5 <sup>c</sup>	0.691

Зниження показника «усвідомленої дії», до того ж з очевидною статистично значущою динамікою спонукало нас приділити більше уваги шкалі його вимірювання. Ми вирішили дослідити надійність шкали та її внутрішню узгодженість.

До шкали Усвідомлена дія входять три питання, які мають зворотний ключ:

- 3. Я не зосереджую уваги на тому, що роблю, оскільки мрію, хвилююся або відволікаюся в інший спосіб (закодоване як *dream*).
- 8. Я виконую роботу та завдання механічно, не усвідомлюючи того, що роблю (закодоване як *mechanic*).
- 13. Я зазначаю, що роблю щось, не надаючи цьому уваги (закодоване як *lost\_attantion*).

Спочатку ми проаналізували надійність шкали на основі відповідей учасниць до проходження курсу релакстерапії. Із Рисунка 3.9 бачимо, що загальна надійність шкали низька (0.683) — нижче прийнятного порогу 0.7. Найгірше поводить ся показник *lost\_attention\_b* —  $\alpha = 0.274$  при його виключенні, що свідчить про серйозну невідповідність цього пункту всій шкалі. Показник *dream\_b* теж слабкий — 0.534. Цікаво, що *mechanic\_b* має високий показник — 0.852.

<b><math>\alpha</math> Кронбаха</b>	
<b>шкала</b>	0.683
<b>Якщо елемент випав</b>	
<b><math>\alpha</math> Кронбаха</b>	
<b><i>dream_b</i></b>	0.534
<b><i>mechanic_b</i></b>	0.852
<b><i>lost_attantion_b</i></b>	0.274

Рис. 3.9. Аналіз надійності шкали «Усвідомлена дія» у вибірці до проходження курсу релакстерапії

Натомість у результаті аналізу надійності шкали у відповідях учасниць після проходження курсу релакстерапії було отримано показник  $\alpha$  Кронбаха = 0.873. Це високий показник надійності, що свідчить про добру внутрішню узгодженість шкали.

Усі три питання шкали «Усвідомлена дія» мають однаковий семантичний напрям (відсутність усвідомленості), мають зворотне кодування, проте питання "lost\_attention" (13) у відповідях і до, і після курсу релакстерапії значно знижує  $\alpha$  Кронбаха ( $\alpha = 0.689$ ), що вказує на його невідповідність серед подібних за змістом пунктів.

<b><math>\alpha</math> Кронбаха</b>	
<b>шкала</b>	0.873
<b>Якщо елемент випав</b>	
<b><math>\alpha</math> Кронбаха</b>	
<b>dream</b>	0.868
<b>mechanic</b>	0.875
<b>lost_attantion</b>	0.689

*Рис. 3.10.* Аналіз надійності шкали «Усвідомлена дія» у вибірці після проходження курсу релакстерапії

Наступним етапом ми порівняли статистику до і після курсу.

Табл. 3.14

Статистика	ДО курсу	ПІСЛЯ курсу
Загальна $\alpha$	0.683	0.873
dream	0.534	0.868
mechanic	0.852	0.875
lost_attention	0.274	0.689

Бачимо, що відповідно до Таблиці 3.14 загальна надійність суттєво зросла — до 0.873 (висока внутрішня узгодженість), тобто усі три пункти стали краще інтегруватися в структуру шкали. Особливо вражаюче зростання в *lost\_attention*: з 0.274 до 0.689. Пояснити такі зміни можна кількома чинниками:

1. Релакстерапія вплинула на цілісність самосприйняття. Після проходження курсу учасниці краще усвідомлюють свою поведінку, і тому відповідають на шкалу більш узгоджено. Імовірно, вони стали краще розпізнавати моменти неусвідомленої дії, що робить зворотні пункти більш валідними.

2. Підвищення когнітивної чіткості. До курсу деякі твердження могли бути незрозумілими або викликати плутанину, особливо ті, що сформульовані зворотно. Після курсу підвищилася рефлексивність і, відповідно, стала кращою інтерпретація шкали.

3. Питання *lost\_attention* до курсу могло бути занадто абстрактним або викликати захисну реакцію (учасниці не визнавали, що діють неуважно). Після курсу учасниці стали більша відкритими до самоспостереження.

Отже, релакстерапія покращила надійність шкали, що саме по собі є позитивним результатом. Аналіз надійності за  $\alpha$  Кронбаха продемонстрував суттєву різницю між показниками до та після проходження курсу релакстерапії учасницями дослідження. Після завершення курсу релакстерапії спостерігається значне покращення надійності шкали, з  $\alpha$  Кронбаха = 0.873, що свідчить про високу внутрішню узгодженість. А шкала «Усвідомлена дія» не лише продемонструвала достатню чутливість до змін, зумовлених інтервенцією, але й підтвердила потенціал окремих зворотних пунктів (особливо *lost\_attention*) як індикаторів глибинних зрушень у самосприйнятті.

Ми також вирішили додатково порівняти відповіді до та після проходження курсу на кожне з питань шкали, щоб з'ясувати джерело найістотніших змін. Для аналізу даних на нормальність розподілу традиційно був застосований тест Шапіро-Уїлка.

	W	p
<b>dream</b>	0.771	0.002
<b>mechanic</b>	0.773	0.002
<b>lost_attantion</b>	0.872	0.045

Рис. 3.11. Тест на нормальність Шапіро-Уїлка

Оскільки дані тяжіють до ненормального розподілу ( $p = 0.002$ ), для порівняння парних зразків було застосовано критерій Вілкоксона (Wilcoxon).

		Статистика	p	Розмір ефекту		
<b>dream_b</b>	<b>dream</b>	<b>Wilcoxon W</b>	24.0 <sup>a</sup>	0.073	Рангова бісеріальна кореляція	0.714
<b>mechanic_b</b>	<b>mechanic</b>	<b>Wilcoxon W</b>	35.0 <sup>b</sup>	0.110	Рангова бісеріальна кореляція	0.556
<b>lost_attantion_b</b>	<b>lost_attantion</b>	<b>Wilcoxon W</b>	17.5 <sup>a</sup>	0.588	Рангова бісеріальна кореляція	0.250

Рис. 3.12. Порівняння відповідей на кожне з питань шкали до та після проходження курсу

Результати аналізу, які можна бачити на рисунку 3.8, свідчать, що жоден із трьох зворотних пунктів не продемонстрував статистично значущих змін після проходження курсу релакстерапії ( $p > 0.05$ ). Проте для пункту «Я не зосереджую уваги на тому, що роблю, оскільки мрію, хвилююсь або відволікаюсь в інший спосіб» (dream) спостерігається тенденція до покращення ( $W = 24.0$ ,  $p = 0.073$ ), яка може свідчити про початкові зміни у напрямку більшої усвідомленості, хоча й не досягає рівня статистичної значущості.

Пункти *mechanic* ( $W = 35.0$ ,  $p = 0.110$ ) та *lost\_attention* ( $W = 17.5$ ,  $p = 0.588$ ) не продемонстрували достовірних змін. Найменші зрушення виявлені саме у пункті *lost\_attention*, що може свідчити про меншу чутливість цього твердження до короткотривалих змін або про низьку суб'єктивну усвідомленість цього аспекту учасницями до та після інтервенції.

Варто зазначити, що, попри відсутність статистичної значущості за критерієм Вілкоксона, попередній аналіз надійності за  $\alpha$  Кронбаха вказав на значне підвищення внутрішньої узгодженості шкали після проходження курсу, що може свідчити про якісне покращення структури усвідомлення серед учасниць. Це підкреслює важливість комплексного аналізу змін, включаючи як кількісні, так і психометричні показники.

Щоб іще глибше дослідити показники шкали усвідомленої дії, а також з метою виявлення динаміки за цим показником між трьома групами учасниць (без досвіду релакстерапії, з досвідом, а також після проходження курсу релакстерапії) нами було застосовано непараметричний критерій Крускала-Уолліса, який дозволяє порівнювати дані трьох і більше вибірок.

Табл. 3.15

### Результати порівняння трьох вибірок за параметром «усвідомлена дія»

Kruskal-Wallis			
	$\chi^2$	df	p
Усвідомлена дія	1.86	2	0.394
Pairwise comparisons - Усвідомлена дія			
		W	p
Без досвіду	З досвідом	-0.979	0.768
Без досвіду	Після проходження курсу	-2.045	0.317
З досвідом	Після проходження курсу	-0.884	0.807

Згідно з отриманими результатами, статистично значущих відмінностей між вибірками не виявлено:  $\chi^2(2)=1,86$ ,  $p=0.394$ . А відтак, можемо зробити висновок, що внесок досвіду релакстерапії у варіацію рівня усвідомленої дії є мінімальним. Вказане підтвердилось і детальнішим аналізом, здійсненим на основі парних порівнянь, де жодна з порівнюваних пар не продемонструвала статистично значущих відмінностей: без досвіду – з досвідом ( $W=-0,979$ ,  $p=0,768$ ), без досвіду – після проходження курсу ( $W=-2,045$ ,  $p=0,317$ ), з досвідом – після проходження курсу ( $W=-0,884$ ,  $p=0,807$ ).

Додатково нами була здійснена деталізація даних на основі описових статистик, яка все ж показала незначні, проте очевидні відмінності у вираженості аналізованого показника.

Табл. 3.16

### Результати описових статистик за параметром «усвідомлена дія»

	Досвід релакстерапії	Усвідомлена дія
Mean	Без досвіду	10.9
	З досвідом	10.5
	Після проходження курсу	10.1
Median	Без досвіду	11
	З досвідом	10
	Після проходження курсу	9.00
Standard deviation	Без досвіду	1.76
	З досвідом	2.15
	Після проходження курсу	2.13

Виходячи з даних, наведених у таблиці вище, можемо окреслити загальну тенденцію за вираженістю даного показника, а саме: найвищі середні значення усвідомленої дії зафіксовані у вибірці без досвіду релакстерапії ( $M=10,9$ ;  $SD=1,76$ ), потім – у групи з досвідом ( $M=10,5$ ;  $SD=2,15$ ), а найнижчі – у групи, що пройшла курс релакстерапії ( $M=10,1$ ;  $SD=2,13$ ). Попри те, що статистична перевірка не підтвердила наявності значущих відмінностей, все ж бачимо певне зниження рівня усвідомленої дії мірою заглиблення учасниць опитування в практику релакстерапії. Це може свідчити про заострення тенденцій до рефлексії, самокритичності, а відтак «усвідомлення труднощів усвідомлення». Ще одне можливе пояснення описаного феномена: здобуття учасницями в ході заглиблення в релакстерапію навички розслаблення і меншій фіксації на почуттях, діях, емоціях; здобуття навички «відпускати ситуацію» і зменшувати тотальний контроль над ситуацією як прагнення знизити емоційну напругу і вигорання.

Нагадаємо, що наявність тенденції до спаду зазначеного показника підтверджена також статистично значущою динамікою в ході формувального експерименту, де порівнювались парні вибірки до та після проходження базового курсу релакстерапії.

Після детального аналізу результатів зіставлення парних вибірок за показниками опитувальника майндфулнес (ПОМ-15) та окремо його шкали «Усвідомлена дія» повертаємося до подальшого аналізу зіставлення парних вибірок за показниками опитувальника багатовимірної оцінки інтероцептивного усвідомлення (MAIA-2) та багатовимірного опитувальник сексуальності В. Снелла.

Табл. 3.17

**Результати зіставлення парних вибірок за показниками опитувальника багатовимірної оцінки інтероцептивного усвідомлення (MAIA-2)**

		Statistic	p
Здатність помічати_ до - після	Wilcoxon W	21.50 <sup>a</sup>	0.327
Здатність не відволікатись_ до - після	Wilcoxon W	42.00 <sup>b</sup>	0.844
Здатність не турбуватися_ до - після	Wilcoxon W	10.00 <sup>d</sup>	0.154
Здатність регулювати увагу_ до - після	Wilcoxon W	36.50 <sup>a</sup>	0.552
Здатність до усвідомлення емоцій_ до - після	Wilcoxon W	11.00 <sup>a</sup>	0.056
Здатність до саморегуляції_ до - після	Wilcoxon W	8.50 <sup>a</sup>	0.032
Здатність прислухатися до тіла_ до - після	Wilcoxon W	17.50 <sup>a</sup>	0.180
Здатність довіряти_ до - після	Wilcoxon W	14.00 <sup>f</sup>	0.185

Як видно з таблиці 3.17, шкалою, за якою виявлено статистично значущі показники позитивної динаміки, є здатність до саморегуляції ( $p=0,032$ ). Даний показник є особливо важливим у контексті нашого дослідження в силу його прямого співвіднесення з тілесною усвідомленістю, а отже, цим самим підтверджується ефективність застосованої нами релакстерапії. За рештою

шкал статистично значущих відмінностей у вираженості показників до та після курсу виявлено не було, хоча також було зафіксовано позитивну динаміку за шкалою здатності до усвідомлення емоцій.

Табл. 3.18

**Результати зіставлення парних вибірок за показниками багатовимірною опитувальник сексуальності В. Снелла**

		Statistic	p
Сексуальна впевненість_ до – після	Wilcoxon W	34.5 <sup>a</sup>	0.927
Сексуальна одержимість_ до – після	Wilcoxon W	44.5 <sup>a</sup>	0.325
Інтернальний сексуальний контроль_ до – після	Wilcoxon W	25.0 <sup>b</sup>	0.837
Сексуальне самоусвідомлення_ до – після	Wilcoxon W	21.5 <sup>a</sup>	0.324
Сексуальна мотивація_ до – після	Wilcoxon W	55.0 <sup>d</sup>	0.218
Сексуальна тривога_ до – після	Wilcoxon W	45.0 <sup>b</sup>	0.081
Сексуальна асертивність_ до – після	Wilcoxon W	43.0 <sup>e</sup>	0.887
Сексуальна депресія_ до – після	Wilcoxon W	39.0 <sup>d</sup>	1.000
Екстернальний сексуальний контроль_ до – після	Wilcoxon W	47.0 <sup>a</sup>	0.228
Сексуальний моніторинг_ до – після	Wilcoxon W	37.5 <sup>f</sup>	0.082
Страх сексуальних стосунків_ до – після	Wilcoxon W	32.0 <sup>b</sup>	0.681
Сексуальне задоволення_ до – після	Wilcoxon W	38.0 <sup>a</sup>	0.683

Як можна побачити з результатів зіставлення (Табл. 3.15), помітна позитивна динаміка спостерігається за шкалами сексуальної тривоги та моніторингу. Проте, коефіцієнти статистичної значущості не досягли допустимого порогу ( $p \leq 0,05$ ). А відтак, маємо підстави вважати, що попри помірне зростання комфортності у питаннях сексуальних стосунків у досліджуваних жінок, ми не можемо стверджувати про однозначну достовірність і закономірність даної динаміки.

Таким чином, узагальнюючи результати порівняння вибірок можемо стверджувати, що участь досліджуваних у базовому курсі релакстерапії справила позитивний вплив на низку психоемоційних і тілесних показників. Найбільш виражені позитивні зміни були зафіксовані у зниженні соматизації та дистресу (методика 4DSQ), здатності до саморегуляції (опитувальник MAIA-2). Така конфігурація змін свідчить про хоч і вибіркової, проте

позитивний вплив релакстерапії, особливо у контексті тілесно-емоційної сфери.

Важливим є той факт, що на відміну від тілесної сфери, вимірювані показники сексуальної усвідомленості не зазнали статистично значущих змін у результаті проходження базового курсу релакстерапії. На нашу думку це може бути пояснене тим, що аналіз вибірки за критерієм частоти сексуальних стосунків показав, що понад половина (57,1%) учасниць мали сексуальні контакти кілька разів на місяць або рідше, тоді як регулярна сексуальна активність (2–3 рази на тиждень і частіше) спостерігалась лише у 14.2% випадків. Це свідчить про низький рівень залученості до статевого життя у більшості досліджуваних з різних причин (причини не входили у коло проблем, які лягли в основу даного дослідження). Це, ймовірно, обмежує можливість аналізу динаміки у сексуальних переживаннях.

Крім вказаного, низка шкал багатовимірного опитувальника сексуальності В. Снелла передбачають наявність партнера у стосунках, або, як мінімум, у сексуальному житті (до прикладу: сексуальна асертивність, сексуальний моніторинг). Тож в силу відсутності партнера у частки жінок / вікових особливостей / стану здоров'я та можливих інших особливостей які можуть перешкоджати регулярному статевому життю на етапі проведення дослідження, досить важко прослідкувати зміни за даними шкалами, які передбачають наявність регулярного статевого життя з партнером.

Таким чином, відсутність змін у сфері сексуальності не обов'язково свідчить про неефективність курсу релакстерапії, а скоріше вказує на особливості вибірки, які обмежують можливість дослідження у цьому напрямі. Це відкриває перспективу для подальших досліджень із розширенням чисельності вибірки і виділенням когорти досліджуваних яка має регулярні статеві стосунки.

З метою більш детального вивчення сфери сексуальності досліджуваних жінок а також можливість обумовленості її компонентів характеристиками

тілесної усвідомленості нами був здійснений кореляційний аналіз з використанням непараметричного коефіцієнта Спірмена.

Спершу нами було здійснено кореляційний аналіз показників сексуальності і частоти регулярності статевих стосунків. Для цього шкала «регулярність (частота) сексуальних стосунків» була модифікована у рангову, що уможливило застосування непараметричного коефіцієнту Спірмена. Деталізовані результати кореляційного аналізу наведені у Додатку Н, статистично значущі кореляції відображені у таблицях 3.19 і 3.20.

Табл. 3.19

**Значущі кореляційні зв'язки шкал багатовимірного опитувальника сексуальності В. Снелла і частоти сексуальних стосунків на етапі після участі базовому курсі релакстерапії**

		Регулярність (частота) сексуальних стосунків
Сексуальна депресія_після	Spearman's rho	0.553
	df	12
	p-value	0.040
Сексуальне задоволення_після	Spearman's rho	-0.630
	df	12
	p-value	0.016

Результати аналізу значущих кореляцій між змінними сексуальної сфери і частотою статевих стосунків після проходження курсу релакстерапії показав, що з 12 шкал багатовимірного опитувальника сексуальності, лише дві з них продемонстрували статистично значущі залежності з частотою сексуальних стосунків. А саме, сексуальна депресія має середню пряму статистично значущу кореляцію з частотою ( $r=0,553$ ;  $p=0,04$ ). Такий зв'язок вказує на те, що жінки з більшою частотою статевих контактів водночас демонструють більшу вираженість сексуальної депресії. Відтак, факт регулярних статевих стосунків не асоціюється з прагненням до сексуальної активності. Втім

можливий і зворотний зв'язок – сексуальна депресія може підвищувати прагнення до сексуальних контактів за принципом компенсаторного механізму. Висловлене припущення аргументується і наступною кореляційною парою. А саме, сексуальне задоволення обернено корелює з частотою контактів ( $r=-0,630$ ;  $p=0,016$ ). Таким чином, досліджувані з вищою регулярністю сексуальних стосунків характеризуються нижчим рівнем задоволеності сексуальним життям. Це логічно узгоджується з попередніми результатами.

Табл. 3.20

**Значущі кореляційні зв'язки шкал багатовимірного опитувальника сексуальності В. Снелла і частоти сексуальних стосунків на етапі до участі базовому курсі релакстерапії**

		Регулярність (частота) сексуальних стосунків
Екстернальний сексуальний контроль_до	Spearman's rho	0.625
	df	12
	p-value	0.017
Сексуальне задоволення_до	Spearman's rho	-0.684
	df	12
	p-value	0.007

Результати аналогічної процедури кореляційного аналізу до участі у базовому курсі релакстерапії виявилися подібними. Зокрема, сексуальне задоволення обернено корелює з частотою контактів ( $r = -0,684$ ;  $p=0,007$ ). А екстернальний сексуальний контроль навпаки позитивно корелює з частотою сексуальних стосунків ( $r=0,625$ ;  $p = 0,017$ ), що означає, що жінки з нерегулярним сексуальним життям схильні вважати, що сексуальне спілкування більшою мірою контролюється зовнішніми чинниками (обставинами, ініціативою партнера тощо). Це вказує на зовнішній локус контролю в сексуальній сфері.

Таким чином, можемо побачити, що регулярність сексуального життя є спірним предиктором сексуального благополуччя у досліджуваній вибірці, оскільки має зворотні зв'язки з рівнем сексуального задоволення як до, так і після проходження курсу.

Для більшої деталізації отриманих результатів нами був здійснений кореляційний аналіз шкал сексуальності та показників тілесної усвідомленості.

Зокрема, результати кореляційного аналізу шкал багатовимірного опитувальника сексуальності В. Снелла і чотиривимірного опитувальника для оцінки дистресу, депресії, тривоги та соматизації 4DSQ (додаток П) показали що тривога/тривожність є значущим корелятом низки сторін сексуальних переживань. Зокрема зафіксований помірний обернений зв'язок між тривожністю і сексуальною впевненістю ( $r=-0,583$ ,  $p=0,029$ ), тривожністю і сексуальним задоволенням ( $r=-0,560$ ;  $p=0,037$ ), і прямий – між тривожністю і сексуальною депресією ( $r=0,654$ ;  $p=0,011$ ).

Крім цього значущим корелятом сексуальної сфери виявився дистрес, який пов'язаний з сексуальною тривогою ( $r=0,586$ ;  $p=0,028$ ) і сексуальним моніторингом ( $r=0,624$ ;  $p=0,017$ ). Сексуальний моніторинг, у свою чергу, також корелює з депресією ( $r=0,629$ ;  $p=0,016$ ). Отримані результати пояснюють той факт, що жінки з підвищеним рівнем дистресу і депресивного фону схильні більше замислюватися, яке враження на інших справляє їхня сексуальність.

Результати кореляційного аналізу шкал багатовимірного опитувальника сексуальності В. Снелла і показників майндфулнес, отриманих на основі опитувальника ПОМ-15 (Додаток Р), засвідчили, що неосудливість до внутрішнього досвіду прямо корелює з сексуальною впевненістю ( $r=0,578$ ;  $p=0,030$ ), сексуальним задоволенням ( $r=0,634$ ;  $p=0,015$ ) та обернено зі страхом сексуальних стосунків ( $r=0,694$ ;  $p=0,006$ ). Таким чином, бачимо, що позитивне неосудливе ставлення до власного досвіду і здатність не фіксуватися на переживаннях сприяють більшій задоволеності сексуальним життям,

сексуальній впевненості і нівелює страх сексуальних стосунків. Ще однією статистично значущою обернено пов'язаною кореляційною парою є усвідомлена дія і сексуальна депресія ( $r=-0,558$ ;  $p=0,038$ ).

Кореляційний аналіз шкал багатовимірного опитувальника сексуальності В. Снелла і показників інтероцептивного усвідомлення (Додаток С) показав, що найбільш корелюючими показниками сексуальної сфери є інтернальний сексуальний контроль і сексуальне самоусвідомлення. Зокрема, інтернальний сексуальний контроль помірно прямо пов'язаний зі здатністю регулювати увагу ( $r=0,604$ ;  $p=0,022$ ), здатністю до усвідомлення емоцій ( $r=0,624$ ;  $p=0,017$ ), здатністю до саморегуляції ( $r=0,607$ ;  $p=0,021$ ), здатністю прислухатися до тіла ( $r=0,609$ ;  $p=0,021$ ). З отриманих результатів стає очевидно, що тілесна обізнаність, здатність розуміти і відчувати власне тіло підтримує усвідомлену сексуальну поведінку. При цьому і здорова сексуальна поведінка здатна розвивати розуміння і уважне ставлення до власного тіла. З вказаними шкалами опитувальника інтероцептивного усвідомлення корелює також шкала сексуального усвідомлення, що ще раз доводить викладену вище тезу.

Окремо слід звернути увагу на наявність кореляційного зв'язку між екстернальним сексуальним контролем і здатністю не турбуватися ( $r=0,529$ ;  $p=0,052$ ). Цей зв'язок є логічним і закономірним, адже небажання турбуватися породжує тенденцію покладатися на зовнішні обставини (або примирятися з обставинами якщо їх зміна є невідвладною індивіду).

Узагальнюючи отримані кореляційні зв'язки, можемо стверджувати про наявність взаємної обумовленості між тілесною усвідомленістю і сексуальною сферою. Значущі кореляції підтверджують взаємозв'язок сексуальної усвідомленості з емоційним станом, практикою майндфулнес та тілесною усвідомленістю. У контексті нашого дослідження даний висновок демонструє можливість опосередкованого впливу на сексуальну усвідомленість жінок шляхом розвитку тілесної усвідомленості засобами релакстерапії, яка, у рамках нашого дослідження, засвідчила свою ефективність.

Останнє підтверджується результатами анкетування досліджуваних по завершенню курсу. Зокрема, на питання про те, чи виправдалися очікування від базового курсу релакстерапії, переважна більшість досліджуваних жінок дала ствердну відповідь.

Згідно з представленими даними, 92,86% опитаних оцінили курс як такий, що повністю відповідав їхнім очікуванням. 7,14% вказали на неповне виправдання очікувань за результатами проходження курсу.

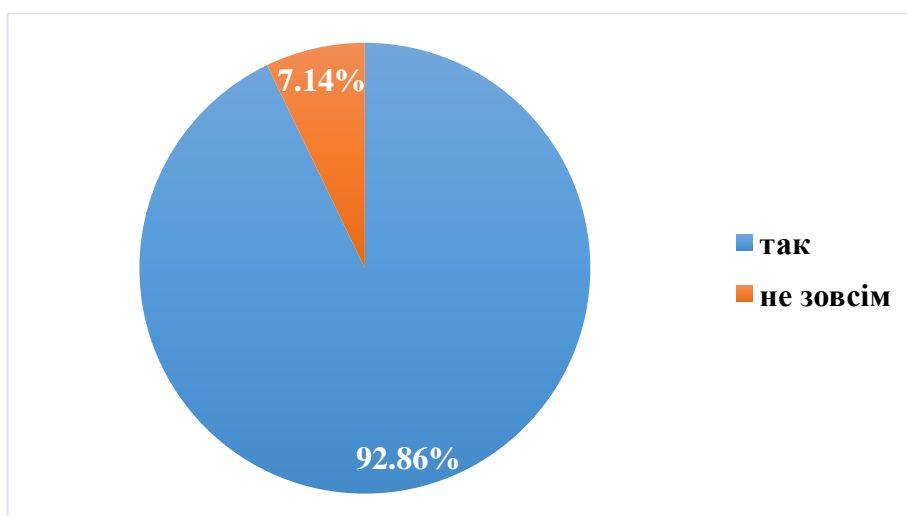


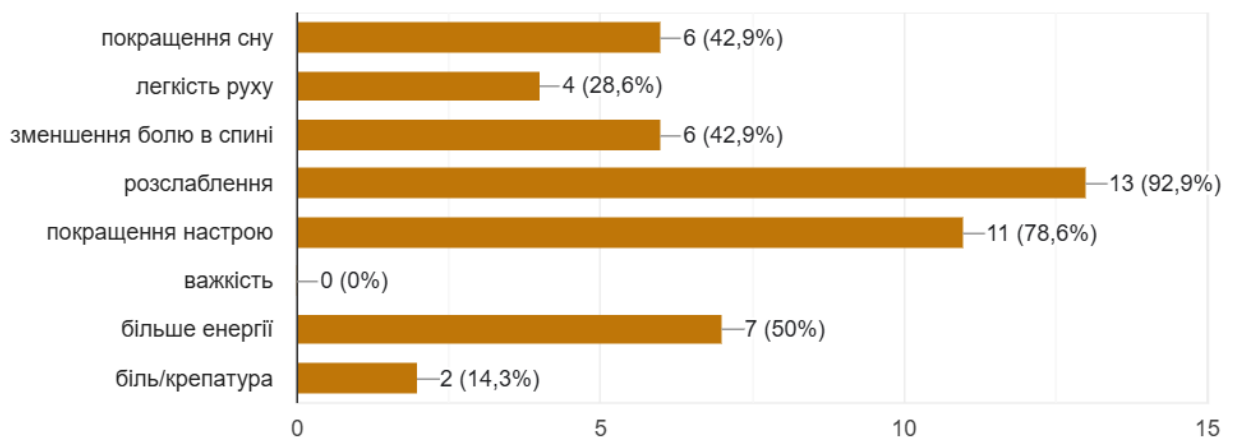
Рис. 3.13. Результати анкетування досліджуваних щодо виправдання очікувань від курсу релакстерапії

Узагальнюючи викладене вище, можемо стверджувати про достатню ефективність релакстерапії як методу підвищення тілесної усвідомленості, що засвідчено як кількісними результатами математико-статистичної обробки даних, так і суб'єктивними враженнями досліджуваних жінок.

Дані математико-статистичної обробки збігаються з відгуками учасниць базового курсу релакстерапії, які у відповідях на питання *Які нові навички або відчуття з'явилися у вас після проходження базового курсу?* давали такі коментарі: прислухатися до відчуттів у своєму тілі та довіряти їм, краще відчувати себе, спостерігати за змінами в своєму тілі, навчилась усвідомлено розслаблювати м'язи, почала більше відчувати окремі ділянки тіла, краще відчуваю своє тіло. почала звертати увагу на ті ділянки, на які раніше ніколи

не звертала увагу, краще стала відчувати своє тіло, глибше чути себе та своє тіло, усвідомлення того, що я можу впливати на стан свого тіла і емоційний стан.

У відповідях на питання *Яку ключову зміну ви помітили після проходження базового курсу?* переважали такі: розслаблення, покращення настрою більше енергії, зменшення болю в спині, покращення сну. Ці результати підтверджують дані попередніх досліджень про те, що фізична активність може підвищити якість сну, самоефективність, суб'єктивну якість життя та різні фізіологічні функції тих, хто переживає травматичні події (Wang et al, 2023), а всі учасниці дослідження більшою чи меншою мірою переживають негативний психоемоційний досвід через війну.



*Рис. 3.14. Розподіл відповідей на питання Яку ключову зміну ви помітили після проходження базового курсу?*

Перспективою подальших досліджень є глибше вивчення потенціалу релакстерапії у підвищенні сексуальної усвідомленості жінок. Це передбачає розширення вибірки досліджуваних і цілеспрямований відбір учасниць за необхідними критеріями, зокрема регулярністю сексуальних стосунків.

### 3.4 Рекомендації щодо проведення занять із релакстерапії

Результати емпіричного дослідження засвідчили позитивний вплив практик релакстерапії на зростання рівня тілесної та сексуальної усвідомленості у жінок. На основі отриманих даних сформульовано низку практичних рекомендацій щодо проведення курсів релакстерапії для жінок, які мають підвищене навантаження, стресові фактори або знижений рівень інтероцептивної чутливості.

Передусім варто адаптувати структуру курсу під потреби цільової аудиторії. Слід враховувати, що більшість учасниць, які долучилися до дослідження, — жінки віком 36–45 років, з високим рівнем професійної зайнятості та сімейними зобов'язаннями. Це свідчить про потребу в структурі курсу, яка враховує дефіцит вільного часу, втому та емоційне вигорання. Рекомендована тривалість курсу — 6 тижнів (по 2 заняття на тиждень), з тривалістю 75–90 хвилин кожне, де значна частина часу присвячується практикам заспокоєння нервової системи (Порджес, 2020; Dossett et al., 2020). Зазначимо, що 6 тижнів — оптимальна тривалість, адже курси, тривалість яких перевищує 8 тижнів, не обов'язково дають кращі результати (Hassed, 2013).

Аналіз результатів опитувальника 4DSQ засвідчив наявність тривожних, депресивних і соматоформних симптомів у частини учасниць з досвідом та без досвіду релакстерапії, однак у групі з досвідом релакстерапії спостерігалися менші рівні депресивності та сексуальної тривоги. Отже, курс має включати:

- вправи на відчуття «опори» (зниження тривоги);
- дихальні практики для зниження фізіологічної активації;
- прогресивну м'язову релаксацію (Conrad & Roth, 2007).

Це сприятиме нормалізації вегетативної реактивності, зниженню відчуття загрози та підвищенню відчуття внутрішньої безпеки (Payne et al., 2015).

Шкали MAIA-2 продемонстрували, що у жінок з досвідом релакстерапії суттєво вищі показники за шкалами «саморегуляції», «довіри до тіла» та «прислуховування до тіла». Це означає, що релакстерапія ефективно підтримує розвиток інтероцептивної усвідомленості. Тому рекомендовано:

- акцент на уважному руху без демонстрацій, щоб учасниці фокусувалися на своїх відчуттях, а не на зоровому образі;
- створення простору для індивідуальної адаптації вправ (антизусилля, зміна положення, перерва за бажанням);
- картографування тіла до і після заняття як спосіб формування метапізнання тілесного стану (Mehling et al., 2011).

Згідно з даними БАГАТОВИМІРНИЙ ОПИТУВАЛЬНИК СЕКСУАЛЬНОСТІ В. СНЕЛЛА, у групі з досвідом релакстерапії спостерігається вищий рівень сексуального задоволення, інтернального сексуального контролю, сексуального самоусвідомлення, а також нижчі показники тривоги та страху стосунків. Ці результати вказують на користь курсу для відновлення позитивного тілесного образу та сексуальної впевненості. Тому рекомендовано:

- включати у програму роботу з межами тіла, відчуттям «свого» простору;
- обговорювати в рефлексивній частині заняття теми самоприйняття, чутливості, вразливості, не торкаючись сексуальності напряду, але створюючи безпечне середовище для її непрямой інтеграції (Snell et al., 1991).

У плані технічних та етичних аспектів варто забезпечити зручну форму участі — онлайн-формат з відеозв'язком, з можливістю анонімної участі без камери за потреби (для досвідчених учасниць).

Обов'язкове використання мови, що не стигматизує, без оцінних суджень про виконання вправ.

Проведення етичного інформування та збирання зворотного зв'язку після курсу — важлива частина підтримки ефекту та дослідження впливу релакстерапії на фізичний та емоційний стан учасниць.

Формувальний експеримент засвідчив позитивні зміни у показниках тілесної та сексуальної усвідомленості, а також у рівнях дистресу, тривоги та інтероцептивної чутливості жінок після проходження курсу релакстерапії. На

підставі отриманих емпіричних даних додатково сформульовано наступні рекомендації щодо організації та проведення занять:

- Карта тіла: на початку і в кінці заняття слід проводити усвідомлену саморефлексію (створення «карти тіла») — це дозволяє учасникам відстежувати динаміку змін у тілесному, емоційному та сенсорному сприйнятті.
- Фаза уповільнення: до основної частини заняття доцільно включати вправи на заземлення, дихання та уповільнення для перенесення фокусу уваги з ментального на тілесний рівень.
- Тілесна практика: використовуються техніки прогресивної м'язової релаксації, усвідомленого руху, дихальні й візуалізаційні техніки, зокрема методика «наміру» для тих, хто має обмеження у русі.
- Рефлексія та інтеграція: після активної частини варто запропонувати учасникам вербалізацію досвіду або його художню репрезентацію (малюнок, метафора тощо), що сприяє глибшій інтеграції змін.
- Фокус на інтероцепції: вправи виконуються без візуального контакту — із закритими очима або в положенні лежачи, щоб активувати внутрішнє сприйняття.
- Акцент на фазі розслаблення: техніки прогресивної мязової релаксації Джекобсона використовуються з наголосом саме на свідомому розслабленні, що формує позитивний тілесний досвід.

Результати експерименту показали, що найбільші позитивні зміни були зафіксовані у сфері зниження тривожності, дистресу, сексуальної одержимості, моніторингу та страху сексуальних стосунків.

Відтак, релакстерапія особливо рекомендована жінкам, які мають такі труднощі, як: соматизація, тривожні прояви, зниження інтероцептивного зв'язку з тілом, емоційне виснаження або психосоматичні розлади.

Доцільно також враховувати вплив соціокультурних чинників, рівня сексуальної активності, попереднього досвіду релаксації та рівня усвідомленості учасниць.

Важливо забезпечити безпечний простір, психологічно підтримувальну атмосферу, що відповідає критеріям соматичного навчання та фасилітації.

### **Висновки до розділу III**

У третьому розділі представлено результати формувального експерименту, спрямованого на дослідження впливу базового курсу релакстерапії на тілесну та сексуальну усвідомленість жінок. Участь у дослідженні взяли 14 жінок, які пройшли базовий курс релакстерапії протягом шести тижнів.

Результати статистичного аналізу засвідчили:

- достовірне зниження показників соматизації ( $p = 0.003$ ) та дистресу ( $p = 0.025$ ) — за методикою 4DSQ;
- зменшення сексуальної тривоги, моніторингу та одержимості — хоча ці зміни не досягли рівня статистичної значущості (результати за методикою Снелла);
- зростання інтероцептивного усвідомлення — зокрема за шкалами саморегуляції ( $p = 0.032$ ), довіри до тіла, емоційного усвідомлення (MAIA-2);
- збереження або незначне підвищення усвідомленості за шкалами майндфулнес (ПОМ-15), крім показника «усвідомлена дія», який несподівано достовірно знизився.

Таким чином, релакстерапія позитивно впливає на психосоматичний стан, здатність до тілесного самоспостереження та емоційної регуляції, а також на сексуальну комфортність, хоча остання потребує подальшого вивчення. Покращення інтероцептивного усвідомлення й тілесної присутності свідчить про покращення здатності жінок сприймати й інтегрувати тілесні сигнали як джерело досвіду та самопізнання. Зниження рівня тривожності у

сексуальній сфері та збільшення довіри до себе є додатковими свідченнями ефективності практик.

Особливістю вибірки було те, що більшість учасниць мали досвід материнства, перебували у стабільних стосунках і були соціально активними жінками середнього віку. Це дозволяє припустити, що саме в цей період життя потреба у саморефлексії, психоемоційній стабілізації та тілесній інтеграції особливо зростає.

У цілому, результати підтверджують доцільність подальшого використання релакстерапії як психотерапевтичної практики. Водночас, для узагальнення висновків потрібні подальші дослідження на більшій вибірці та з урахуванням додаткових чинників (частота занять, мотивація, особистісні риси тощо).

## ВИСНОВКИ

Основне завдання нашої роботи – дослідження феноменів тілесної та сексуальної усвідомленості, а також вивчення впливу практики релакстерапії на ці феномени.

У межах магістерського дослідження розглянуто вплив практики релакстерапії на рівень тілесної та сексуальної усвідомленості жінок. Актуальність теми зумовлена недостатнім висвітленням зазначеного феномену в науковій літературі, зокрема в контексті української психологічної науки, а також зростаючим інтересом до тілесноорієнтованих терапевтичних практик, що сприяють психоемоційному благополуччю.

Основні результати дослідження:

Отримані теоретичні дані підтвердили, що тілесно-орієнтовані методи, зокрема релакстерапія, мають науково обґрунтований потенціал впливу на тілесну й сексуальну усвідомленість, оскільки ґрунтуються на міждисциплінарних підходах, що враховують нейропсихологічні, соматопсихічні та когнітивні механізми. Проведений теоретичний аналіз дозволив конкретизувати поняття тілесної та сексуальної усвідомленості як важливих компонентів психічного здоров'я жінок.

Організація емпіричного дослідження в онлайн-форматі за допомогою Google Form дала змогу успішно реалізувати поставлені завдання щодо збору, обробки та аналізу даних про тілесну й сексуальну усвідомленість жінок, що дозволило виявити як очікувані, так і несподівані результати, важливі для подальших наукових пошуків.. Вибірка включала 27 респонденток із досвідом та 27 респонденток без досвіду релакстерапії. Застосовано чотири стандартизовані методики (4DSQ, MAIA-2, POM-15, Багатовимірний опитувальник сексуальності В.Снелла), а також анамнестичну анкету. Результати статистичного аналізу не виявили достовірних відмінностей між вибірками за більшістю шкал, що свідчить про потенційний вплив додаткових

чинників (наприклад, регулярності практики, соціокультурних обставин, життєвого досвіду тощо).

Водночас отримані в ході емпіричного дослідження результати дозволяють припустити, що релакстерапія має певний позитивний вплив на рівень дистресу, тривожності й депресивності, а також на загальний рівень самоусвідомленості учасниць. Жінки з досвідом релакстерапії демонструють вищу адаптивність за шкалою дистресу, що може бути пов'язано з кращим усвідомленням свого тіла та емоцій завдяки релаксаційним практикам. Для жінок без досвіду релакстерапії найнижче значення *W* зафіксовано у шкалі соматизації, що свідчить про вищий рівень соматичних проявів стресу.

Під час формувального експерименту, в якому взяли участь 14 жінок, які пройшли 6-тижневий курс релакстерапії, виявлено позитивну динаміку за окремими шкалами тілесної усвідомленості. Зокрема, дані засвідчили статистично достовірне зниження соматичних симптомів і дистресу, а також покращення саморегуляції. Крім того, дані формувального експерименту засвідчили тенденцію до підвищення інтероцептивної усвідомленості, що узгоджується з теоретичними припущеннями та вказує на перспективність використання тілесно-орієнтованих практик для розвитку внутрішнього відчуття тіла.

Несподівані результати отримані під час аналізу змін за шкалою Усвідомлена дія (опитувальник майндфулнес, ПОМ-15). Хоча статистична перевірка не підтвердила наявності значущих відмінностей між вибірками, вона засвідчила зниження рівня Усвідомленої дії мірою заглиблення учасниць опитування в практику релакстерапії. Це може свідчити про загострення тенденцій до рефлексії, самокритичності, а відтак «усвідомлення труднощів усвідомлення». Також описаний феномен можна пояснити тимчасовим зниженням контрольованої активності на користь більш м'якого, пасивного сприйняття тіла та процесу релаксації. Така динаміка вимагає подальших досліджень, в яких доцільно застосовувати додаткові інструменти, що розрізняють активну та пасивну усвідомленість; а також впроваджувати якісні

методи (інтерв'ю, щоденники), щоб краще зрозуміти суб'єктивний досвід учасниць. Також доцільно включати відтермінований контрольний вимір (через 4–6 тижнів) для вивчення довгострокової динаміки інтеграції тілесної усвідомленості в повсякденну поведінку учасниць.

Отримані дані дозволяють зробити обґрунтоване припущення, що релакстерапія може бути ефективним інструментом психоемоційної саморегуляції, зокрема в контексті відновлення тілесного зв'язку та підвищення емоційної обізнаності, зниження м'язового напруження, відновлення відчуття безпеки, а також покращення тілесної інтеграції. Практика, заснована на принципах усвідомленого руху, мінімального зусилля, інтероцептивної уваги та комфортного середовища, може бути корисною у роботі з жінками, які мають підвищену тривожність, психосоматичні симптоми або складнощі в сексуальній сфері.

Робота підтвердила валідність і надійність використаних опитувальників, а також показала перспективність подальших досліджень у цій галузі. Подальші наукові пошуки можуть бути спрямовані на вивчення впливу різних форматів релакстерапії (онлайн/офлайн, групових/індивідуальних занять), тривалості практики та її поєднання з іншими психотерапевтичними підходами.

Отримані дані дали змогу сформувані рекомендації щодо проведення занять із релакстерапії з урахуванням віку учасниць, їх соціокультурної приналежності та інших важливих факторів.

Загалом дослідження підтвердило актуальність і доцільність заявлених завдань та дослідницьких питань, забезпечивши як теоретичне, так і емпіричне обґрунтування впливу тілесно-орієнтованих практик на тілесну та сексуальну усвідомленість жінок, а також підсвітило потребу в системному науковому підході до вивчення застосування релакстерапії у психотерапевтичній роботі з жінками.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адамова О.С. Національний університет «Одеська юридична академія». Вплив травми на соматичні процеси: психосоматичний підхід. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. Том 35 (74), № 6, 2024. DOI <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2024.6/27>
2. Великий тлумачний словник сучасної української мови: Близько 250 000 слів / укл. та гол. ред. В'ячеслав Бусел. — Київ; Ірпінь: Перун, 2009. — 1736 с.
3. Волощенко, Ю. «Інтероцептивне усвідомлення» і «якість життя». Чи є між ними зв'язок? Фізичне виховання, спорт та здоров'я людини: досвід, проблеми, перспективи, 2021, 290с.
4. Головач І. Соматичні заняття як засіб покращення психофізичного стану студентів. Моніторинг четвертого домену МАІА-2ukr. Physical culture and sport: scientific perspective, (4), 18–25. URL: <https://doi.org/10.31891/pcs.2023.4.2>
5. Денісієвська А. Адаптація україномовної версії методики «Опитувальник тілесних відчуттів – коротка форма». Наукові записки Національного університету «Острозька академія» серія «Психологія». 2020. №10. с. 132-135.
6. Жити «тут і зараз» або що таке майндфулнес [Електронний ресурс]//МОЗУкраїни, 2023. Режим доступу: <https://moz.gov.ua/uk/zhiti-tut-i-zaraz-abo-scho-take-majndfulness>
7. Калюжна Є. М. Тілесність як психологічний феномен та чинник становлення жінки // Розбудова єдиного відкритого інформаційного простору освіти впродовж життя (Forum-SOIS, 2023): зб. матеріалів 4-го і 5-го Міжнар. наук.-практ. WEB форуму (Київ-Харків, 23-26 травня 2023 р.); Вінниця : ТВОРИ, 2023. Вип. 4. 198 с. с. 73-74.
8. Каплуненко, Я., & Кучина, В. (2023). Адаптація та валідація короткого п'ятифакторного опитувальника майндфулнес (ПОМ-15).

Організаційна психологія. Економічна психологія, (1(28), 95-105.  
<https://doi.org/10.31108/2.2023.1.28.10>

9. Колк Б. Тіло веде лік. Як лишити психотравми в минулому. Vivat, 2022. 624 с.

10. Мазай, Л. Ю. (2024). Здатність до повного усвідомлення як елемент стресостійкості особистості у період війни. Міжнародна науково-практична конференція «Відновлення України у повоєнні часи: виклики, стратегічні пріоритети, ресурсне забезпечення, потенціал майбутнього розвитку», 399-403.

11. Максименко, С. Д. Культурно-історична теорія розвитку Л.С. Виготського. Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології", 2017 (36).

12. Малахова О.С. Тілесна усвідомленість жінок в умовах дистресу війни. Кваліфікаційна робота магістра, 2024. <https://kispp-gero.com>

13. Остапенко О., Ляшенко О. Теоретичні основи розуміння поняття «образ тіла» у психологічній науці// Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки. Випуск 21 (66). 2023.

14. Пападопулос Р. У чужому домі. Травма вимушеного переміщення: шлях до розуміння і одужання. Київ: Лабораторія. 2023. 411 с.

15. Порджес С. Полівагальна теорія. Нейрофізіологічні основи емоцій, прихильності, спілкування і саморегуляції./ Пер. з англ. С. Бабаніна. Київ: Метод, 2020. 463 с.

16. Скрипник, О. С. & Зарубіна, А. В. Інноваційна технологія «Прогресивна балетна техніка» (РВТ) у хореографічній підготовці учнів на уроках фізичної культури (художня гімнастика). *Наукові записки. Серія: Педагогічні науки*, 2024 (216), 273-278. <https://doi.org/10.36550/2415-7988-2024-1-216-273-278>

17. Туркова Д. Взаємозв'язок тілесного Я з копінг-механізмами // Психологія і особистість. 2020. No 1(17).

18. Фройд, З. (1901/2005). Психопатологія повсякденного життя / Пер. з нім. К. Таран. Київ: Основи.

19. Фройд, З. (1920/2001). По той бік принципу задоволення // Зібрання творів: у 2 т. Т. 2. Київ: Основи.
20. Хомуленко Т. Б., Кислова І. С., Лесніченко Н. П. Психологічні особливості тілесного Я жінок, хворих на рак репродуктивної системи // Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія. – Харків, 2020. – Вип. 63. – с. 107–116.
21. Царенко Л. Г., Пророк Н. В., Бойко С. Т. Полівагальна теорія Стівена Порджеса як основа для невідкладної допомоги та саморегуляції в ситуації війни. Матеріали V Всеукраїнської міжгалузевої науково-практичної онлайн-конференції «Національна наука і освіта в умовах війни РФ проти України та сучасних цивілізаційних викликів», 2024.
22. Що таке полівагальна теорія? // [Електронний ресурс]// Режим доступу: [https://neurofit.app/learn/uk/polyvagal\\_theory\\_nervous\\_system/](https://neurofit.app/learn/uk/polyvagal_theory_nervous_system/)
23. Щур Марія. Шість тез, які змусять українців по-новому подивитися на своє релігійне життя. 2021. <https://www.radiosvoboda.org>
24. Ambrosecchia M, Ardizzi M, Russo E, Ditaranto F, Speciale M, Vinai P, Todisco P, Maestro S, Gallese V. Interoception and Autonomic Correlates during Social Interactions. Implications for Anorexia. *Front Hum Neurosci*. 2017 May 17;11:219. doi: 10.3389/fnhum.2017.00219
25. Aspell, J. E., Heydrich, L., Marillier, G., Lavanchy, T., Herbelin, B., & Blanke, O. (2013). Turning Body and Self Inside Out: Visualized Heartbeats Alter Bodily Self-Consciousness and Tactile Perception. *Psychological Science*, 24(12), 2445-2453. <https://doi.org/10.1177/0956797613498395>
26. Barrett L. We have more than five senses. A neuroscientist explains the hidden abilities we often overlook // BBC Science Focus. URL: <https://www.sciencefocus.com/the-human-body/how-many-senses-do-we-have>
27. Berntson GG, Khalsa SS. Neural Circuits of Interoception. *Trends Neurosci*. 2021 Jan;44(1):17-28. doi: 10.1016/j.tins.2020.09.011.
28. Bennett CB. The Somatic Work of Thomas Hanna, Tai Chi, and Kinesiology // *Kinesiology Review* 2020. №9(3):1-9. DOI:10.1123/kr.2020-0042

29. Björnsdotter, M.; Morrison, I.; Olausson, H. Feeling good: on the role of C fiber mediated touch in interoception // *Experimental Brain Research*. 2010, №207 (3–4) 149–155 p. DOI: 10.1007/s00221-010-2408-y
30. Braun S., Kleynen M., et al. The effects of mental practice in neurological rehabilitation; a systematic review and meta-analysis // *Frontiers in Human Neuroscience*. 2013, №7. DOI: 10.3389/fnhum.2013.00390
31. Brotto L. A. *Better Sex Through Mindfulness: How Women Can Cultivate Desire*. Vancouver : Greystone Books, 2018. 304 p.
32. Brotto L. A., Basson R. Group mindfulness-based therapy significantly improves sexual desire in women // *Journal of Sexual Medicine*. 2014. Vol. 11(12). P. 2951–2960. DOI: 10.1111/jsm.12661.
33. Brown RP, Gerbarg PL. Breathing techniques in psychiatric treatment - stress, anxiety, depression, attention, relationships, trauma, and mass disasters. In: Gerbarg PL, Muskin PR, Brown RP, editors. *Complementary and integrative treatments in psychiatric practice*. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2017. pp. 241-9.
34. Bugental, J. F. T. (1987). *The art of the psychotherapist*. New York: W. W. Norton & Company.
35. Cabrera A., Kolacz J., Pailhez G. 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*. 2018. №27.
36. Caldwell, C. *Bodyfulness: Somatic Practices for Presence, Empowerment, and Waking Up in This Life*. North Atlantic Books, 2014.
37. Calabro RS, Cacciola A, Bruschetta D, et al. Neuroanatomy and function of human sexual behavior: A neglected or unknown issue? // *Brain Behav*. 2019; 9:e01389. <https://doi.org/10.1002/brb3.1389>
38. Carmody, J., & Baer, R. A. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-

- being in a mindfulnessbased stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(1), 23-33. Doi 10.1007/s10865-007-9130-7
39. Conrad, A., & Roth, W. T. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how? *Journal of anxiety disorders*, 21(3), 243-264.
40. Cushing R. E., Braun K. L. *Mind-Body Therapy for Military Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review // The journal of alternative and complementary medicine*. 2018, № 2. 106–114 pp.
41. Craig AD. Human feelings: why are some more aware than others? *Trends Cogn Sci*. 2004 Jun;8(6):239-41. doi: 10.1016/j.tics.2004.04.004
42. Decety, J., & Grèzes, J. (2006). The power of simulation: Imagining one's own and other's behavior. *Brain Research*, 1079(1), 4–14. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2005.12.115>
43. Desmedt O, Heeren A, Corneille O, Luminet O. What do measures of self-report interoception measure? Insights from a systematic review, latent factor analysis, and network approach. *Biol Psychol*. 2022 Mar;169:108289. doi: 10.1016/j.biopsycho.2022.108289.
44. Dieterich-Hartwell R., Melsom A. M. *Dance/Movement Therapy for Trauma Survivors: Theoretical, Critical, and Cultural Perspectives*. Routledge, 2022. 302 p. DOI: 10.4324/9781003111382
45. Dossett M. L., Fricchione G. L., Benson H. A New Era for Mind-Body Medicine // *The New England Journal of Medicine*. 2020. DOI: 10.1056/NEJMp1917461
46. Dunn BD, Dalgleish T, Ogilvie AD, Lawrence AD. Heartbeat perception in depression. *Behav Res Ther*. 2007. Aug;45(8):1921-30. doi: 10.1016/j.brat.2006.09.008
47. Eaves D. L., Riach M, et al. Motor Imagery during Action Observation: A Brief Review of Evidence, Theory and Future Research Opportunities // *Frontiers in Neuroscience*, 2016, №10. DOI: 10.3389/fnins.2016.00514
48. Feldenkrais M. *Awareness Through Movement: Health Exercises for Personal Growth*. HarperOne, 2009. 192 p.

49. Feldenkrais M. *The Master Moves*. Cupertino, California: Meta Publications, 1984. 194 p.
50. Fjorback LO. Mindfulness and bodily distress. *Dan Med J*. 2012 Nov; 59(11):B4547.
51. Fogel, A. *The Psychophysiology of Self-Awareness: Rediscovering the Lost Art of Body Sense*. W. W. Norton & Company, 2009.
52. Füstös J, Gramann K, Herbert BM, Pollatos O. On the embodiment of emotion regulation: interoceptive awareness facilitates reappraisal. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2013 Dec; 8(8): 911-7. doi: 10.1093/scan/nss089.
53. Jeannerod, M. (1994). The representing brain: Neural correlates of motor intention and imagery. *Behavioral and Brain Sciences*, 17(2), 187–202. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00034026>
54. Garfinkel SN, Seth AK, Barrett AB, Suzuki K, Critchley HD. Knowing your own heart: distinguishing interoceptive accuracy from interoceptive awareness. *Biol Psychol*. 2015 Jan;104:65-74. doi: 10.1016/j.biopsycho.2014.11.004
55. Gallivan JP, McLean DA, Flanagan JR, Culham JC. Where one hand meets the other: limb-specific and action-dependent movement plans decoded from preparatory signals in single human frontoparietal brain areas. *J Neurosci*. 2013 Jan 30;33(5):1991-2008. doi: 10.1523/JNEUROSCI.0541-12.2013.
56. Gerbarg PL, Cruz-Cordero YL, Conte VA, García ME, Braña A, Estape ES, Brown RP. Breath-Body-Mind Core Techniques to Manage Medical Student Stress. *J Med Educ Curric Dev*. 2023 Nov 9;10:23821205231212056. doi: 10.1177/23821205231212056.
57. Gerbarg PL, Dickson F, Conte VA and Brown RP. Breath-centered virtual mind-body medicine reduces COVID-related stress in women healthcare workers of the Regional Integrated Support for Education in Northern Ireland: a single group study. *Front. Psychiatry*, 2023. 14:1199819. doi: 10.3389/fpsyt.2023.1199819
58. Han Y., Chan M., et al. The neurobiological effects of mind-body exercise:

- a systematic review and meta-analysis of neuroimaging studies // *Scientific Reports*. URL: <https://www.nature.com/articles/s41598-023-37309-4>
59. Hanna T. *Somatics: Reawakening The Mind's Control Of Movement, Flexibility, And Health*. Da Capo Press. 2004. 176 p.
  60. Hassed C. Mind-body therapies-use in chronic pain management. *Aust Fam Physician*. 2013 Mar;42(3):112-7.
  61. Ives E. Peter Levine and Somatic Experiencing. *Journal of Psychiatry and Mental Illness*. 2020. Vol. 3. Issue 1. P. 1-6.
  62. Kabat-Zinn J. *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York : Delacorte Press, 1990. 453 p.
  63. Kawano T., Stewart C. Dance/Movement Therapy for Trauma Survivors: Theoretical, Critical, and Cultural Perspectives // *American Journal of Dance Therapy*. 2023. <https://doi.org/10.1007/s10465-022-09375-0>
  64. Kerr A. G., Kotynia F., Kolt G. S. Feldenkrais® Awareness Through Movement and state anxiety // *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 2002, №2. 102-107 pp. <https://doi.org/10.1054/jbmt.2001.0274>
  65. Kiken L.G. Mind-body therapy use and magical thinking. *Soc Sci Med*. 2019 Sep;237:112340. doi: 10.1016/j.socscimed.2019.05.045.
  66. Lehrer P. How to relax and how not to relax: A re-evaluation of the work of Edmund Jacobson // *Behaviour Research and Therapy*. 1982. DOI: 10.1016/0005-7967(82)90063-8
  67. Levine, P. A. (2015). Somatic Experiencing: Using Interoception and Proprioception as Core Elements of Trauma Therapy. *Frontiers in Psychology*, 6, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00093>
  68. Levine S. B. Reexploring the concept of sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2002. Vol. 28, No. 1. P. 39–51.
  69. Lotze, M., & Halsband, U. (2006). Motor imagery. *Journal of Physiology – Paris*, 99(4–6), 386–395. <https://doi.org/10.1016/j.jphysparis.2006.03.012>
  70. Macnaughton J. Making Breath Visible: Reflections on Relations between Bodies, Breath and World in the Critical Medical Humanities // *Body & Society*.

- Special Issue: Interdisciplinary Perspectives on Breath, Body and World. 2020.  
DOI: 10.1177/1357034X20902526
71. Masters W. H., Johnson V. E. *Human Sexual Inadequacy*. Boston : Little, Brown and Company, 1970. 390 p.
  72. Maté, G. (2011). *When the body says no: The cost of hidden stress*. Vintage Canada.
  73. Mehling W. et al. *Body Awareness: A phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies // Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*, 2011. DOI:10.1186/1747-5341-6-6
  74. Muhammad Khir, S., Wan Mohd Yunus, W. M. A., Mahmud, N., Wang, R., Panatik, S. A., Mohd Sukor, M. S., & Nordin, N. A. (2024). Efficacy of progressive muscle relaxation in adults for stress, anxiety, and depression: a systematic review. *Psychology research and behavior management*, 345-365.
  75. Munzert J, Krüger B. Task-Specificity of Muscular Responses During Motor Imagery: Peripheral Physiological Effects and the Legacy of Edmund Jacobson. *Front Psychol*. 2018 Oct 9;9:1869. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01869.
  76. Payne P., Levine P. A. and Crane-Godreau M. A. Somatic experiencing: using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy. *Frontiers in Psychology*. 2015. Vol. 6. Article 9. DOI: 10.3389/ fpsyg.2015.00093.
  77. Posadzki P. The Psychology of Qi Gong: A Qualitative Study. *Complementary health practice review*. 2010; 15(2):84-97. doi:10.1177/1533210110387019
  78. Price, C. J., & Hooven, C. Interoceptive Awareness Skills for Emotion Regulation: Theory and Approach of Mindful Awareness in Body-Oriented Therapy (MABT). *Frontiers in Psychology*, 2018, 9, 798. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00798>
  79. Rogers, C. R. *Client-centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory*. Houghton Mifflin, 1951.
  80. Schwoebel, J., & Coslett, H. B. (2005). Evidence for multiple, distinct representations of the human body. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 17(4), 543–

553.

81. Shapiro S. L., Carlson L. E. *The Art and Science of Mindfulness: Integrating Mindfulness into Psychology and the Helping Professions*. Washington: American Psychological Association, 2009. 234 p.
82. Shields, Stephanie, Mallory, Mary, Simon, Angela *The Body Awareness Questionnaire: Reliability and Validity*. *Journal of Personality Assessment*, December 1989. 53(4):802-815. DOI:10.1207/s15327752jpa5304\_16
83. Shyroka A., Zavada T. *Psychological Patterns in Sexual Relationships: Ukrainian Adaptation of the Multidimensional Sexual Questionnaire // Journal of Education Culture and Society*. 2022, №2.
84. Snell, W. E., Fisher, T. D., & Miller, R. S. (1991). Development of the Sexual Awareness Questionnaire: Components, reliability, and validity. *Annals of Sex Research*, 4(1), 65-92. <https://doi.org/10.1177/107906329100400104>
85. Solms M, Panksepp J. The "id" knows more than the "ego" admits: neuropsychanalytic and primal consciousness perspectives on the interface between affective and cognitive neuroscience. *Brain Sci*. 2012 Apr 17;2(2):147-75. doi: 10.3390/brainsci2020147.
86. Streeter CC, Gerbarg PL, Whitfield TH, Owen L, Johnston J, Silveri MM, Gensler M, Faulkner CL, Mann C, Wixted M, Hernon AM, Nyer MB, Brown ER, Jensen JE. Treatment of Major Depressive Disorder with Iyengar Yoga and Coherent Breathing: A Randomized Controlled Dosing Study. *J Altern Complement Med*. 2017 Mar;23(3):201-207. doi: 10.1089/acm.2016.0140.
87. Suksasilp C, Garfinkel SN. Towards a comprehensive assessment of interoception in a multi-dimensional framework. *Biol Psychol*. 2022 Feb; 168:108262. doi: 10.1016/j.biopsycho.2022.108262.
88. Taylor AG, Goehler LE, Galper DI, Innes KE, Bourguignon C. Top-down and bottom-up mechanisms in mind-body medicine: development of an integrative framework for psychophysiological research. *Explore (NY)*. 2010 Jan-Feb;6(1):29-41. doi: 10.1016/j.explore.2009
89. Terluin B, Terluin M, Prince K, Van Marwijk HWJ. *The Four-Dimensional*

Symptom Questionnaire (4DSQ) detects psychological problems. *Huisarts Wet* 2008;51:251-5.

90. Toussaint L, Nguyen QA, Roettger C, Dixon K, Offenbächer M, Kohls N, Hirsch J, Sirois F. Effectiveness of Progressive Muscle Relaxation, Deep Breathing, and Guided Imagery in Promoting Psychological and Physiological States of Relaxation. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2021 Jul 2;2021:5924040. doi: 10.1155/2021/5924040.

91. Tsakiris, M. My body in the brain: A neurocognitive model of body-ownership. *Neuropsychologia*, 48(3), 703–712, 2010.

92. Usmani S, Balcer L, Galetta S, Minen M. Feasibility of Smartphone-Delivered Progressive Muscle Relaxation in Persistent Post-Traumatic Headache Patients. *J Neurotrauma*. 2021 Jan 1;38(1):94-101. doi: 10.1089/neu.2019.6601.

93. Wang Z., Jiang B et al. Relationship between physical activity and individual mental health after traumatic events: a systematic review // *European Journal Of Psychotraumatology*. 2023, №2, <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2205667>

94. Weir, K. (2023, April 1). What is interoception, and how does it affect mental health? 5 questions for April Smith. *Monitor on Psychology*, 54(3). <https://www.apa.org/monitor/2023/04/sensations-eating-disorders-suicidal-behavior>.

95. Williamson A. *Somatic Movement Dance Therapy: The Healing Art of Self-regulation and Co-regulation*. Intellect Ltd, 2023. 352 p.

96. Xiao CX, Lin YJ, Lin RQ, Liu AN, Zhong GQ, Lan CF. Effects of progressive muscle relaxation training on negative emotions and sleep quality in COVID-19 patients: A clinical observational study. *Medicine (Baltimore)*. 2020 Nov 20; 99(47):e23185. doi: 10.1097/MD.00000000000023185.

97. Zabicki A., Haas B., et al. Imagined and Executed Actions in the Human Motor System: Testing Neural Similarity Between Execution and Imagery of Actions with a Multivariate Approach // *Cerebral Cortex*, 2017. 27(9), 4523–4536. DOI: 10.1093/cercor/bhw257



## ДОДАТКИ

### ДОДАТОК А

#### План занять базового курсу релакстерапії в рамках практикуму «Опора на себе через тіло».

##### Заняття 1. 12.02.2025

Кількість учасниць: 18.

##### Хід заняття

- Привітання. Представлення себе. Коротка розповідь про методичку «Соматика» за авторства Томаса Ханни та про «Школу здорової спини і хорошого настрою» Ольги Ігнатенко.

- Анонс заняття. Робота з диханням, знайомство з базовими техніками і встановлення взаємозв'язку ніг і хребта.

- Озвучення базових правил виконання вправ. Принципи: не нашкодь собі, антизусилля, принцип максимального розслаблення, акцент на тренуванні нервової системи та нервових зв'язків.

##### Практична частина.

1. Знайомство з собою і створення карти власного тіла.

2. Робота з диханням.

3. Розміщуємося на килимках. Починаємо перекочування таза.

Відчуваємо дихання. Кладемо обидві долоні на низ живота, великими пальцями на пупок, мізинчиками — в пахові складочки. Зігріваємо теплом долонь свої внутрішні органи й тазостегнові суглоби. Організуємо глибокий вдих так, щоб на вдосі розширювався об'єм таза і живіт магнітимо до долонь. На видосі перекочуємо таз на криж і зусиллям стоп притискаємо поперек до підлоги.

Експериментуємо з розміщенням стоп.

Після детального пропрацювання відпочиваємо з прямими ногами.

4. Вчимося відчувати зв'язок ніг і спини. Робимо акцент на напрузі й розслабленні лінії: стопи – гомілки – коліна – стегна – сідниці – попереk.

Згинаємо ноги в колінах. Починаємо по чергово натискати то лівою, то правою стопою на підлогу. Відчуваємо, як при цьому перекочується таз. Коліна не нахиляємо, вони дивляться вгору.

Якщо є час, повторюємо техніку, але одну ногу випрямляємо.

5. Робота з лопатками.

Починаємо з притискання лопаток до підлоги: то лівої, то правої. На вдосі притискаємо праву лопатку і плечовий суглоб до підлоги, відчуваємо, як напружуються м'язи спини, як хребет утворює дугу в грудному відділі, вдихаємо в праву сторону грудної клітини і максимально розширюємо її. На вдосі повністю відпускаємо напругу. Акцент робимо на максимальному розслабленні, не докладаємо жодних зусиль для руху лопатки на вдосі, лише спостерігаємо за ним.

Повторюємо те саме із лівою лопаткою, слідкуючи, щоб права лопатка не включалася в рух. На вдосі притискаємо ліву лопатку і лівий плечовий суглоб до підлоги, максимально розширюючи ліву частину грудної клітини. На вдосі відпускаємо напругу.

6. Самоаналіз. Відчуття змін в карті тіла. Спочатку аналізуємо зміни, лежачи на килимках. Потім піднімаємося на прямі ноги й аналізуємо, як змінилося відчуття балансу (розхитуємося з прямими ногами).

Зворотній зв'язок з учасницями практикуму. Відповіді на питання, прийняття зауважень, надання коментарів.

## **Практикум «Опора на себе через тіло»**

### **Заняття 2. 16.02.2025**

Кількість учасниць: 16

Хід заняття

- Анонс заняття. Робота з диханням, руками і грудною клітиною.
- Повторне озвучення базових правил виконання вправ. Принципи:

не нашкодь собі, принцип максимального розслаблення, акцент на тренуванні нервової системи та нервових зв'язків.

### **Практична частина**

1. Лежачи на килимку, створюємо карту тіла. Відчуваємо тіло від маківки голови, прогин у шії, лопатки, хребет, прогин у попереку, таз, крижовий відділ.

2. Переходимо до роботи з диханням. Кладемо руки на верхню частину грудної клітини і відчуваємо, як вона рухається під час дихання. Підіграємо диханню руками, на вдосі максимально розширюючи грудну клітину вгору, праворуч і ліворуч, а на видосі мінімально натискаємо на грудну клітину, наче допомагаємо робити видих. Далі кладемо руки на нижні ребра і так само працюємо з діафрагмальним диханням. Після цього кладемо руки на низ живота і працюємо з тазовою діафрагмою.

Вивчаємо ще один варіант дихання. Обіймаємо себе руками навхрест, намагаючись пальчиками рук дотягтися до лопаток. У такому положенні організуємо вдих так, щоб максимально розширювалася задня частина легенів і простір між лопатками. Після кількох повторень широко розкидаємо руки в сторони. Відпочиваємо, слідкуючи, які зміни відбулися після цих вправ. Міркуємо про те, що таке «спокійне дихання». Намагаємося дихати в голову.

3. Починаємо робити перекочування голови. Перекочуємо голову то ліворуч, то праворуч.

4. Далі переходимо до перекочування долонь. Перекочуємо долоні, розвертаючи їх вгору до стелі і перекочуємо, розвертаючи вниз на підлогу. Спостерігаємо, що відбувається при цьому в плечових суглобах і лопатках.

Наступний крок: робимо перекочовування зі збільшеною амплітудою, максимально наближаючи лопатку до хребта під час віддалення руки від тулуба і навпаки, коли наближаємо руку і притискаємо її до тулуба, спостерігаємо, як віддаляється лопатка від хребта.

Спочатку виконуємо техніки для правої сторони. Порівнюємо відчуття в тілі. Далі виконуємо ті самі техніки для лівої сторони.

5. Для правої сторони рухаємо лопатку в іншій площині: на вдосі намагаємося опустити її вниз, потягтися рукою до п'яточки, на вдосі лопатку підтягуємо до вуха. Після кількох повторень спостерігаємо, що змінилося.

6. Робимо аналогічну техніку для лівої сторони, але при цьому піднімаємо ліву руку вгору.

7. На завершення ті, кому дозволяє стан тіла, роблять динамічну практику. Руки кладемо навколо голови, ноги згинаємо в колінах. На вдосі нахиляємо коліна праворуч і тягнемось за лівою рукою, на вдосі повертаємося в центральне положення. На вдосі нахиляємо коліна ліворуч і тягнемось за правою рукою.

8. Завершуємо заняття, створюючи оновлену карту тіла. Спостерігаємо зміни, вітаємо їх і відзначаємо, що зараз подобається найбільше і в якій частині тіла зараз особливо добре.

## **Практикум «Опора на себе через тіло»**

### **Заняття 3. 19.02.2025**

Кількість учасниць: 18.

Хід заняття

- Анонс заняття. Розвантажуюмо м'язи шії і верхньої частини тулуба.
- Повторне озвучення базових правил виконання вправ. Принципи: не нашкодь собі, принцип максимального розслаблення, акцент на тренуванні нервової системи та нервових зв'язків.

### **Практична частина**

#### **1. Починаємо стоячи.**

Відчуваємо своє тіло, відчуваємо лопатки.

Відчуваємо, як тіло розташоване в просторі. Аналізуємо відчуття в стопах, як вага тіла спирається на стопи. Рухаємося увагою вгору, аналізуємо відчуття в тазу, як таз спирається на стопи, як лінія опори піднімається вгору вздовж хребта, як голова розміщується на цій осі. Відчуваємо баланс тіла. Малюємо в уяві вісь: голова — стопи. З'ясовуємо, як розміщені наші руки, де вони починаються. Намагаємося відчутти, що відбувається в лопатках і плечових суглобах, коли робимо маленькі рухи долонями (розвертаємо долоні всередину і назовні).

Починаємо робити акуратні повороти голови до точки комфорту, фіксуємо погляд у точці максимального повороту, потім додаємо повороти верхньої частини тулуба, потім — повороти таза.

#### **2. Розміщення на килимках. Відчуття себе з прямими ногами.**

Після розміщення на килимках відчуваємо голову, порівнюємо з відчуттями стоячи. Починаємо з перекочування голови праворуч і ліворуч. Експериментуємо з тим, якою частиною тіла: скронею, підборіддям, вухом, — приємніше і зручніше тягтися до підлоги.

3. До поворотів голови додаємо почергове притискання лівої і правої лопатки до підлоги. Відчуваємо вісь «права скроня — ліва лопатка» і «ліва

скроня — права лопатка». Робота з диханням, розширення внутрішнього простору грудної клітини.

4. Далі згинаємо ноги в колінах і до поворотів голови і притискання лопатки додаємо витягування руки до п'яточок: поворот голови вліво, притискання правої лопатки і витягування правої руки до п'ятки. Поворот голови вправо, притискання лівої лопатки до підлоги і витягування лівої руки до п'ятки.

Під час прикінцевих повторювані учасниці можуть довільно (за бажанням) додати нахил колін.

Відпочиваємо з прямими ногами. Фіксуємо зміни в тілі. Робимо масаж шиї або обличчя.

5. Робимо легке притискання потилиці до підлоги. Спостерігаємо, як напружуються м'язи вздовж хребта. Відчуваємо, чи однаково напружуються м'язи ліворуч і праворуч від хребта. Нахиляємо голову над 10-15 градусів праворуч і так само тиснемо головою на підлогу. Відчуваємо, що змінилося в напруженні м'язів шиї, чи стали вони напружуватися рівномірніше. Потім нахиляємо голову на 10-15 ° ліворуч і теж тиснемо головою на підлогу, відчуваючи напруження вздовж хребта. Відчуваємо, чи рівномірно напружуються м'язи ліворуч і праворуч.

6. Повторюємо перекочування таза. Аналізуємо, як рухається хребет, як змінюється прогин у шиї та попереку. Спостерігаємо, чи рухається голова під час рухів таза.

Відпочиваємо. Намагаємося відчутти зміни в тілі. Відчуваємо голову. Розслабляємо нижню щелепу і потилицю.

7. Виконуємо техніку «робот». Розводимо руки в боки, передпліччя ставимо перпендикулярно, згинаючи руки в ліктях. Кінчики пальців дивляться на стелю. Спочатку відчуваємо, як рухаються лопатки, коли ми рухаємо руками до голови, намагаючись покласти їх на підлогу долонями вгору.

Далі рухаємо руками по чергово, при цьому одну руку наближаємо до голови, а іншу — до п'яток, відчуваємо рух лопаток.

Додаємо до руху рук і лопаток повороти голови. Спочатку довільні. Потім для тих, хто хоче більш динамічного руху, пропоную додати нахил колін і відчуття легке скручування, але обережно.

Після виконання вправи відпочиваємо, обидві долоні кладемо на нижні ребра, відчуваємо обсяг дихання.

8. Завершуємо заняття стоячи. Аналізуємо, наскільки змінилася постава, як змінилося відчуття себе, пробуємо розхитуватися вперед-назад, вліво-вправо для розуміння, чи збільшилася стійкість тіла і покращилася опора на стопи.

## **Практикум «Опора на себе через тіло»**

### **Заняття 4. 23.02.2025**

Кількість учасниць: 12, ще 3 постійні учасниці отримали заняття в аудіозаписі.

#### **Хід заняття**

- Анонс заняття. Працюємо з тазом, балансуємо відчуття в тазу.
- Повторення базових правил виконання вправ. Принципи: не нашкодь собі, принцип максимального розслаблення, акцент на тренуванні нервової системи та нервових зв'язків.
- Відповідь на питання, які учасниці ставили в перерві між заняттями.

#### **Практична частина**

1. Розміщуємося на килимках, робимо акцент на відчутті таза. Кладемо обидві долоні на тазові кістки, щоб кінчики пальців торкалися лобкового симфіза. Спрямовуємо тепло долонь всередину таза, зігріваємо цим теплом тазостегнові суглоби. Відчуваємо таз, його обсяг і глибину. Відчуваємо дихання в тазу. Відчуваємо розміщення ніг. Намагаємося відчутти, чи на одному горизонтальному рівні розміщені тазові кістки зліва і справа. Запам'ятовуємо свої відчуття.

2. Після самодіагностики залишаємо долоні на тазових кістках, пальчиками — ближче до лобкового симфіза. Починаємо рухати правою ногою так, щоби пальчики ніг наблизилися до підлоги. При цьому спостерігаємо, що відбувається під правою долонею. Фіксуємо, наскільки легко повертати ногу, як при цьому розвертається коліно. Далі повторюємо те саме з лівою ногою, нахилиючи стопу в лівий бік. Фіксуємо відмінності у відчуттях порівняно з правою ногою. Далі одночасно повертаємо обидві стопи почергово то вправо, то вліво, фіксуючи, в який бік зручніше рухатися, яка нога рухається більш плавно.

3. Згинаємо в коліні тільки праву ногу. Ліву лишаємо прямою, розслабленою. Починаємо робити легкі перекочування таза на куприк. При

цьому ліву ногу виштовхуємо з тіла. Носок не тягнемо, стопа розслаблена. На видосі зусиллям правої стопи притискаємо поперек до підлоги, а ліву ногу розслабляємо і спостерігаємо за тим, як вона повільно втягується в тіло.

4. Випрямляємо обидві ноги і відпочиваємо, проводимо самодіагностику. Намагаємося відчути довжину ніг і зрозуміти, яка нога відчувається довшою, а яка — коротшою. Кладемо долоні на тазові кістки і порівнюємо їх горизонтальне розміщення. Звертаємо увагу на те, чи розслаблена щелепа. Спрямовуємо до таза, ніг, до всіх частин тіла внутрішню посмішку.

5. Після відпочинку згинаємо в коліні тільки ліву ногу і повторюємо техніки для правої сторони. Починаємо перекичувати таз на куприк, витягуючи праву ногу із тулуба. На видосі зусиллям лівої стопи притискаємо поперек до підлоги, спостерігаємо за тим, як права нога повертається на місце. Звертаємо увагу на те, які м'язи вмикаються в цей рух. Також робимо акцент на попереку, на тому, якою точкою він притискається до підлоги.

Для відпочинку випрямляємо ноги. Знову робимо самодіагностику.

6. Згинаємо ноги в колінах, руки кладемо вздовж тіла.

Починаємо робити перекичування таза вперед на куприк і назад, притискаючи поперек до килимка. Долоні лишаємо внизу живота, спостерігаємо за рухом таза. Робимо легкий масаж точки, якою таз найщільніше притискається до підлоги. Не піднімаємо таз, намагаємося максимально передати вагу таза в підлогу. Коліна намагаємося не рухати. Спостерігаємо за тим, як одночасно з масажем таза в ділянці крижа відбувається масаж потилиці. Відпочиваємо.

7. Експериментуємо з положенням ніг. Робимо перекичування таза вперед на куприк і назад, притискаючи поперек до килимка, але стопи ставимо то далі від таза, то ближче.

8. Експериментуємо з натисканням стоп, під час перекичувань таза натискаємо більше то пальчиками, то п'ятками, то намагаємося відчути всю стопу і порівнюємо відчуття.

Випрямляємо обидві ноги і відпочиваємо, проводимо самодіагностику. Відчуваємо дихання в тазу, довжину ніг, де стало більше тепла.

9. Знову експериментуємо з положенням ніг. Зміщуємо стопи на 5-15 см праворуч і робимо кілька перекочувань таза вперед на куприк і назад. Так само зміщуємо стопи на 5-15 см, але ліворуч і теж робимо кілька перекочувань. Фіксуємо зміни.

Відпочиваємо з прямими ногами і робимо самомасаж попереку. Фіксуємо стан м'язів у цій ділянці тіла.

10. З минулого заняття згадуємо техніку перекочування долонь. Синхронізуємо рух і дихання. Спостерігаємо за рухом лопаток.

Збільшуємо амплітуду перекочування рук. Робимо перекочування, максимально наближаючи лопатки до хребта під час віддалення рук від тулуба і навпаки, коли наближаємо руки і притискаємо їх до тулуба, спостерігаємо, як віддаляються лопатки від хребта.

11. До перекочування рук додаємо перекочування таза вперед на куприк і назад. Спостерігаємо за сильним прогином вздовж усього хребта на вдосі та намагаємося максимально притиснути весь хребет по довжині на видосі.

12. Відпочиваємо, тягнемося, проводимо самодіагностику. З прямими ногами робимо кілька поворотів стопами, порівнюючи, що змінилося після виконання технік.

Спрямовуємо тепло долонь всередину таза, зігріваємо цим теплом тазостегнові суглоби. Відчуваємо таз, його обсяг і глибину. Відчуваємо дихання в тазу. Відчуваємо розміщення ніг. Намагаємося відчути, чи на одному горизонтальному рівні розміщені тазові кістки зліва і справа. Що змінилося порівняно з початком заняття. Дякуємо собі за практику.

## Практикум «Опора на себе через тіло»

### Заняття 5. 26.02.2025

Кількість учасниць: 17.

Хід заняття

- Анонс заняття. **Працюємо з тазом, балансуємо відчуття в тазу.**
- Стандартне озвучення базових правил виконання вправ.

Принципи: не нашкодь собі, принцип максимального розслаблення, акцент на тренуванні нервової системи та нервових зв'язків.

### Практична частина

1. Розміщуємося на килимках, робимо акцент на відчутті таза. Кладемо обидві долоні на тазові кістки, щоб кінчики пальців торкалися лобкового симфіза. Спрямовуємо тепло долонь всередину таза, зігріваємо цим теплом тазостегнові суглоби. Відчуваємо таз, його обсяг і глибину. Намагаємося відчутти, чи на одному горизонтальному рівні розміщені тазові кістки зліва і справа. Запам'ятовуємо свої відчуття.

Відчуваємо ноги і розміщення стоп.

2. З прямими ногами починаємо робити перекочування таза вперед на куприк і назад, притискаючи поперек до килимка. Долоні лишаємо внизу живота, спостерігаємо за рухом таза. Руки кладемо під поперек, діагностуємо стан м'язів і ступінь притискання поперек до підлоги.

3. Зміщуємо стопи на 5-15 см ліворуч і повторюємо перекочування таза з притисканням поперек. Відчуваємо зміни в навантаженні на м'язи в такому положенні.

Зміщуємо стопи на 5-15 см праворуч і повторюємо техніку.

4. Згинаємо ноги в колінах і намагаємося організувати вдих у поперек, на вдосі притискаємо його до підлоги. На видосі розслабляємося і відпускаємо напругу.

5. Далі із зігнутими ногами починаємо перекочування таза то на ліву, то на праву сідницю. Робимо легкий масаж точки, якою таз найщільніше притискається до підлоги. Не піднімаємо таз, намагаємося максимально

передати вагу таза в підлогу. Коліна намагаємося не рухати. На вдосі перекочуємо таз вправо, спостерігаючи за тим, як відбувається саме перекочування: по центру сідниці, вище або нижче, на вдосі повертаємося в центральне положення.

Далі зміщуємо акцент на поперек, зусиллям стоп притискаємо поперек до підлоги. У цьому положенні робимо акуратний масаж м'язів з правого і лівого боку попереку, візуалізуємо 2 стрічки м'язів уздовж хребта, які проходять через сідниці до стоп.

6. Випрямляємо ноги і відпочиваємо. Робимо самодіагностику, поклавши долоні на тазові кістки. Спостерігаємо, де з'явилося тепло.

Звертаємо увагу на своє обличчя, чи розслаблений лоб, чи є на ньому посмішка, чи розслаблення нижня щелепа. Відпускаємо напругу з нижньої щелепи, розмикаємо зуби і розслабляємо язик.

7. Якщо в учасниць немає дискомфорту, якщо їм дозволяє стан тіла і немає болю, пропоную змістити точку максимального контакту з підлогою вище попереку, між грудним відділом і попереком, трохи припідняти таз і зробити легкий масаж саме цього місця, акуратно перекочуючи вагу на ліву і праву сторону.

Після цього розслабляємося, опускаємо таз на підлогу, робимо кілька базових перекочувань, випрямляємо ноги і відпочиваємо. Фіксуємо зміни в тілі. Фіксуємо, де з'явилося тепло.

8. Згинаємо ноги в колінах. Праве коліно підтягуємо до грудей і обхоплюємо праве стегно руками. На вдосі перекочуємо таз і віддаляємо коліно від грудей, розширюючи низ живота, на вдосі натискаємо лівою стопою на підлогу і спостерігаємо, як права нога наближається до грудей. Спостерігаємо за тим, як відбувається легкий масаж ділянки між тазом і грудною клітиною з правого боку. Організуємо рух виключно за рахунок дихання та зусиль лівої стопи. Руки не задіюємо, вони лише супроводжують праву ногу.

9. Випрямляємо ноги і проводимо самодіагностику. Спостерігаємо за тим, яка нога зараз відчувається як довша, а яка — як коротша. Фіксуємо відчуття в зоні таза і попереку. Намагаємося зрозуміти, з якого боку м'язи більш розслаблені, з якого — більш напружені.

10. Згинаємо ноги в колінах і виконуємо аналогічні вправи для лівої сторони тіла.

Після завершення виправляємо ноги і знову проводимо самодіагностику.

11. Згинаємо ноги в колінах, руки розпрямляємо в сторони. Починаємо динамічно нахилити коліна то вправо, то вліво, роблячи легко скрутку по діагоналі. Поступово нахилиючи коліна вправо, тягнемось за лівою рукою і повертаємо вліво голову, нахилиючи коліна вліво, тягнемось за правою рукою і повертаємо голову вправо.

12. Відпочиваємо, тягнемось, проводимо самодіагностику. Порівнюємо свій стан зі станом на початку заняття.

Кладемо обидві долоні на тазові кістки, щоб кінчики пальців торкалися лобкового симфіза. Спрямовуємо тепло долонь всередину таза, зігріваємо цим теплом тазостегнові суглоби. Відчуваємо таз, його обсяг і глибину. Намагаємося відчути, чи на одному горизонтальному рівні розміщені тазові кістки зліва і справа. Запам'ятовуємо свої відчуття.

Відчуваємо ноги і розміщення стоп. Намагаємося мізинчиками стоп потягтися до підлоги і відчуваємо зміни в амплітуді й легкості руху порівняно з попереднім заняттям.

Поступово завершуємо практику.

## **Практикум «Опора на себе через тіло»**

### **Заняття 6. 02.03.2025**

Кількість учасниць: 11.

#### **Хід заняття**

- Анонс заняття. Робимо акцент на диханні та розслабленні. Відпрацьовуємо техніки для зняття тривожності й наслідків стресу. Заняття для лопаток. Антистресове дихання.

- Стандартне озвучення базових правил виконання вправ. Принципи: не нашкодь собі, принцип максимального розслаблення, акцент на тренуванні нервової системи та нервових зв'язків.

#### **Практична частина**

1. Починаємо заняття сидячи, з відчуття себе і свого дихання. Відчуваємо стегнами поверхню, на якій сидимо, ноги не перехрещуємо, обидві стопи стоять на підлозі. Спина і голова розміщені вертикально, спина не опирається на спинку стільця. Спостерігаємо, як хочеться розмістити голову, відчуваємо, чи є можливість поставити голову на хребет і розслабити шию. Відчуваємо, яким є зараз оптимальне положення для голови.

Маківкою злегка тягнемося вгору. Кладемо обидві руки долоня на долоню на центр грудної клітини вище грудей, але нижче ключиць, і відчуваємо своє дихання. Намагаємося дихати так, щоб вдих розширював грудну клітину і вона тяглася до наших долонь, до стелі. Відчуваємо тепло і енергію, яка іде від долонь. Намагаємося для себе зрозуміти, якого кольору ця енергія. Робимо самомасаж однією чи обома долонями: обережні рухи вниз, вгору, вправо і вліво, відтягуючи шкіру і злегка масажуючи центр грудної клітини. Знаходимо своє задоволення і заспокоєння в цьому масажі.

2. Кладемо руки на стегна або опускаємо їх, щоб вони вільно звисали.

Відчуваємо лопатки. Починаємо з руху плечовими суглобами і лопатками по горизонталі. На вдосі відводимо лопатки за лінію хребта і намагаємося потягти їх вниз, наче поставити на поперек, а на видосі розслабляємося. Робимо кілька повторень.

Відчуваємо, як під час руху лопатками напружуються м'язи вздовж лінії хребта, як весь хребет включається в цей рух.

3. Починаємо антистресове дихання. На вдосі тягнемо лопатки вниз, на видосі піднімаємо їх вгору, до вух. Акцент робимо на плавності руху. Для кращого відчуття плавності руху лопаток пропонуємо учасницям покласти праву долоню на ліве плече, а потім ліву долоню — на праве.

4. Розміщуємося на килимках на спині спочатку з прямими ногами, руки вздовж тіла. Відчуваємо тіло, акцент на лопатках.

Виконуємо техніку «метелик»: згинаємо ноги в колінах, кладемо обидві руки долонями на стегна, великі пальці рук зчеплюємо між собою. На вдосі заводимо руки за голову, на видосі руки повертаємо на стегна. Відчуваємо, як при цьому рухаються лопатки. Коли руки заводимо за голову, лопатки тягнемо вниз, коли повертаємо долоні на стегна, лопатки спрямовуємо до вух. Детально розбираємо цей рух, відчуваємо на вдосі прогин вздовж хребта, на видосі відчуваємо притискання хребта до підлоги.

5. Перевертаємося на живіт. Лежимо з прямими ногами, руки кладемо вздовж тіла. Голову повертаємо у більш зручний бік. Починаємо повільно наближати праву лопатку до хребта, при цьому відчуваємо, як при піднімається прави плечовий суглоб. Якщо голова повернена ліворуч і так незручно, розвертаємо голову праворуч.

6. Далі кладемо праву руку навколо голови, розвертаємо голову вправо, починаємо повільно піднімати правий лікоть. Спостерігаємо знову за рухом лопатки.

7. Піднімаємо обидві ноги стопами вгору і відпочиваємо, злегка нахиляючи ноги то вправо, то вліво.

8. Повертаємо голову ліворуч і намагаємося ліву лопатку потягти вниз, до попереку. Тягнемося за пальчиками лівої руки. За бажанням повторюємо техніку для лівої лопатки з наближенням її до хребта.

9. Перевертаємося на спину, скануємо своє тіло.

Поступово завершуємо заняття.

## **Практикум «Опора на себе через тіло»**

**Заняття 7. 05.03.2025**

Кількість учасниць: 10.

### **Хід заняття**

- Анонс заняття. Комплексні вправи для розвитку вміння концентруватися одразу на кількох частинах тіла. Узгодження дихання, руху таза і лопаток.

- Стандартне озвучення базових правил виконання вправ. Принципи: не нашкодь собі, принцип максимального розслаблення, акцент на тренуванні нервової системи та нервових зв'язків.

### **Практична частина**

1. Розміщуємося на килимках, скануємо тіло. Відчуваємо, які частини тіла торкаються підлоги. Починаємо сканувати тіло від потилиці, переходимо до грудного відділу, крижового відділу, особливу увагу звертаємо на руки і ноги: які ділянки цих частин тіла торкаються підлоги, а які — ні.

2. Робимо масаж верхньої частини грудної клітини, між ключицями і грудьми. Порівнюємо, наскільки легше тягнеться шкіра порівняно з тим, як ми робили аналогічний масаж на попередніх заняттях. Кладемо зручно обидві руки на верхню частину грудної клітини. Починаємо робити глибокий вдих і видих, руками підіграючи диханню і намагаючись грудну клітину розширювати вгору, ліворуч і праворуч.

3. Кладемо обидві руки на нижні ребра. За потреби робимо легкий масаж діафрагми, рухаючись від сонячного сплетіння правою і лівою рукою в обидва боки вниз до нижніх ребер. Відчуваємо обома руками розширення нижніх ребер під час вдиху і їхнє стискання на видосі.

4. Згинаємо обидві ноги в колінах і починаємо нахили колінами ліворуч і праворуч із довільною амплітудою. Спостерігаємо за зміщенням ваги з правої на ліву сідницю. Також спостерігаємо за перенесенням ваги із зовнішнього на внутрішній край стопи і навпаки під час нахилу колін.

До нахилу колін додаємо дихання. Нахиляючи коліна праворуч, робимо вдих і розвертаємо живіт праворуч, подовжуючи лівий бік. На видосі притискаємо поперек до підлоги, робимо невелику паузу. На вдосі нахиляємо коліна ліворуч, розвертаємо живіт ліворуч, на видосі притискаємо поперек до підлоги. Починаємо більше уваги під час руху звертати на подовження бокової лінії тіла. Робимо паузу.

5. Починаємо нахиляти коліна тільки праворуч, з довільною амплітудою, розвертаємо живіт праворуч. Праву руку кладемо вздовж тіла. Ліву руку кладемо на ліві нижні ребра з лівого боку і під час нахилу колін намагаємося організувати вдих саме в це місце, відчуваючи розширення нижньої частини грудної клітини. Повторюємо кілька разів. Поступово відчуваємо, куди хоче розвертатися голова. Додаємо довільне перекочування голови під час нахилу колін, максимально розслабляємо м'язи шиї.

6. Далі ліву руку кладемо навколо голови або перпендикулярно до тіла, як дозволяє амплітуда плечових суглобів. Правою рукою обіймаємо себе і кладемо долоню на нижні ребра. Повторюємо акуратний нахил колін праворуч, розвертаємо живіт праворуч, лівою рукою тягнемося вгору, відчуваючи подовження м'язів по лівій стороні тіла.

7. Після кількох повторень відпочиваємо з прямими ногами.

Відчуваємо зміни в тілі, відчуваємо, наскільки асиметричним стало положення тіла. Фіксуємо всі приємні зміни.

8. Піднімаємо вгору тільки ліву руку. Розміщуємо руку так, щоби була можливість передати її вагу в підлогу через лопатку. Рука немов стоїть на лопатці. Намагаємося на вдосі натискати лівою лопаткою на підлогу, на видосі тягтися рукою вгору до стелі. Повторюємо кілька разів. Додаємо нахил колін і прогин у поперек. На вдосі притискаємо ліву лопатку до підлоги, нахиляємо коліна ліворуч, на видосі притискаємо поперек до підлоги, коліна повертаємо в центральне положення, руку витягуємо вгору. Права рука лежить вздовж тіла. Повторюємо кілька разів.

9. Випрямляємо ноги і відпочиваємо. Скануємо тіло. Спостерігаємо, де з'явилося більше тепла. Відчуваємо, яка рука здається довшою, яка нога здається довшою і об'ємнішою. Відчуваємо, наскільки правий бік тіла зараз здається відмінним від лівого.

10. Повторюємо техніки для правого боку, але в іншому порядку. Починаємо з піднятою вгору правою рукою, намагаємося на вдосі притиснути праву лопатку до підлоги, а на видосі тягнемося правою рукою вгору. Додаємо нахил колін ліворуч. Під час пауз і видихів обов'язково притискаємо поперек до підлоги. Після кількох повторень відпочиваємо з прямими ногами або підтягуємо обидві ноги, зігнуті в колінах, до грудей і злегка перекочуємося з боку на бік, роблячи легкий само масаж поперекової частини.

11. Після відпочинку згинаємо ноги в колінах, праву руку кладемо на правий бік в зону нижніх ребер. На вдосі нахиляємо обидва коліна ліворуч, відчуваємо розтягнення м'язів по правому боці тіла і правою рукою відчуваємо вдих і розширення нижніх ребер. Вдих намагаємося зробити максимально глибоким, щоб відчути розширення нижніх ребер і подовження бокових м'язів.

12. Відпочиваємо з прямими ногами. Спостерігаємо, чи вдалося збалансувати відчуття в праві і ліві половині тіла. Знову скануємо тіло. Відчуваємо, якими частинами зараз тіло торкається підлоги, скануємо розміщення рук і розміщення ніг. Спостерігаємо за диханням, як змінилося дихання порівняно із початком заняття.

Поступово завершуємо практику.

## **Практикум «Опора на себе через тіло»**

### **Заняття 8. 09.03.2025**

Кількість учасниць: 11.

Хід заняття

- Анонс заняття. Продовжуємо комплексні вправи, вчимося концентруватися одразу на кількох частинах тіла.
- Стандартне озвучення базових правил виконання вправ. Принципи: не нашкодь собі, принцип максимального розслаблення, акцент на тренуванні нервової системи та нервових зв'язків.

### **Практична частина**

1. Практична частина. Розміщуємося стоячи на килимках. Починаємо заняття із легкого простукування тіла долонями, злегка простукуємо тулуб і кінцівки. Потім робимо легке струшування. Стоїмо на килимку з прямими ногами і відчуваємо, де в тілі з'явилася вібрація. Відчуваємо рух всередині свого тіла. Скануємо його від маківки голови до стоп. Починаємо розхитуватися з прямими ногами вперед — назад і праворуч — ліворуч. Відчуваємо амплітуду руху. Згадуємо, як це було на попередніх заняттях. Заплющуємо очі і уявляємо, що стоїмо під теплим приємним душем. Намагаємось уявити, куди буде капати вода, яка стікатиме по кінчику носа. Далі уявляємо, куди потраплятимуть краплі води, які стікатимуть із пальців правої і лівої руки. Уявляємо, що тепла вода, теплий душ або теплий літній дощ змивають із тіла всю напругу, втому, яка накопичилася в тілі протягом останніх тижнів.

2. Розміщуємося на килимках із прямими ногами. Кладемо долоні правої і лівої руки на тазові кісточки. Відчуваємо, на якому рівні вони розміщені: на одному чи трохи асиметрично.

3. Згинаємо в коліні обидві ноги, ставимо їх в базову позу. Коліна дивляться вгору, розміщені над п'яточками. Починаємо повільно нахилити в правий бік тільки праве коліно. Руки продовжуємо тримати на тазових кісточках, кладемо вздовж тулуба або кладемо на стегно ліву руку, щоб

відчувати, що воно не рухається. Рухаємо правим коліном із довільною амплітудою, яка найбільше комфортна на цей момент.

Комбінуємо рух із диханням: під час вдиху нахиляємо коліно, на видосі повертаємо коліно вгору і намагаємося протиснути поперек до підлоги. Робимо ще кілька повторень.

4. Кладемо пряму праву ногу під кутом 30-40 °, ліва нога залишається зігнутою в коліні. Починаємо повільно рухати правою стопою, спочатку намагаємося потягтися до підлоги великим пальцем правої ноги, нахиляючи стопу ліворуч, потім нахиляємо стопу праворуч, намагаючись потягтися до підлоги мізинчиком правої стопи. Кладемо праву руку в зону пахової складки долонею до тіла, відчуваємо, що під час руху відбувається всередині тіла, як прокручується правий тазостегновий суглоб.

5. П'ятку правої ноги повільно починаємо підтягувати до таза. Відчуваємо, які м'язи при цьому напружуються. Відчуваємо напруження м'язів стегна та сідниці. Акцентуємо на тому, чи вдається повністю розслабити м'язи, коли п'ятка вже підтягнута до таза, і чи вдається їх розслабити, коли нога вирівнюється.

6. Випрямляємо обидві ноги, пальчики долоні підкладаємо під сідниці, по чергово напружуємо сідниці і розслабляємо. Мета: спочатку повільно нарощувати напруження в сідницях, а потім ще повільніше цю напругу відпускати. Повторюємо цикли напруження і розслаблення м'язів сідниць. Напруження комбінуємо з вдихом, розслаблення по-можливості комбінуємо з видихом.

7. Знову згинаємо ноги в колінах, але ставимо їх максимально широко. Тепер починаємо нахиляти тільки праве коліно в лівий бік, ніби тягнемо його до лівої п'яточки. Намагаємося комбінувати рух із диханням: на вдосі нахиляємо коліно, на видосі притискаємо поперек до підлоги, коліно знову дивиться вгору.

Поступово до цього руху додаємо притискання лопатки. На вдосі притискаємо праву лопатку до підлоги, праве коліно тягнемо до лівої

п'яточки, на видосі відпускаємо напругу з правої лопатки, коліно повертаємо вгору, поперек притискаємо до підлоги. Робимо кілька повторень.

Відчуваємо, чи не задіяні в цьому русі м'язи лівої частини тіла. Намагаємося максимально розслабити м'язи шиї і відчуті, куди хоче повертатися голова. Додаємо довільний поворот голови.

8. Відпочиваємо на килимку з прямими ногами, скануємо тіло. Відчуваємо, наскільки несиметричним стало тіло після цих технік, відчуваємо різницю між правою і лівою частинами тіла, відчуваємо, де стало більше тепла, відчуваємо довжину ніг і намагаємося уявити їхній колір.

9. Знову згинаємо обидві ноги в колінах і починаємо повільно нахилити ліворуч ліве коліно. Праве не рухається. Поступово повторюємо всі описані техніки для лівої частини тіла.

10. Після виконання технік для лівого коліна і лівої лопатки відпочиваємо з прямими ногами. Скануємо тіло, кладемо долоні на тазові кісточки, відчуваємо, що змінилося в їх положенні, чи стало їх положення більш збалансованим і симетричним.

11. Організуємо підйом, розміщуємося на килимках із прямими ногами, знову уявляємо себе під теплим душем або теплим літнім дощем, відчуваємо, де в тілі з'явилася легкість, пробуємо розхитуватися вперед — назад, праворуч — ліворуч, фіксуємо амплітуду, спостерігаємо, наскільки стабільніше відчувається тіло в просторі.

Поступово завершуємо заняття.

## Практикум «Опора на себе через тіло»

### Заняття 9. 12.03.2025

Кількість учасниць: 13.

Хід заняття

- Анонс заняття. Баланс м'язів задньої і передньої поверхні тіла.
- Стандартне озвучення базових правил виконання вправ.

Принципи: не нашкодь собі, принцип максимального розслаблення, акцент на тренуванні нервової системи та нервових зв'язків.

### Практична частина

1. Розміщуємося на килимках із прямими ногами. Скануємо тіло, уявляємо м'язи вздовж хребта як 2 широкі стрічки, які сходяться біля основи голови. Намагаємося уявити колір цих стрічок. За потреби масажуємо їх руками. Відчуваємо прогин у попереку і в шиї з прямими ногами. Згинаємо ноги в колінах, ставимо їх в базову позицію і відчуваємо, що змінилося, як змінився прогин у попереку і як змінився прогин у шиї.

Робимо масаж шиї обома руками, запам'ятовуємо, м'язи з якого боку є більш розслабленими.

2. Починаємо виконувати базове перекичування таза. Комбінуємо його з диханням. Відчуваємо, як під час перекичування таза рухається хребет і голова, як хребет подовжується і скорочується, як при цьому рухається кінчик носа.

3. Додаємо до перекичування таза притискання лопаток до підлоги. Навдосі спочатку притискаємо праву лопатку до підлоги і перекичуємо таз. При цьому відчуваємо, як змінюється рух хребта і напруження в м'язах спини. Відчуваємо, як надувається живіт і подовжується діафрагма. Повторюємо техніку для лівої лопатки. Потім робимо перекичування ні таза з притисканням навдосі обох лопаток до підлоги.

4. Повільно перекичуємося на правий бік і відпочиваємо в позі ембріона. В цій максимально комфортній позі намагаємося відчути м'язи вздовж хребта від маківки голови і до кубрика. Створюємо для себе максимальний комфорт

і максимальне розслаблення. Пам'яток вою ми комфортне відчуття м'язів спини.

5. Повільно перекочуємося на живіт. Руки кладемо біля голови, голову розвертаємо в той бік, куди найбільш комфортно. Згадуємо, чи на цьому боці ми частіше спимо і чи з цього боку наші м'язи шийї більш розслаблені.

6. Починаємо з цього положення повільно піднімати голову вгору на 10-15 см, наче ми намагаємося подивитися на праву чи ліву лопатку. Робимо небагато повторень, протилежну руку можна покласти на м'язи попереку, щоб відчутти, як вони напружуються, чи рівномірне напруження правої і лівої стрічки м'язів вздовж хребта.

7. Піднімаємо тільки лікоть тієї руки, в який бік розвернута голова. Відчуваємо, як при цьому рухається лопатка. Намагаємося максимально повільно опускати лікоть на підлогу і при цьому повністю розслабляти м'язи. Відчуваємо, чи можемо ми працюємо повністю розслабити ноги, де цей рух може ще відгукуватися.

8. Починаємо піднімати вгору голову і ту руку, яку вона дивиться. Відчуваємо, як м'язи напружуються, коли ми на кілька міліметрів намагаємося підняти голову і руку, можливо, навіть не відриваючи їх від підлоги. Відпочиваємо. Відчуваємо максимальне розслаблення. Акцент на розслаблені після опусканні руки і голови на підлогу.

9. Піднімаємо тільки протилежну ногу (по діагоналі).

10. До підйому ноги додаємо підйом голови і протилежної руки. Якщо ви піднімаєте праву руку і голова у вас повернута вправо, то разом з ними піднімайте ліву ногу. Якщо ви піднімаєте ліву руку і голова розвернути вліво, то піднімайте також праву ногу.

Відчуваємо, чи легше так організувати підйом голови і руки? Чи з більшою амплітудою може підніматися голова і рука?

11. Відпочиваємо в уже знайомій позі, лежачи на животі, ноги згинаємо в колінах так, щоби п'яточки чи стопи подивилися вгору, і ноги перекочуємо ліворуч і праворуч.

12. Повторюємо техніки для протилежної сторони.

13. Після завершення технік перекочуємося на лівий бік, знаходимо для себе максимально зручну позицію, відчуваємо стан м'язів від основи голови, від маківки і до куприка. Запам'ятовуємо стан комфорту.

14. Повертаємося на живіт, кладемо голову прямо на долоні і починаємо тягтися до стелі тільки шиєю.

15. Повільно перевертаємося на спину, лежимо з прямими ногами, скануємо тіло. Відчуваємо, що змінилося в тілі, як змінився прогин в шиї і в попереку, відчуваємо руками, наскільки зараз розслаблені м'язи вздовж хребта у шийному і поперековому відділах.

Поступово завершуємо заняття.

## Практикум «Опора на себе через тіло»

### Заняття 10. 16.03.2025

Кількість учасниць: 12.

Хід заняття

- Анонс заняття. Робота з прямим м'язом живота.
- Стандартне озвучення базових правил виконання вправ.

Принципи: не нашкодь собі, принцип максимального розслаблення, акцент на тренуванні нервової системи та нервових зв'язків.

### Практична частина

1. Розміщуємося на килимках. Скануємо тіло. Робимо легкий масаж живота, відчуваємо контури центра тіла.

2. Згинаємо ноги в колінах. Кладемо обидві руки на живіт, праву руку ближче до зони сонячного сплетіння над пупком, ліву руку — під пупок ближче до лобкової кістки. Починаємо робити базове перекочування таза, на вдосі розширюючи живіт і відчуваючи, як долоні віддаляються одна від одної. На вдосі притискаємо поперек до підлоги і відчуваємо, як зближуються долоні. Відчуваємо подовження і скорочення прямого м'яза живота.

3. Кладемо руки вздовж тіла долонями вгору. Робимо глибокий вдих, на вдосі починаємо піднімати правий плечовий суглоб вгору. При цьому відчуваємо скорочення м'язів шиї і напруження м'язів в зоні лопаток. Допмагаємо плечовому суглобу підніматися, відштовхуючись від підлоги правим ліктем. Ліва сторона відпочиває. Комбінуємо підйом плечового суглоба із поворотом голови вправо. На вдосі розслабляємося, голову повертаємо в центральне положення.

4. Комбінуємо підйом правого плечового суглоба і лівої частини таза. Правий плечовий суглоб починає зближуватися із лівою тазовою кісткою. При цьому важливо відчути напруження і розслаблення прямого м'яза живота. Для цього можна використати ліву руку.

5. Кладемо праву руку під голову, ліву долоню залишаємо під пупком. На вдосі перекочуємо таз на куприк, на вдосі притискаємо поперек до підлоги

і починаємо піднімати голову, супроводжуючи її правою рукою, так, щоби відчуті напругу під долонею, відчуті напругу прямого м'яза живота. Повторюємо кілька разів. При цьому намагаємося не напружувати м'язи плечового поясу і шию. Для порівняння робимо кілька повторень, піднімаючи голову за допомогою м'язів шиї і грудної клітини. При цьому відчуваємо, що прямий м'яз живота залишається повністю розслабленим.

Робимо ще один варіант підняття голови за допомогою руки. Намагаємося повністю звільнити від напруги м'язи шиї, прямий м'яз живота, і піднімати голову тільки рукою. Детально пропрацюємо всі 3 варіанти руху. Відчуваємо себе в кожному з цих варіантів. Намагаємося використовувати вільну ліву руку для того, щоб оцінювати стан м'язів під час підняття голови.

Робимо акцент на притискання попереку до підлоги на видосі, тільки після цього піднімаємо голову.

Відпочиваємо.

6. Повертаємося в базову позу, ноги згинаємо в колінах, руки кладемо вздовж тіла. Починаємо тягтися вгору лівим плечовим суглобом. Поступово додаємо до підняття плечового суглоба поворот голови. Акцент робимо на відчуттях в шиї, лопатках, надпліччях, в зоні між лопатками.

7. Після кількох повторень починаємо зближувати лівий плечовий суглоб і праву частину таза. На вдосі перекочуємо таз на куприк, робимо прогин у попереку, на видосі притискаємо таз до підлоги і зближуємо лівий плечовий суглоб і праву тазову кістку.

Кладемо під голову ліву руку, ноги згинаємо в колінах. Правою рукою обхоплюємо праве коліно. На вдосі робимо перекочування таза і віддаляємо коліно від грудної клітини, на видосі коліно наближаємо до грудної клітини і лівий лікоть спрямовуємо до коліна, піднімаючи голову. Тобто піднімаємо голову і намагаємося лівим ліктем дотягтися до правого коліна. Відчуваємо напруження прямого м'яза живота.

Після кількох повторень відпочиваємо.

8. Кладемо праву руку навколо голови, по можливості прямо. Відчуваємо лінію від пальчиків правої руки, через грудну клітину й живіт до лівого коліна. На вдосі починаємо тягтися правою рукою, а ліве коліно нахилити в лівий бік. Праве коліно фіксуємо, щоб воно не рухалося. При цьому відчуваємо збільшення простору і розтягнення прямого м'яза живота. Повторюємо цю техніку з лівою рукою і правим коліном.

## **Практикум «Опора на себе через тіло»**

### **Заняття 11. 19.03.2025**

Кількість учасниць: 10.

Хід заняття

- Анонс заняття. Робота з боковими м'язами тулуба.
- Стандартне озвучення базових правил виконання вправ.

Принципи: не нашкодь собі, принцип максимального розслаблення, акцент на тренуванні нервової системи та нервових зв'язків.

### **Практична частина**

1. Розміщуємося на килимках. Скануємо тіло.

Відчуваємо і масажуємо зону між нижніми ребрами й тазом. Відчуваємо бокові м'язи тулуба, порівнюємо правий і лівий бік.

2. Робимо базове перекочування таза на куприк.

3. Перекочуємося на правий бік. Кладемо під голову складений в кілька разів рушник або скручуємо в кілька разів край килимка. Розміщуємо голову на подушці так, щоб максимально розслабити м'язи шиї. Праву руку витягуємо перед собою долонею вгору, ліву руку кладемо на неї долоня до долоні. Ноги згинаємо в колінах під кутом 90 °. Спочатку рухаємо лівим плечовим суглобом, то витягуючись за рукою вперед і віддаляючи лопатку від хребта, то заводячи лопатку і плечовий суглоб за лінію хребта, при цьому лопатка наближується до хребта. Робимо кілька повторень.

4. Кладемо ліву руку на бокову лінію тіла. Рухаємо плечовим суглобом: на вдосі тягнемо лопатку і плечовий суглоб вниз, до тазостегнового суглоба, на видосі наближаємо плечовий суглоб до голови. Робимо особливий акцент на плавності руху, пропоную учасницям вільну праву руку покласти на лівий плечовий суглоб, щоб супроводжувати його рух. Відстежуємо особливості руху і контролю суглоба.

Кладемо ліву долоню на тазостегновий суглоб або на лівий бік, лікоть при цьому дивиться в стелю. Намагаємося організувати рух так, щоб зближувати тазостегновий і плечовий суглоби по лівій стороні. Відчуваємо

при цьому рукою, як рухається тазостегновий суглоб, як скорочуються м'язи по боковій лінії тіла.

5. Залишаємо руку на тазостегновому суглобі, лікоть можна опустити. Перевіряємо позу, щоб ноги були зігнуті в колінах під кутом  $90^\circ$ . Із цієї позиції починаємо піднімати вгору ліву ногу так, щоби ліва стопа подивилася на стелю, але коліна і стегна при цьому залишаються разом, не розводимо їх. Відчуваємо долонею лівої руки, що під час цього руху відбувається в тазостегновому суглобі.

6. Обхоплюємо голову лівою рукою і повільно піднімаємо її на видосі. Повторюємо кілька разів.

7. Комбінуємо підняття голови і лівої стопи. Спочатку робимо глибокий вдих, наче збільшуючи відстань між грудною кліткою і тазом, а на видосі піднімаємо голову і ліву стопу.

8. Перекочуємося на спину, відпочиваємо. Фіксуємо зміни в тілі. Фіксуємо відмінності в лівій і правій стороні тіла. Після відпочинку перекочуємося на лівий бік і робимо аналогічні вправи для іншої сторони тіла.

9. Відпочиваємо, поклавши лоб на долоні, погляд при цьому спрямовуємо в підлогу. Розводимо лікті так, щоб покласти пальці на пальці і дати можливість ліктями підніматися — рух метелика. Починаємо повільно піднімати обидва лікті так, наче вони хочуть подивитися на стелю. Спостерігаємо, що при цьому відбувається в лопатках. Спостерігаємо за тим, як лопатки зближуються, а також за тим, що відбувається в надпліччях і шиї. Після кількох повторень розслабляємося в тій самій позі.

10. Знову лягаємо на правий бік у ту саму позу, кладемо під голову складений в кілька разів рушник або скручуємо в кілька разів край килимка. Розміщуємо голову на подушці так, щоб максимально розслабити м'язи шиї. Праву руку витягуємо перед собою долонею вгору, ліву руку кладемо на неї долоня до долоні. Ноги згинаємо в колінах під кутом  $90^\circ$ .

Починаємо тягтися лівим коліном вперед, ліве стегно плавно ковзає по правому.

Далі на вдосі тягнемося лівим стегном назад, відводимо назад ліву лопатку, на видосі тягнемося лівим коліном і лівою рукою вперед.

11. Відпочиваємо на спині, заглиблюємося руками в бокові м'язи, робимо самомасаж.

12. Повертаємося на лівий бік, повторюємо техніки для іншої сторони.

Поступово завершуємо заняття.

## **Практикум «Опора на себе через тіло»**

### **Заняття 12. 23.03.2025**

Кількість учасниць: 12.

Хід заняття

- Анонс заняття. Робота з хребтом, легке скручування і подовження м'язів.

- Стандартне озвучення базових правил виконання вправ. Принципи: не нашкодь собі, принцип максимального розслаблення, акцент на тренуванні нервової системи та нервових зв'язків.

### **Практична частина**

1. Розміщуємося на килимках. Скануємо тіло.

2. Починаємо перекочувати голову вправо і вліво. Відчуваємо, в який бік головою рухати приємніше.

Спостерігаємо, де рух голови відчувається в ділянках хребта. Відчуваємо, що наш хребет — це цілісна система, і рух голови впливає на положення усіх хребців, хай навіть мінімально.

До повороту голови додаємо притискання лопатки: на вдосі притискаємо ліву лопатку - голова вправо, на видосі повертаємося в центральне положення і розслабляємося, на вдосі притискаємо праву лопатку - голова вліво.

Знову акцент робимо на максимальному розслабленні під час видиху.

Відчуваємо легке напруження і розтягнення м'язів по лінії від голови до шиї і плечового суглоба.

3. До повороту голови і притискання лопатки додаємо витягування руки до п'яточки. Руки кладемо ближче до корпусу, долоні розвертаємо вгору. Притискаємо праву лопатку, робимо глибокий вдих, повертаємо голову вліво, а правою рукою тягнемося до п'яточки. На видосі розслабляємося, повертаємо голову в центральне положення, лопатку і руку відпускаємо, поперек притискаємо до підлоги.

Притискаємо ліву лопатку, робимо глибокий вдих, повертаємо голову вправо, а лівою рукою тягнемося до п'яточки. На видосі розслабляємося, повертаємо голову в центральне положення, лопатку і руку відпускаємо, поперек притискаємо до підлоги.

Після кількох повторень додаємо нахил колін.

*Важливо поступово додавати кожен новий рух у техніку, щоб на виході учасниці змогли відчувати скрутку вздовж всього хребта і максимально отримати задоволення від руху в цій техніці.*

4. Відпочиваємо, спостерігаємо за змінами в тілі, за змінами в диханні.

5. Вправа «трикутник»: рухи руками-трикутником. Руки випрямляємо перед собою на рівні грудної клітини, долоні склеюємо разом, лікті прямі, рухаємо руками вправо і вліво з мінімальною амплітудою 10—15 см і відчуваємо, що при цьому відбувається в просторі між лопатками та як змінюється навантаження на внутрішній і зовнішній край лопатки під час цього руху. Потім додаємо до цього руху перекочування голови в протилежний бік, праворуч і ліворуч

6. На завершення обіймаємо себе, схрещуючи руки на грудях, намагаючись дотягтися долонями до лопаток і відчувати їх, при цьому максимально розширюємо простір між лопатками і організуємо вдих так, щоб максимально розширювалася грудна клітина по задній поверхні.

## ДОДАТОК Б

### Описовий аналіз учасниць експериментального дослідження

#### Descriptives

Descriptives

	вік	досвід_релакс_терапії
N	18-25	5
	46-55	8
	36-45	25
	66+	5
	26-35	8
	56-65	3

#### Frequencies

Frequencies of досвід\_релакс\_терапії

досвід_релакс_терапії	вік	Counts	% of Total	Cumulative %
так	18-25	1	1.9 %	1.9 %
	46-55	7	13.0 %	14.8 %
	36-45	13	24.1 %	38.9 %
	66+	5	9.3 %	48.1 %
	26-35	1	1.9 %	50.0 %
	56-65	0	0.0 %	50.0 %
ні	18-25	4	7.4 %	57.4 %
	46-55	1	1.9 %	59.3 %
	36-45	12	22.2 %	81.5 %
	66+	0	0.0 %	81.5 %
	26-35	7	13.0 %	94.4 %
	56-65	3	5.6 %	100.0 %

## Descriptives

### Descriptives

	місце_проживання	досвід_релакс_терапії
N	місто_до_мільйона	16
	місто_більше_мільйона	29
	село	2
	за_кордоном	3
	сmt	4

## Frequencies

### Frequencies of досвід\_релакс\_терапії

досвід_релакс_терапії	місце_проживання	Counts	% of Total	Cumulative %
так	місто_до_мільйона	7	13.0 %	13.0 %
	місто_більше_мільйона	16	29.6 %	42.6 %
	село	2	3.7 %	46.3 %
	за_кордоном	2	3.7 %	50.0 %
	сmt	0	0.0 %	50.0 %
ні	місто_до_мільйона	9	16.7 %	66.7 %
	місто_більше_мільйона	13	24.1 %	90.7 %
	село	0	0.0 %	90.7 %
	за_кордоном	1	1.9 %	92.6 %
	сmt	4	7.4 %	100.0 %

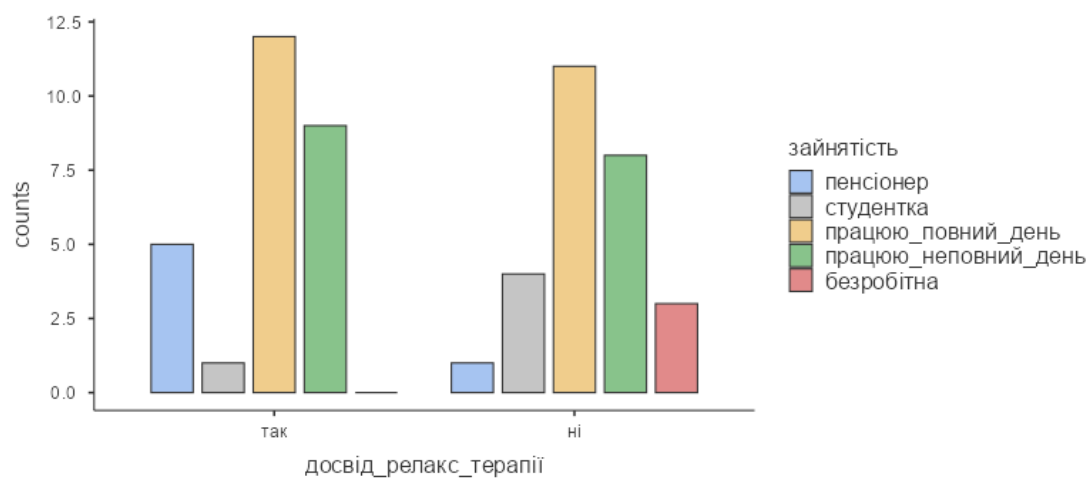
## Frequencies

Frequencies of досвід\_релакс\_терапії

досвід_релакс_терапії	зайнятість	Counts	% of Total	Cumulative %
так	пенсіонер	5	9.3 %	9.3 %
	студентка	1	1.9 %	11.1 %
	працюю_повний_день	12	22.2 %	33.3 %
	працюю_неповний_день	9	16.7 %	50.0 %
	безробітна	0	0.0 %	50.0 %
ні	пенсіонер	1	1.9 %	51.9 %
	студентка	4	7.4 %	59.3 %
	працюю_повний_день	11	20.4 %	79.6 %
	працюю_неповний_день	8	14.8 %	94.4 %
	безробітна	3	5.6 %	100.0 %

## Plots

досвід\_релакс\_терапії

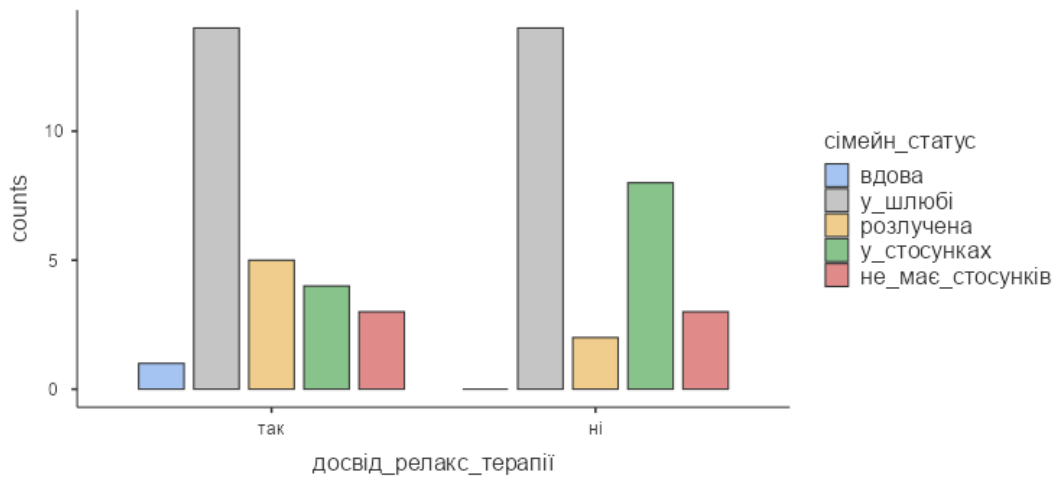


Frequencies of досвід\_релакс\_терапії

досвід_релакс_терапії	сімейн_статус	Counts	% of Total	Cumulative %
так	вдова	1	1.9 %	1.9 %
	у_шлюбі	14	25.9 %	27.8 %
	розлучена	5	9.3 %	37.0 %
	у_стосунках	4	7.4 %	44.4 %
	не_має_стосунків	3	5.6 %	50.0 %
ні	вдова	0	0.0 %	50.0 %
	у_шлюбі	14	25.9 %	75.9 %
	розлучена	2	3.7 %	79.6 %
	у_стосунках	8	14.8 %	94.4 %
	не_має_стосунків	3	5.6 %	100.0 %

## Plots

досвід\_релакс\_терапії



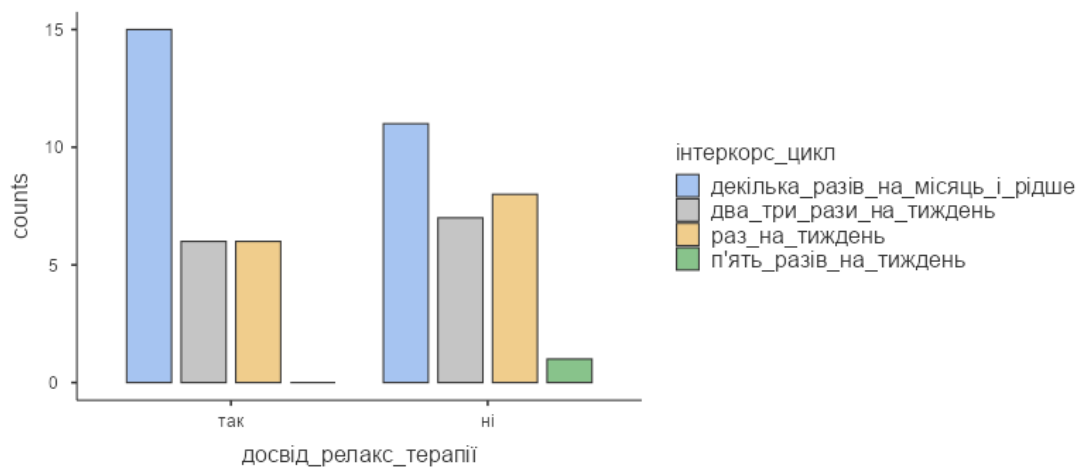
## Frequencies

Frequencies of досвід\_релакс\_терапії

досвід_релакс_терапії	інтеркорс_цикл	Counts	% of Total	Cumulative %
так	декілька_разів_на_місяць_і_рідше	15	27.8 %	27.8 %
	два_три_рази_на_тиждень	6	11.1 %	38.9 %
	раз_на_тиждень	6	11.1 %	50.0 %
	п'ять_разів_на_тиждень	0	0.0 %	50.0 %
ні	декілька_разів_на_місяць_і_рідше	11	20.4 %	70.4 %
	два_три_рази_на_тиждень	7	13.0 %	83.3 %
	раз_на_тиждень	8	14.8 %	98.1 %
	п'ять_разів_на_тиждень	1	1.9 %	100.0 %

## Plots

досвід\_релакс\_терапії



## Frequencies

Frequencies of досвід\_релакс\_терапії

досвід_релакс_терапії	діти	неповнолітні_діти	Counts	% of Total	Cumulative %
так	3	ні	0	0.0 %	0.0 %
		так	0	0.0 %	0.0 %
	2	ні	2	3.7 %	3.7 %
		так	4	7.4 %	11.1 %
	1	ні	7	13.0 %	24.1 %
		так	2	3.7 %	27.8 %
	0	ні	12	22.2 %	50.0 %
		так	0	0.0 %	50.0 %
ні	3	ні	0	0.0 %	50.0 %
		так	2	3.7 %	53.7 %
	2	ні	2	3.7 %	57.4 %
		так	5	9.3 %	66.7 %
	1	ні	0	0.0 %	66.7 %
		так	7	13.0 %	79.6 %
	0	ні	11	20.4 %	100.0 %
		так	0	0.0 %	100.0 %

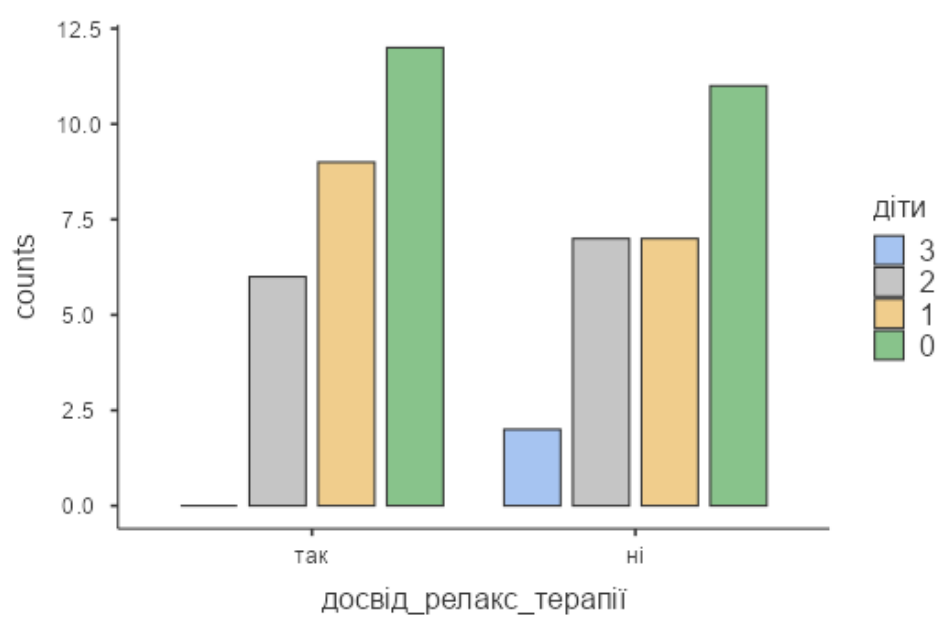
## Frequencies

Frequencies of досвід\_релакс\_терапії

досвід_релакс_терапії	діти	Counts	% of Total	Cumulative %
так	3	0	0.0%	0.0%
	2	6	11.1%	11.1%
	1	9	16.7%	27.8%
	0	12	22.2%	50.0%
ні	3	2	3.7%	53.7%
	2	7	13.0%	66.7%
	1	7	13.0%	79.6%
	0	11	20.4%	100.0%

## Plots

досвід\_релакс\_терапії



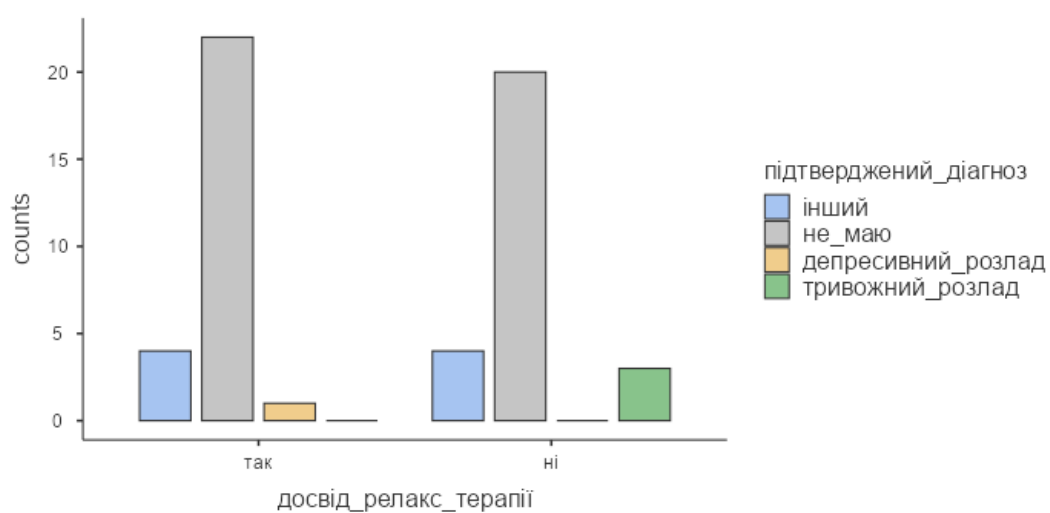
## Frequencies

Frequencies of досвід\_релакс\_терапії

досвід_релакс_терапії	підтверджений_діагноз	Counts	% of Total	Cumulative %
так	інший	4	7.4 %	7.4 %
	не_маю	22	40.7 %	48.1 %
	депресивний_розлад	1	1.9 %	50.0 %
	тривожний_розлад	0	0.0 %	50.0 %
ні	інший	4	7.4 %	57.4 %
	не_маю	20	37.0 %	94.4 %
	депресивний_розлад	0	0.0 %	94.4 %
	тривожний_розлад	3	5.6 %	100.0 %

## Plots

досвід\_релакс\_терапії



## ДОДАТОК В

Графіки Q-Q для даних усіх шкал 4FDSQ учасниць без досвіду та з досвідом релакстерапії. Експериментальне дослідження

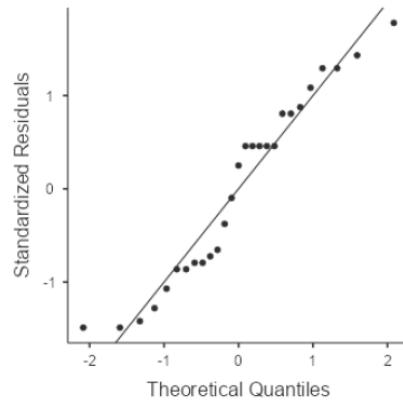


Рис. 2.4. Сумарна шкала 4FDSQ учасниць без досвіду релакстерапії

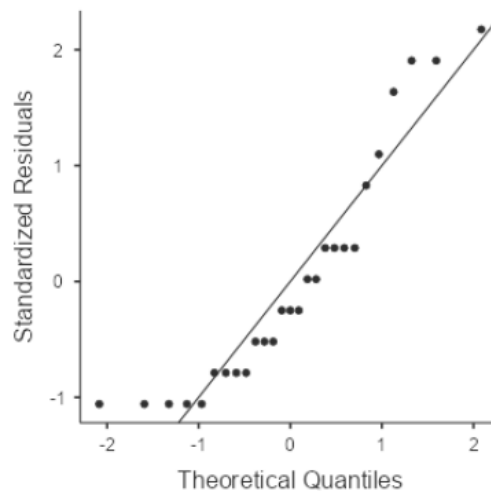
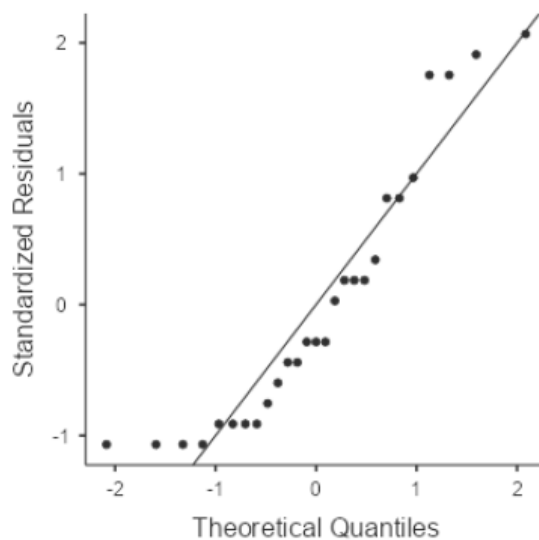
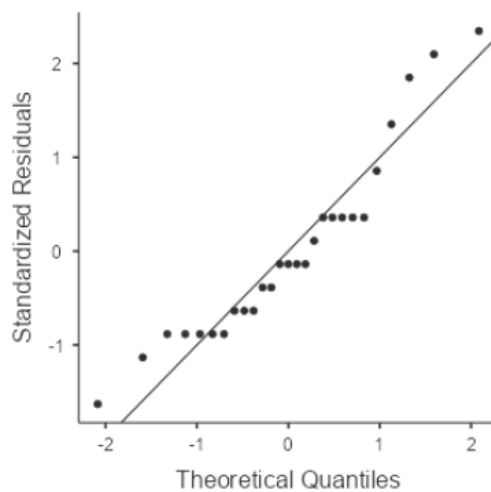


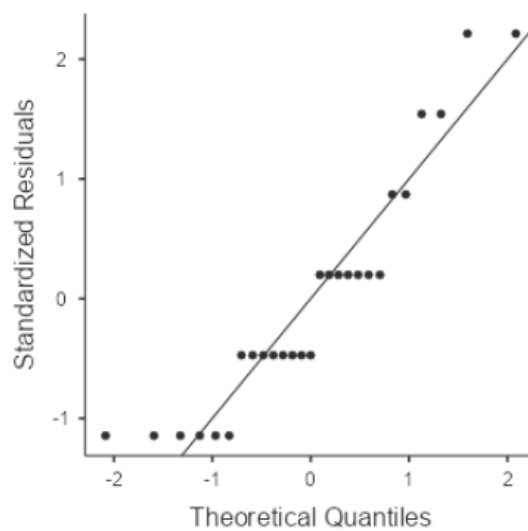
Рис. 2.5. Соматизація учасниць без досвіду



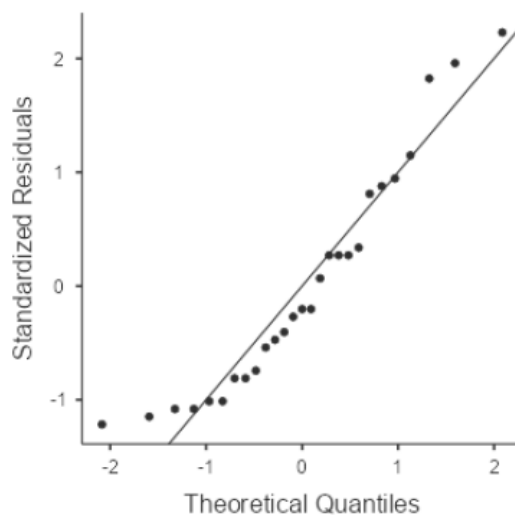
*Рис. 2.6.* Дистрес учасниць без досвіду



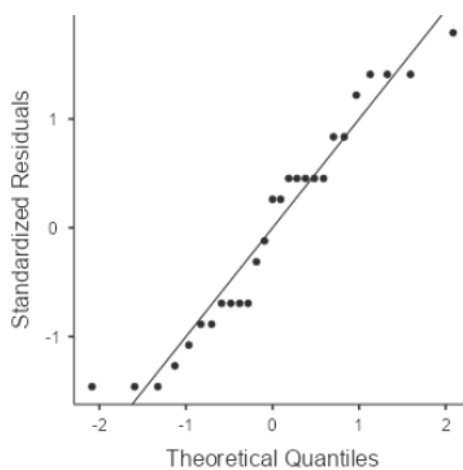
*Рис. 2.7.* Тривожність учасниць без досвіду



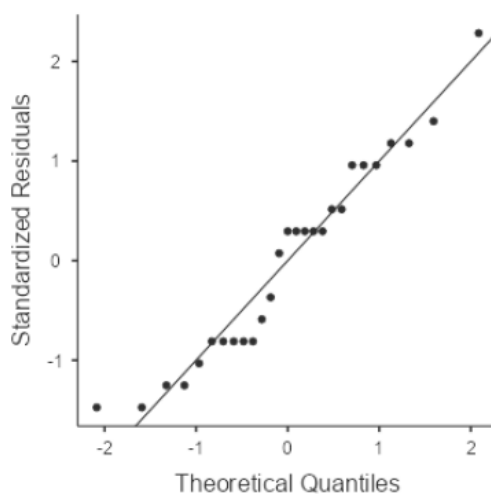
*Рис. 2.8.* Депресивність учасниць без досвіду



*Рис. 2.9.* Сумарна шкала 4FDSQ учасниць із досвідом релакстерапії



*Рис. 2.10.* Соматизація учасниць із досвідом



*Рис. 2.11.* Дистрес учасниць із досвідом

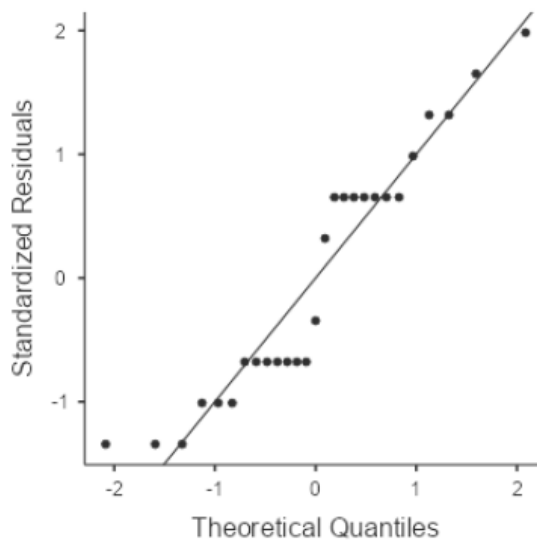


Рис. 2.12. Тривожність учасниць із досвідом

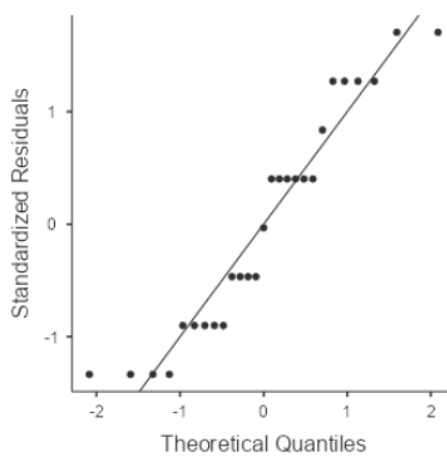
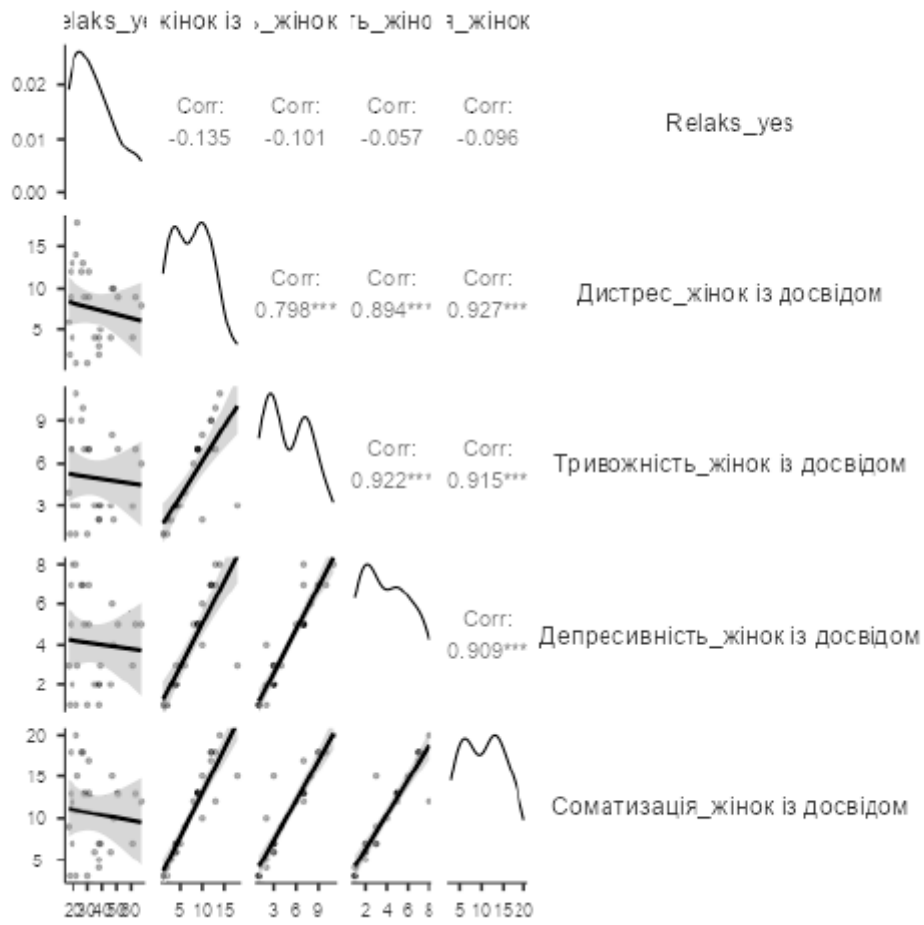


Рис. 2.13. Депресивність учасниць із досвідом

Графік щільності значень по опитувальнику 4FDSQ



## ДОДАТОК Г

## Матриця Mann-Whitney, 4FDSQ

## Results

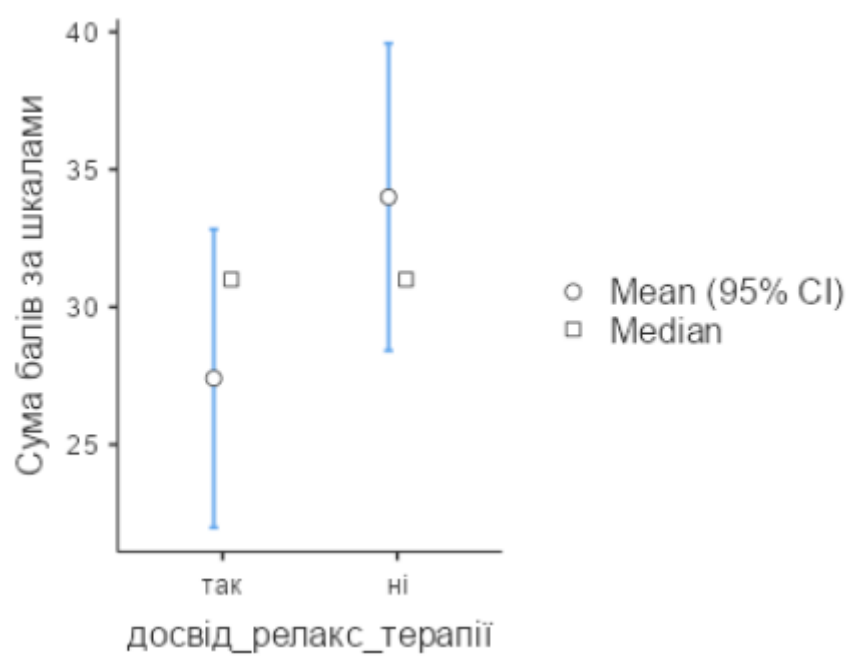
## Independent Samples T-Test

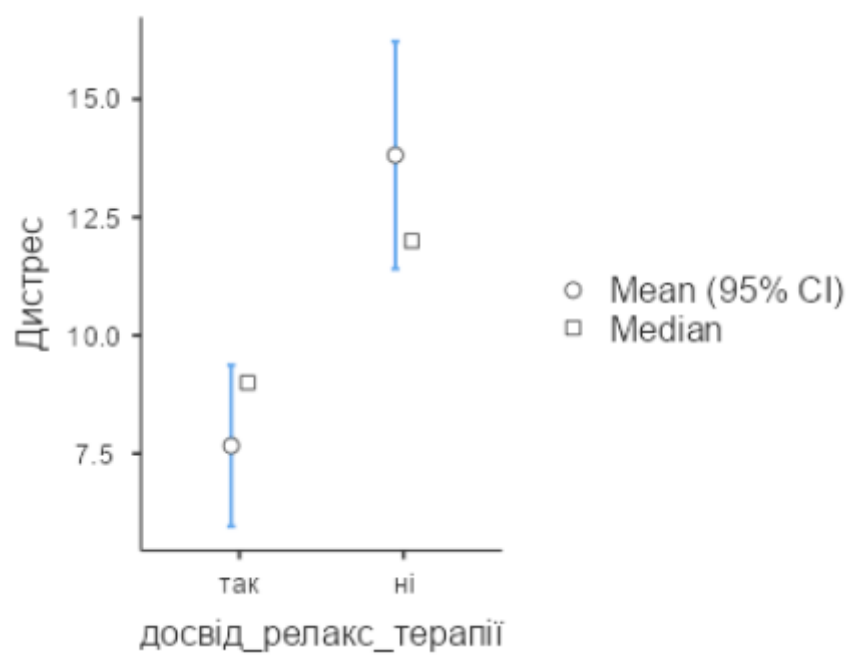
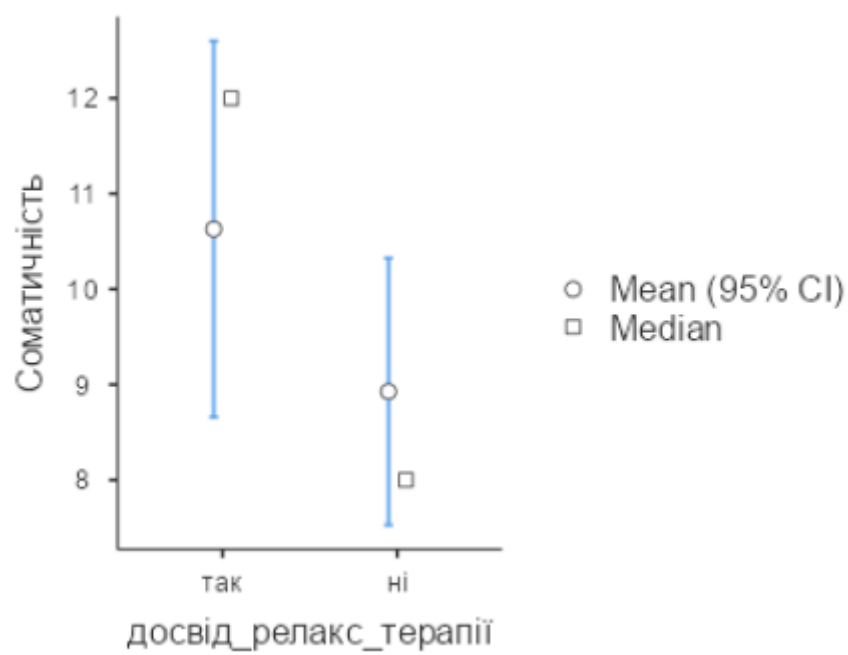
		Statistic	p		Effect Size
Independent Samples T-Test					
Сума балів за шкалами	Mann-Whitney U	278	0.134	Rank biserial correlation	0.239
Соматичність	Mann-Whitney U	299	0.255	Rank biserial correlation	-0.181
Дистрес	Mann-Whitney U	174	<.001	Rank biserial correlation	0.524
Anxiety	Mann-Whitney U	184	0.002	Rank biserial correlation	0.495
Депресивність	Mann-Whitney U	243	0.033	Rank biserial correlation	-0.333

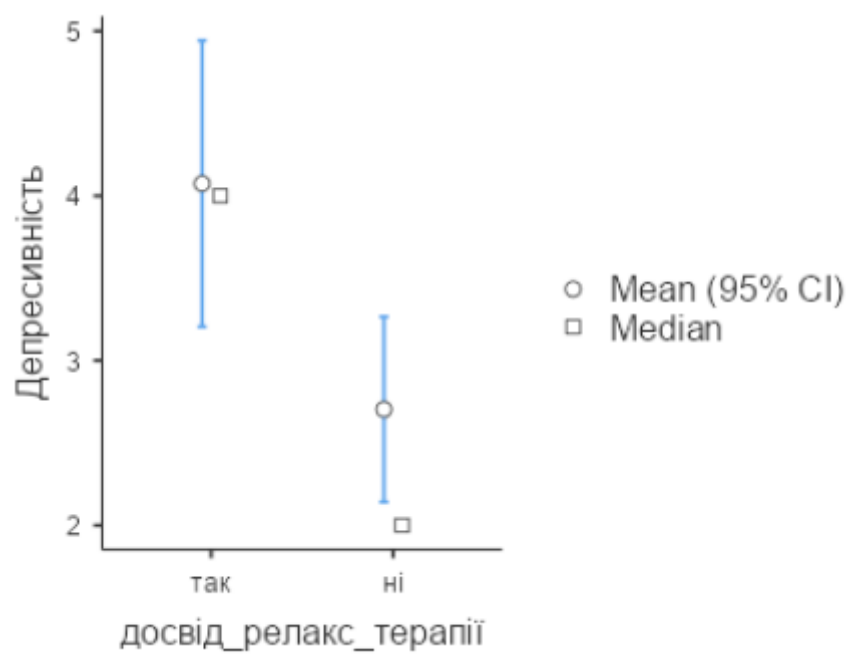
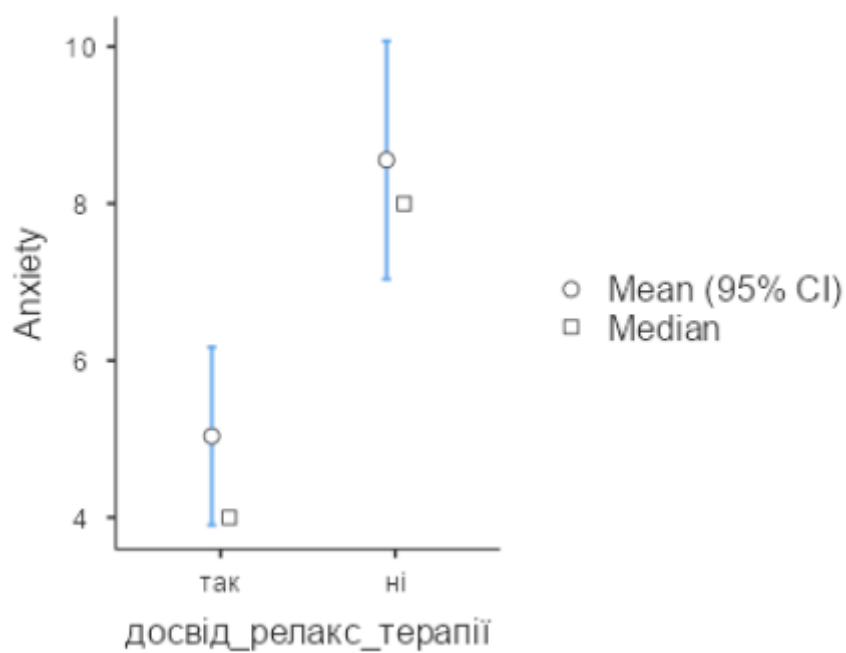
Note.  $H_a: \mu_{\text{так}} \neq \mu_{\text{ні}}$

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
Group Descriptives						
Сума балів за шкалами	так	27	27.41	31.00	14.38	2.767
	ні	27	34.00	31.00	14.80	2.849
Соматичність	так	27	10.63	12.00	5.23	1.006
	ні	27	8.93	8.00	3.71	0.714
Дистрес	так	27	7.67	9.00	4.52	0.871
	ні	27	13.81	12.00	6.38	1.228
Anxiety	так	27	5.04	4.00	3.01	0.579
	ні	27	8.56	8.00	4.02	0.774
Депресивність	так	27	4.07	4.00	2.30	0.443
	ні	27	2.70	2.00	1.49	0.287

Графіки медіан сумарних значень, соматичності, дистресу, тривожності та депресивності відповідно до порядку:







## ДОДАТОК Д

## Кореляційна матриця Спірмена, МАІА-2

## Correlation Matrix

Correlation Matrix

		MAIA-2	MAIA1	MAIA2	MAIA3	MAIA4	MAIA5	MAIA6	MAIA7	MAIA8
MAIA-2	Pearson's r	—								
	df	—								
	p-value	—								
MAIA1	Pearson's r	0.559***	—							
	df	52	—							
	p-value	< .001	—							
MAIA2	Pearson's r	0.317*	0.139	—						
	df	52	52	—						
	p-value	0.020	0.316	—						
MAIA3	Pearson's r	0.353**	-0.021	0.108	—					
	df	52	52	52	—					
	p-value	0.009	0.878	0.436	—					
MAIA4	Pearson's r	0.405**	0.194	-0.192	0.036	—				
	df	52	52	52	52	—				
	p-value	0.002	0.160	0.164	0.794	—				
MAIA5	Pearson's r	0.140	0.009	-0.041	-0.015	-0.054	—			
	df	52	52	52	52	52	—			
	p-value	0.311	0.947	0.770	0.912	0.700	—			
MAIA6	Pearson's r	0.320*	-0.053	-0.004	-0.107	-0.063	-0.039	—		
	df	52	52	52	52	52	52	—		
	p-value	0.018	0.702	0.979	0.441	0.653	0.782	—		
MAIA7	Pearson's r	0.511***	0.236	-0.083	-0.003	0.195	-0.041	0.188	—	
	df	52	52	52	52	52	52	52	—	
	p-value	< .001	0.085	0.549	0.985	0.158	0.768	0.173	—	
MAIA8	Pearson's r	0.414**	0.261	0.000	0.028	0.020	-0.266	0.059	0.086	—
	df	52	52	52	52	52	52	52	52	—
	p-value	0.002	0.057	0.997	0.840	0.887	0.052	0.674	0.535	—

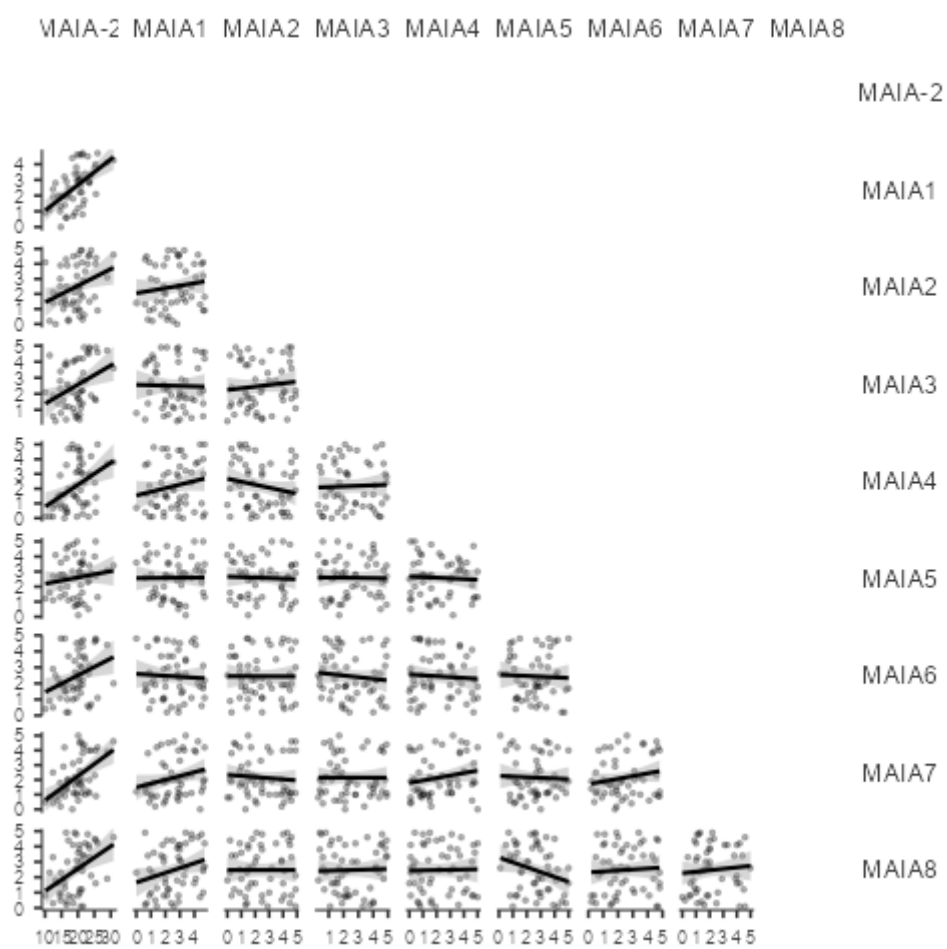
Note. \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

		MAIA_yes_exp	MAIA_no_exp
Correlation Matrix			
<b>MAIA_yes_exp</b>	<b>Spearman's rho</b>	—	
	<b>df</b>	—	
	<b>p-value</b>	—	
<b>MAIA_no_exp</b>	<b>Spearman's rho</b>	-0.111	—
	<b>df</b>	25	—
	<b>p-value</b>	0.580	—

Note. \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

Графік щільності значень по опитувальнику MAIA-2

### Plot



## ДОДАТОК Е

## Mann-Whitney, MAIA-2

## Independent Samples T-Test

		Statistic	p	Effect Size
Independent Samples T-Test				
<b>MAIA-2</b>	<b>Mann-Whitney U</b>	306	0.311	Rank biserial correlation 0.1619
<b>MAIA1</b>	<b>Mann-Whitney U</b>	323	0.478	Rank biserial correlation 0.1139
<b>MAIA2</b>	<b>Mann-Whitney U</b>	283	0.161	Rank biserial correlation -0.2236
<b>MAIA3</b>	<b>Mann-Whitney U</b>	325	0.500	Rank biserial correlation -0.1084
<b>MAIA4</b>	<b>Mann-Whitney U</b>	315	0.391	Rank biserial correlation 0.1372
<b>MAIA5</b>	<b>Mann-Whitney U</b>	327	0.516	Rank biserial correlation 0.1043
<b>MAIA6</b>	<b>Mann-Whitney U</b>	304	0.295	Rank biserial correlation 0.1674
<b>MAIA7</b>	<b>Mann-Whitney U</b>	337	0.634	Rank biserial correlation 0.0768
<b>MAIA8</b>	<b>Mann-Whitney U</b>	360	0.938	Rank biserial correlation 0.0137

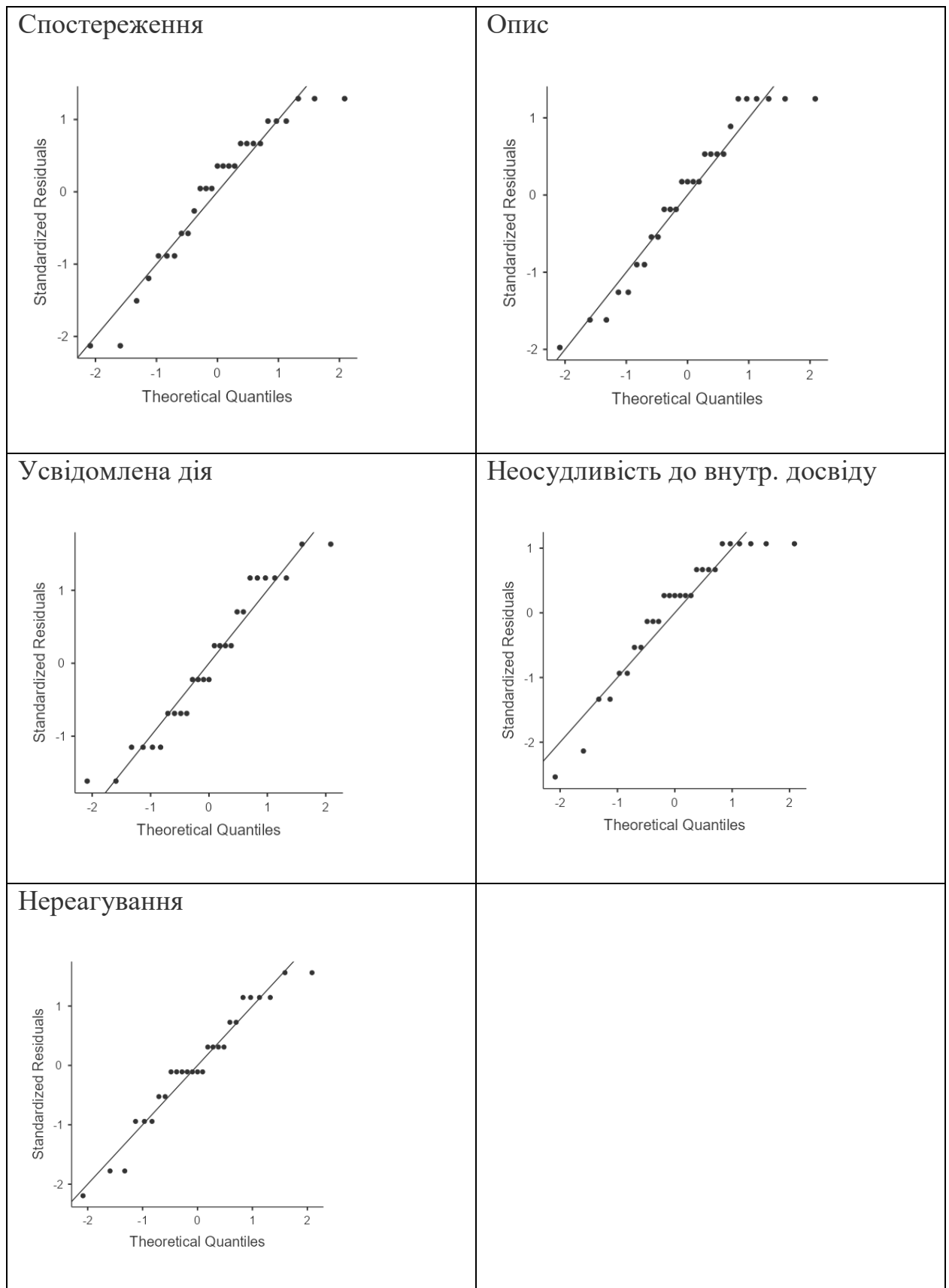
Note.  $H_0: \mu_{\text{так}} = \mu_{\text{ні}}$

## Групові змінні:

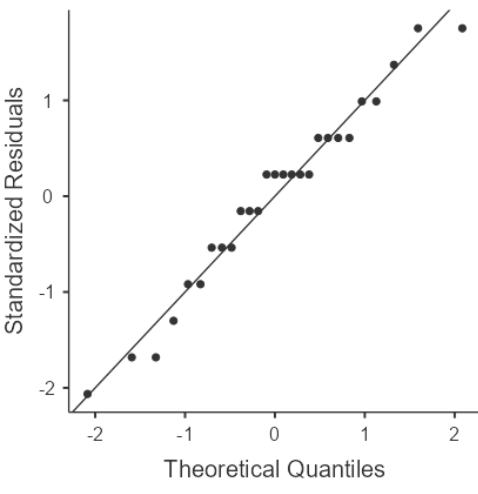
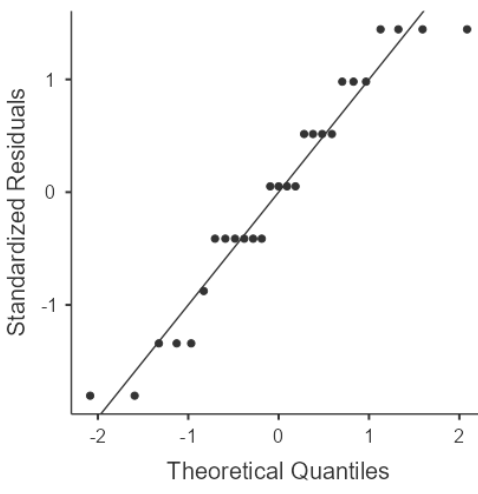
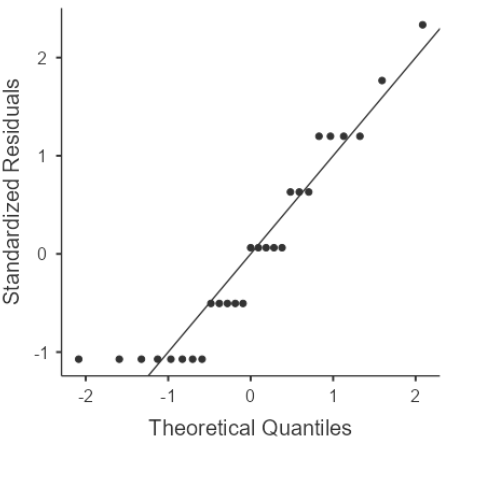
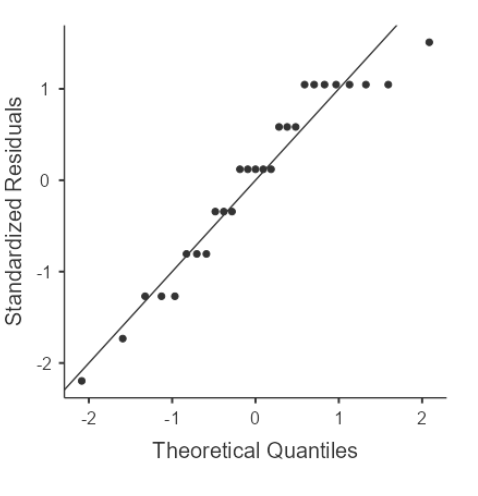
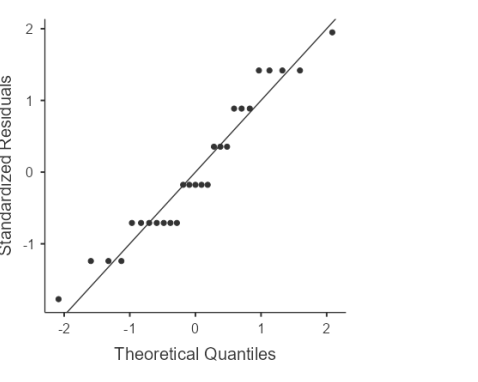
Group	N	Mean	Median	SD	SE	
Group Descriptives						
<b>MAIA-2</b>	так	27	18.94	19.00	4.54	0.873
	ні	27	19.82	20.60	4.12	0.793
<b>MAIA1</b>	так	27	2.43	2.60	1.02	0.197
	ні	27	2.73	2.80	1.47	0.283
<b>MAIA2</b>	так	27	2.76	2.50	1.43	0.275
	ні	27	2.20	1.80	1.57	0.302
<b>MAIA3</b>	так	27	2.62	2.40	1.41	0.271
	ні	27	2.38	2.10	1.53	0.295
<b>MAIA4</b>	так	27	1.93	1.60	1.26	0.243
	ні	27	2.42	2.40	1.86	0.359
<b>MAIA5</b>	так	27	2.50	2.60	1.35	0.259
	ні	27	2.66	2.80	1.23	0.237
<b>MAIA6</b>	так	27	2.22	2.00	1.42	0.273
	ні	27	2.66	2.20	1.40	0.269
<b>MAIA7</b>	так	27	2.01	1.80	1.34	0.258
	ні	27	2.30	1.90	1.44	0.277
<b>MAIA8</b>	так	27	2.46	2.60	1.74	0.335
	ні	27	2.47	2.30	1.30	0.250

## ДОДАТОК Ж

Значення графіків Q-Q для шкал короткого п'ятифакторного опитувальника майндфулнес (на вибірці жінок із досвідом релакстерапії)

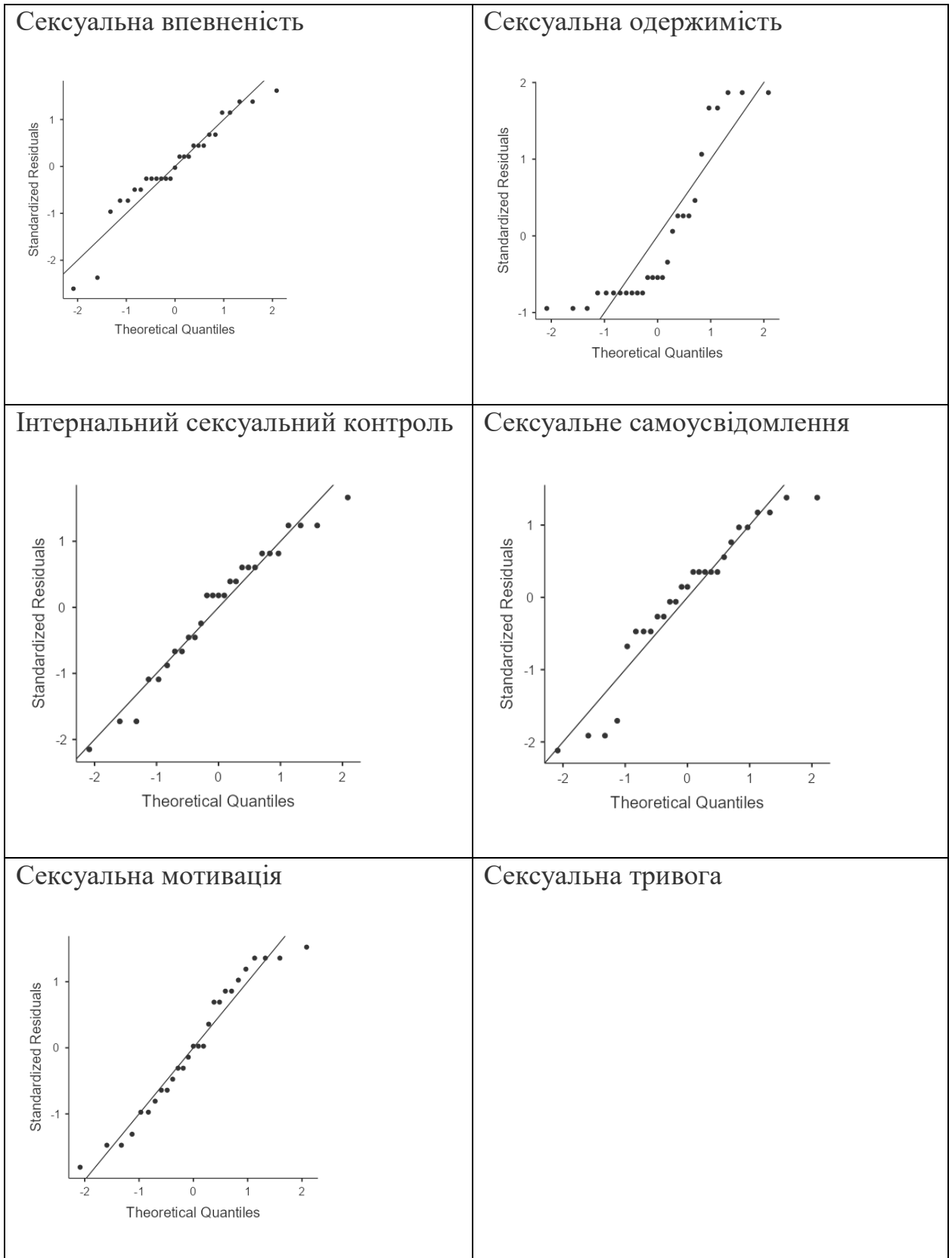


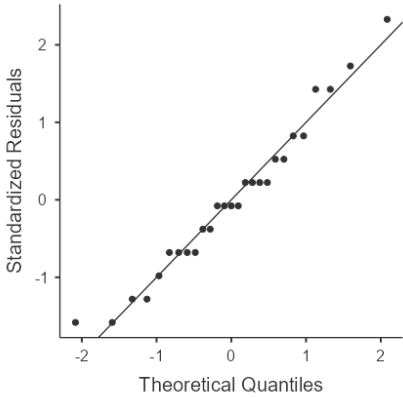
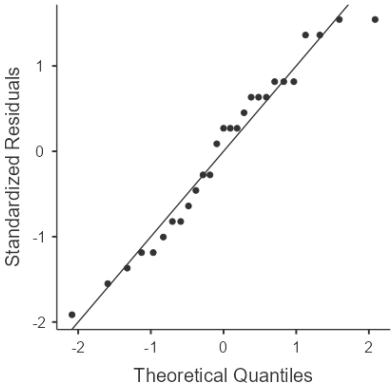
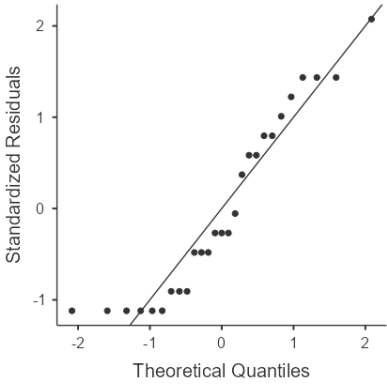
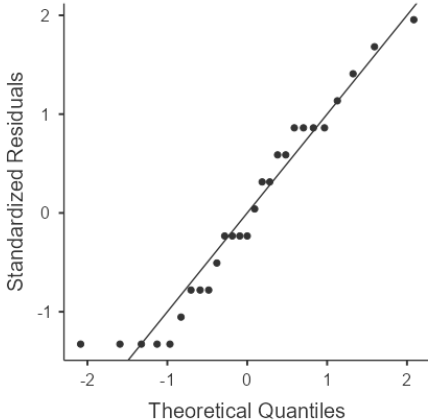
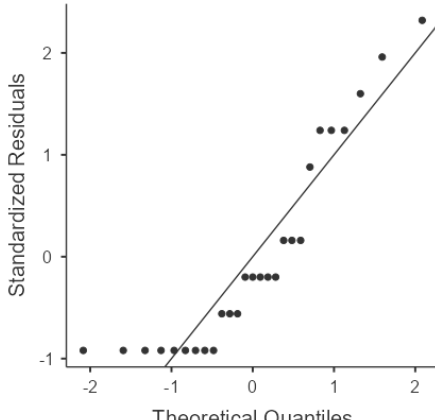
Значення графіків Q-Q для шкал короткого п'ятифакторного опитувальника  
 майндфулнес (на вибірці жінок без досвіду релакстерапії)

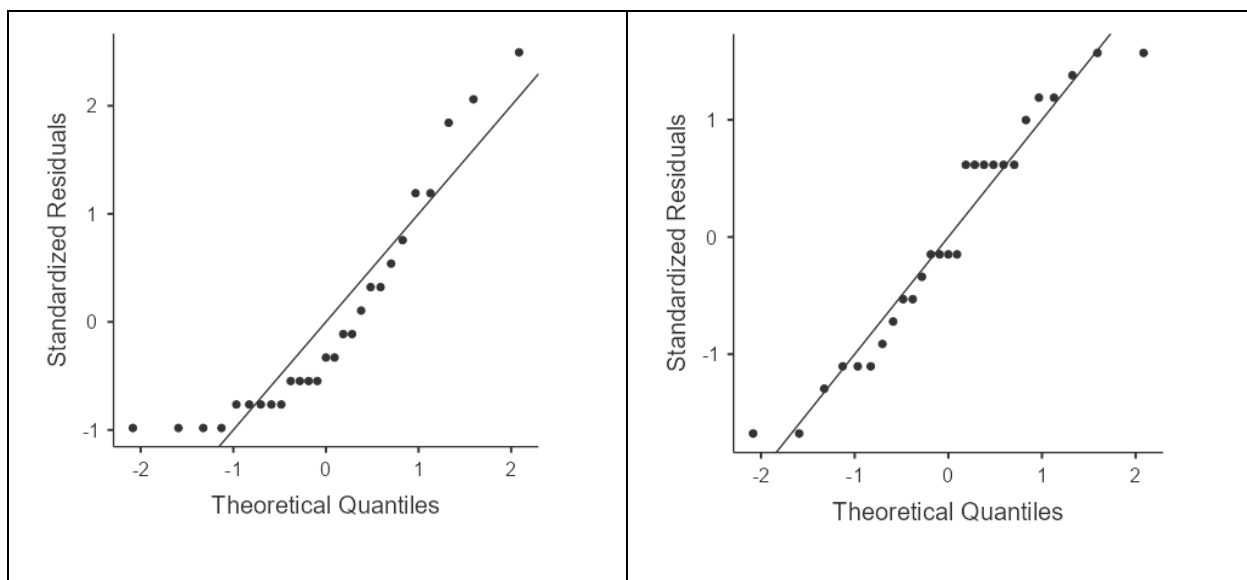
<p><b>Спостереження</b></p> 	<p><b>Опис</b></p> 
<p><b>Усвідомлена дія</b></p> 	<p><b>Неосудливість до внутр. досвіду</b></p> 
<p><b>Нереагування</b></p> 	Empty cell

## ДОДАТОК 3

Значення графіків Q\_Q для шкал багатовимірного опитувальника сексуальності В. Снелла (MSQ) (на вибірці жінок із досвідом релакстерапії)

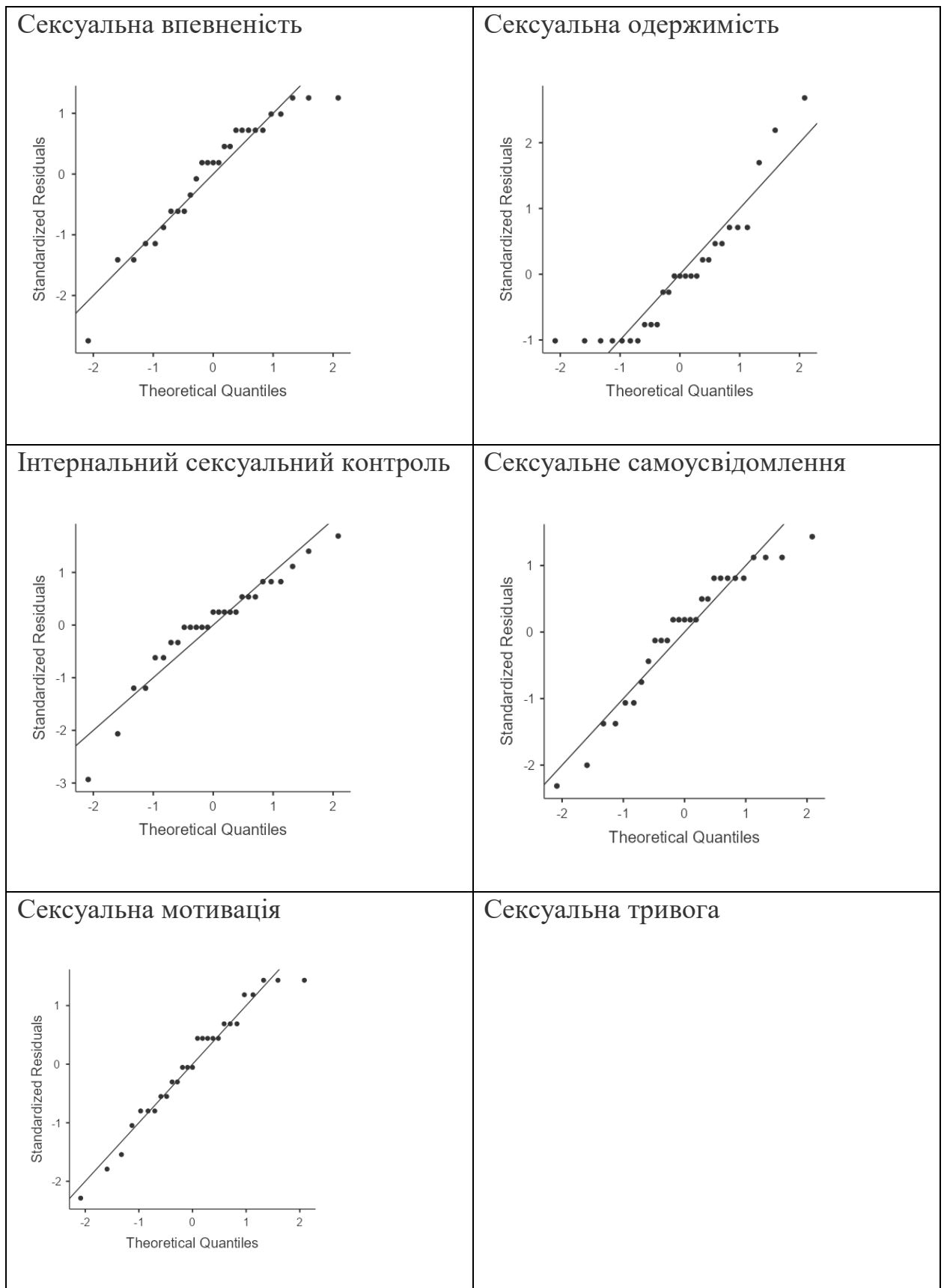


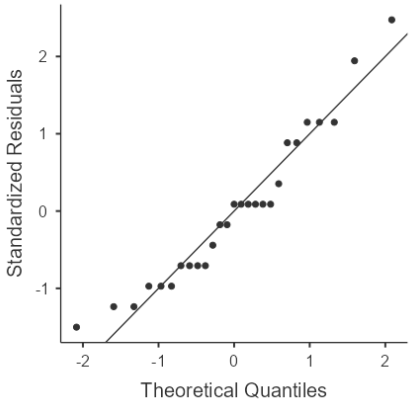
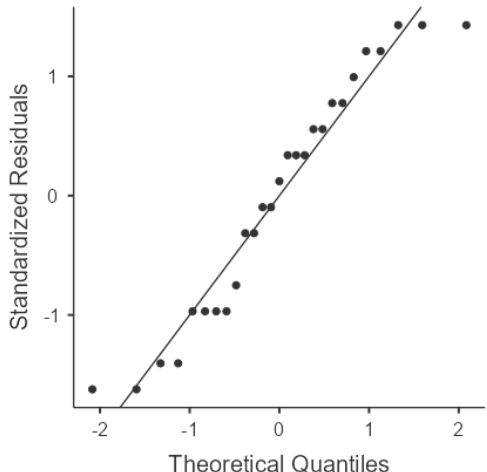
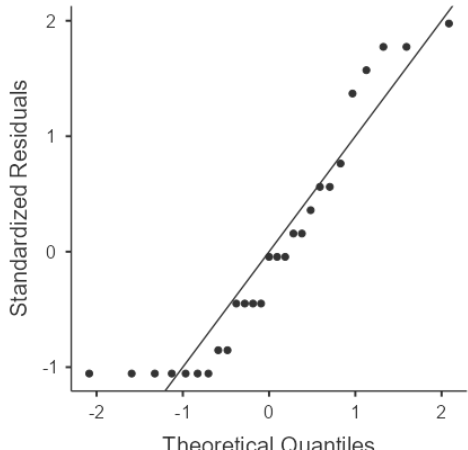
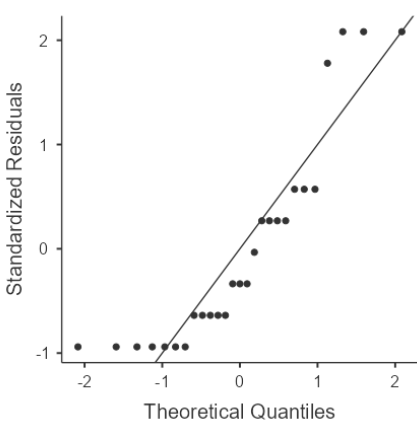
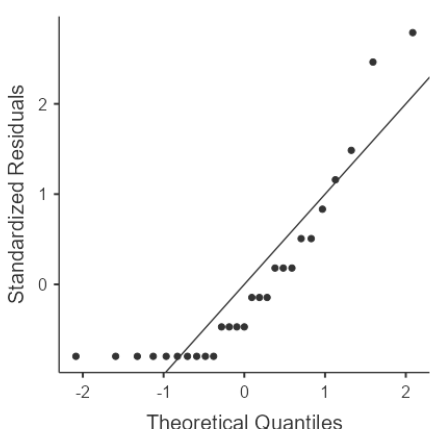
	 <p>A Q-Q plot with 'Standardized Residuals' on the y-axis and 'Theoretical Quantiles' on the x-axis, both ranging from -2 to 2. The data points closely follow a diagonal reference line, indicating a normal distribution.</p>
<p>Сексуальна асертивність</p>  <p>A Q-Q plot for 'Сексуальна асертивність' with 'Standardized Residuals' on the y-axis and 'Theoretical Quantiles' on the x-axis, both ranging from -2 to 2. The points follow the diagonal line well, suggesting normality.</p>	<p>Сексуальна депресія</p>  <p>A Q-Q plot for 'Сексуальна депресія' with 'Standardized Residuals' on the y-axis and 'Theoretical Quantiles' on the x-axis, both ranging from -2 to 2. The points follow the diagonal line, indicating a normal distribution.</p>
<p>Екстернальний секс. контроль</p>  <p>A Q-Q plot for 'Екстернальний секс. контроль' with 'Standardized Residuals' on the y-axis and 'Theoretical Quantiles' on the x-axis, both ranging from -2 to 2. The points follow the diagonal line, indicating a normal distribution.</p>	<p>Сексуальний моніторинг</p>  <p>A Q-Q plot for 'Сексуальний моніторинг' with 'Standardized Residuals' on the y-axis and 'Theoretical Quantiles' on the x-axis, both ranging from -2 to 2. The points follow the diagonal line, indicating a normal distribution.</p>
<p>Страх сексуальних стосунків</p>	<p>Сексуальне задоволення</p>

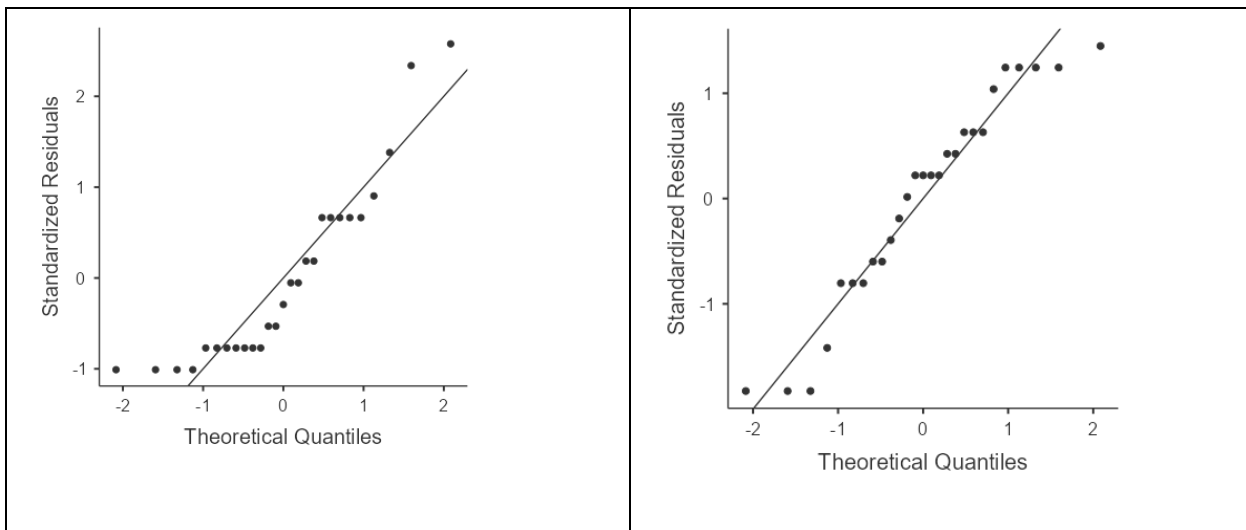


## ДОДАТОК И

Значення графіків Q-Q для шкала шкал багатовимірнього опитувальника сексуальності В. Снелла (MSQ) (на вибірці жінок без досвіду релакстерапії)



	
<p>Сексуальна асертивність</p> 	<p>Сексуальна депресія</p> 
<p>Екстернальний секс. контроль</p> 	<p>Сексуальний моніторинг</p> 
<p>Страх сексуальних стосунків</p>	<p>Сексуальне задоволення</p>



## ДОДАТОК К

Результати кореляційного аналізу шкал багатовимірного опитувальника сексуальності В. Снелла (MSQ) (на вибірці жінок із досвідом релаксерапії)

		Сексуальна впевненість	Сексуальна одержимість	Інтернальний сексуальний контроль	Сексуальне самоусвідомлення	Сексуальна мотивація	Сексуальна тривога	Сексуальна асертивність	Сексуальна депресія	Екстернальний сексуальний контроль	Сексуальний моніторинг	Страх сексуальних стосунків	Сексуальне задоволення
Сексуальна впевненість	Spearman's rho	—											
	df	—											
	p-value	—											
Сексуальна одержимість	Spearman's rho	0.704	—										
	df	25	—										
	p-value	<.001	—										
Інтернальний сексуальний контроль	Spearman's rho	0.660	0.515	—									
	df	25	25	—									
	p-value	<.001	0.006	—									
Сексуальне самоусвідомлення	Spearman's rho	0.707	0.445	0.768	—								
	df	25	25	25	—								
	p-value	<.001	0.020	<.001	—								
Сексуальна мотивація	Spearman's rho	0.612	0.611	0.737	0.796	—							
	df	25	25	25	25	—							
	p-value	<.001	<.001	<.001	<.001	—							
Сексуальна тривога	Spearman's rho	0.165	0.410	0.212	0.143	0.358	—						
	df	25	25	25	25	25	—						

	p-value	0.410	0.034	0.289	0.477	0.066	—						
Сексуальна асертивність	Spearman's rho	0.765	0.427	0.685	0.820	0.571	-0.095	—					
	df	25	25	25	25	25	25	—					
	p-value	<.001	0.026	<.001	<.001	0.002	0.638	—					
Сексуальна депресія	Spearman's rho	-0.689	-0.269	-0.403	-0.591	-0.421	0.245	-0.814	—				
	df	25	25	25	25	25	25	25	—				
	p-value	<.001	0.175	0.037	0.001	0.029	0.219	<.001	—				
Екстернальний сексуальний контроль	Spearman's rho	-0.325	-0.095	-0.037	-0.137	-0.108	0.109	-0.363	0.644	—			
	df	25	25	25	25	25	25	25	25	—			
	p-value	0.098	0.638	0.854	0.494	0.592	0.588	0.062	<.001	—			
Сексуальний моніторинг	Spearman's rho	-0.190	0.137	0.076	-0.133	-0.073	0.174	-0.147	0.363	0.426	—		
	df	25	25	25	25	25	25	25	25	25	—		
	p-value	0.342	0.496	0.706	0.509	0.718	0.384	0.463	0.063	0.027	—		
Страх сексуальних стосунків	Spearman's rho	-0.629	-0.294	-0.604	-0.725	-0.548	-0.074	-0.759	0.597	0.329	0.159	—	
	df	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	—	
	p-value	<.001	0.136	<.001	<.001	0.003	0.715	<.001	0.001	0.094	0.428	—	
Сексуальне задоволення	Spearman's rho	0.662	0.359	0.350	0.464	0.437	0.060	0.666	-0.861	-0.500	-0.231	-0.550	—
	df	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	—
	p-value	<.001	0.066	0.073	0.015	0.023	0.767	<.001	<.001	0.008	0.246	0.003	—

## ДОДАТОК Л

Результати кореляційного аналізу шкал багатовимірного опитувальника сексуальності В. Снелла (MSQ) (на вибірці жінок без досвіду релакстерапії)

		Сексуальна впевненість	Сексуальна одержимість	Інтернальний сексуальний контроль	Сексуальне самоусвідомлення	Сексуальна мотивація	Сексуальна тривога	Сексуальна асертивність	Сексуальна депресія	Екстернальний сексуальний контроль	Сексуальний моніторинг	Страх сексуальних стосунків	Сексуальне задоволення
Сексуальна впевненість	Spearman's rho	—											
	df	—											
	p-value	—											
Сексуальна одержимість	Spearman's rho	0.503	—										
	df	25	—										
	p-value	0.008	—										
Інтернальний сексуальний контроль	Spearman's rho	0.377	0.474	—									
	df	25	25	—									
	p-value	0.053	0.013	—									
Сексуальне самоусвідомлення	Spearman's rho	0.517	0.471	0.565	—								
	df	25	25	25	—								
	p-value	0.006	0.013	0.002	—								
Сексуальна мотивація	Spearman's rho	0.550	0.570	0.541	0.679	—							
	df	25	25	25	25	—							
	p-value	0.003	0.002	0.004	<.001	—							
Сексуальна тривога	Spearman's rho	-0.399	0.246	-0.007	-0.042	0.112	—						

	df	25	25	25	25	25	—						
	p-value	0.039	0.217	0.971	0.837	0.579	—						
Сексуальна асертивність	Spearman's rho	0.782	0.319	0.327	0.577	0.462	-0.539	—					
	df	25	25	25	25	25	25	—					
	p-value	<.001	0.104	0.096	0.002	0.015	0.004	—					
Сексуальна депресія	Spearman's rho	-0.624	-0.112	-0.362	-0.450	-0.388	0.608	-0.745	—				
	df	25	25	25	25	25	25	25	—				
	p-value	<.001	0.578	0.064	0.018	0.046	<.001	<.001	—				
Екстернальний сексуальний контроль	Spearman's rho	-0.460	-0.041	-0.364	-0.287	-0.269	0.302	-0.488	0.677	—			
	df	25	25	25	25	25	25	25	25	—			
	p-value	0.016	0.838	0.062	0.147	0.175	0.126	0.010	<.001	—			
Сексуальний моніторинг	Spearman's rho	-0.161	0.338	0.146	0.028	0.072	0.553	-0.274	0.371	0.346	—		
	df	25	25	25	25	25	25	25	25	25	—		
	p-value	0.423	0.085	0.466	0.888	0.723	0.003	0.167	0.056	0.077	—		
Страх сексуальних стосунків	Spearman's rho	-0.736	-0.532	-0.400	-0.485	-0.637	0.281	-0.748	0.633	0.477	0.138	—	
	df	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	—	
	p-value	<.001	0.004	0.039	0.010	<.001	0.156	<.001	<.001	0.012	0.493	—	
Сексуальне задоволення	Spearman's rho	0.654	0.188	0.315	0.508	0.531	-0.550	0.700	-0.786	-0.442	-0.300	-0.531	—
	df	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	—
	p-value	<.001	0.348	0.110	0.007	0.004	0.003	<.001	<.001	0.021	0.128	0.004	—

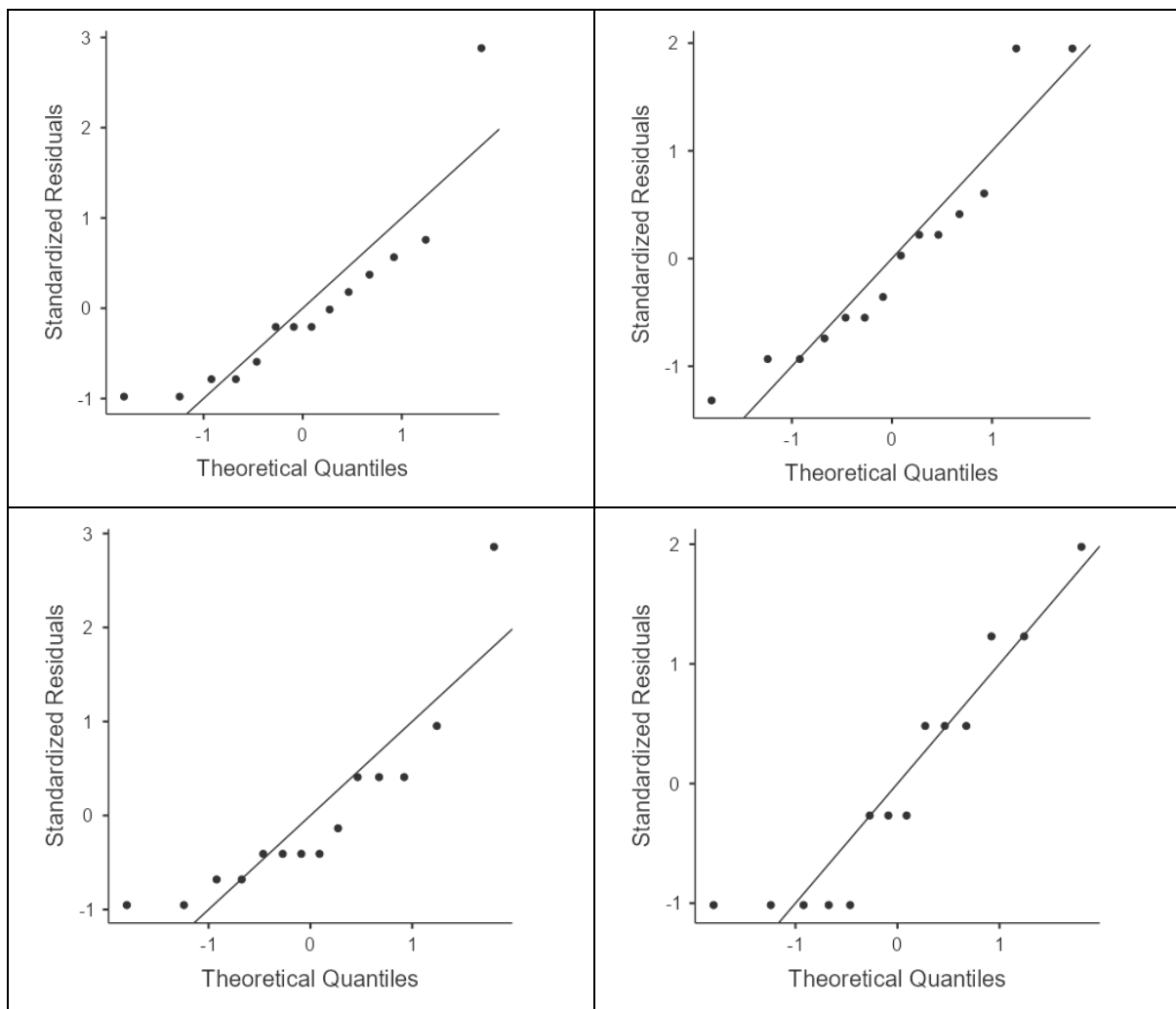
## ДОДАТОК М

### Результати перевірки нормальності емпіричних розподілів отриманих на етапі після проведення курсу релакс-терапії

#### I. Шкали чотиривимірного опитувальника симптомів (4DSQ)

Descriptives

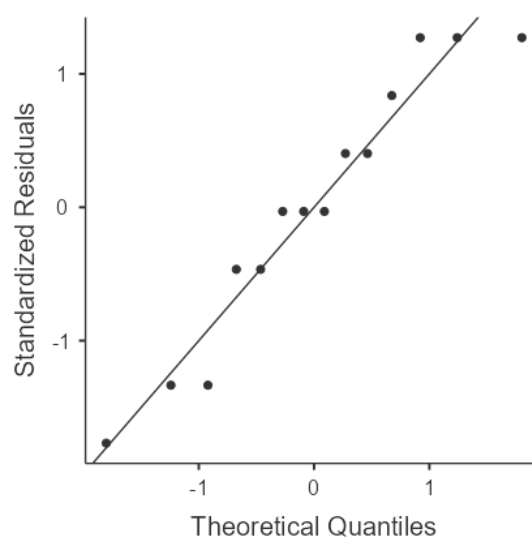
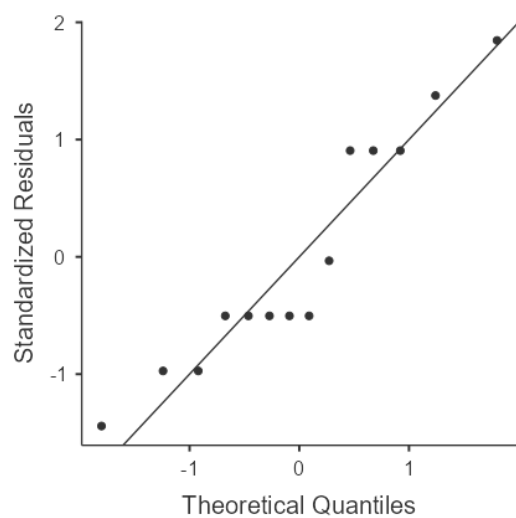
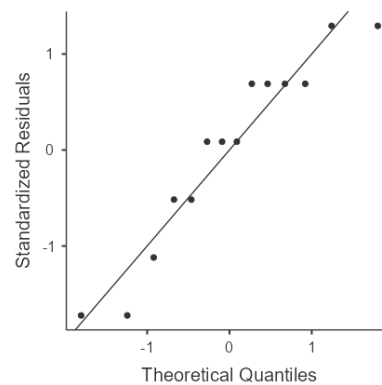
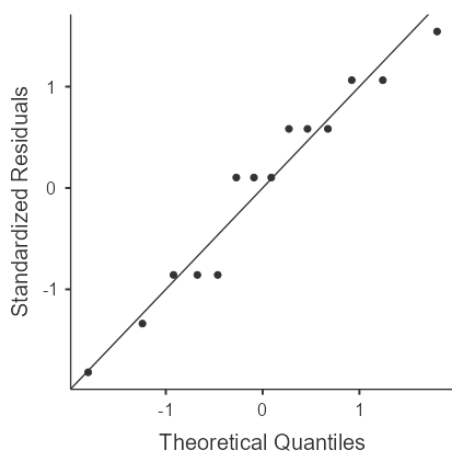
	N	Missing	Shapiro-Wilk	
			W	p
Соматизація_після	14	0	0.815	0.008
Дистрес_після	14	0	0.900	0.112
Тривога_після	14	0	0.797	0.005
Депресія_після	14	0	0.878	0.054

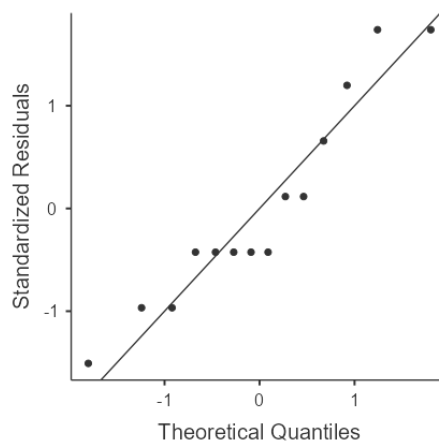


## II. Шкали п'ятифакторного опитувальника майндфулнес (ПОМ-15)

### Descriptives

	N	Missing	Shapiro-Wilk	
			W	p
Спостереження_після	14	0	0.947	0.509
Опис_після	14	0	0.911	0.162
Усвідомлена дія_після	14	0	0.905	0.134
Неосудливість до внутрішнього досвіду_після	14	0	0.929	0.297
Нереагування_після	14	0	0.909	0.153

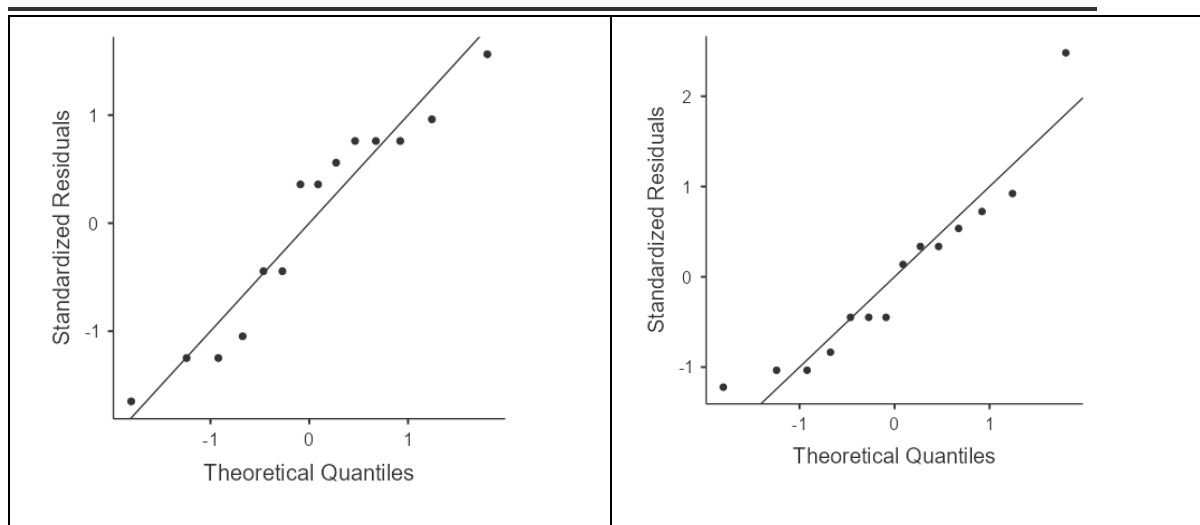


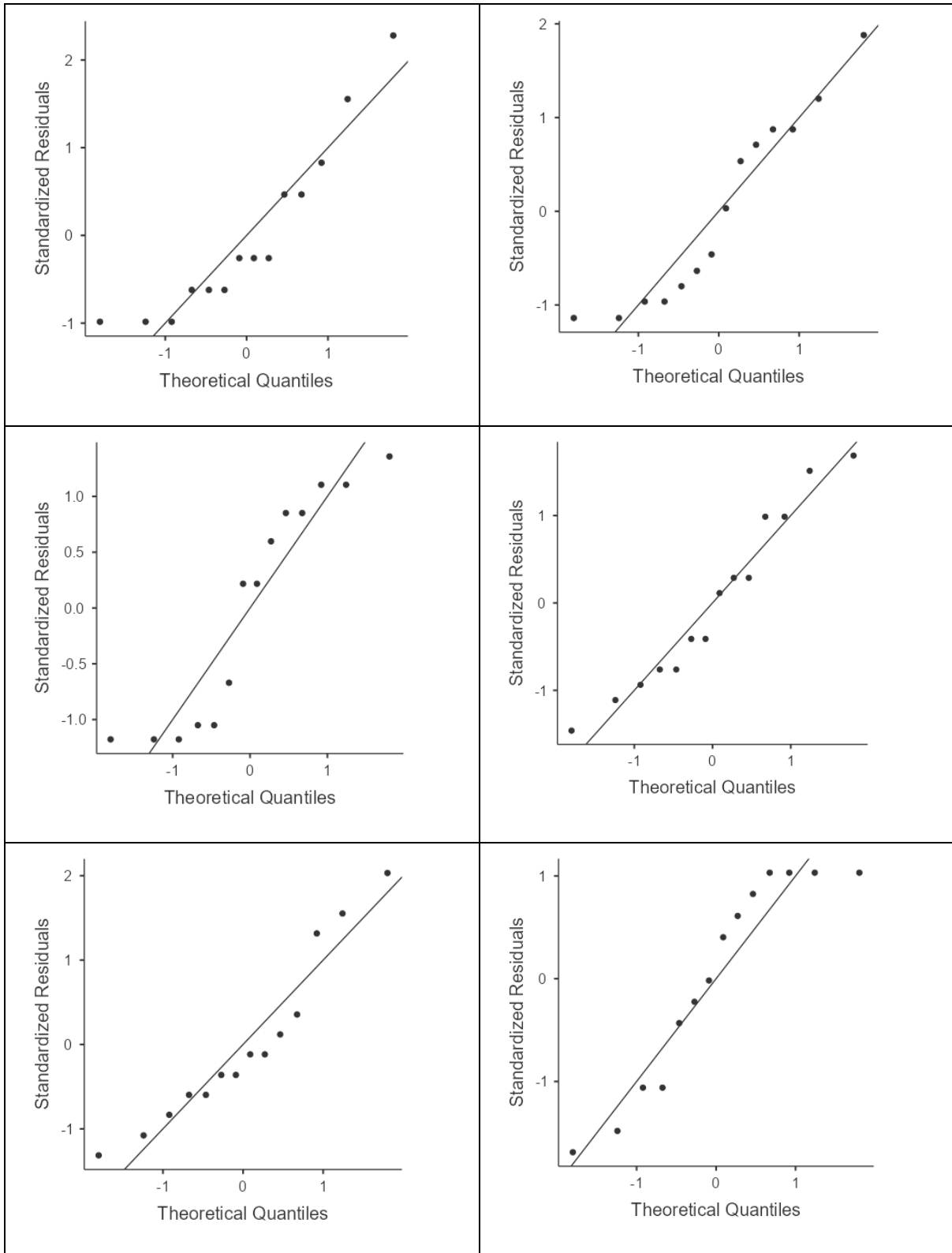


### III. Шкали методики багатовимірної оцінки інтероцептивного усвідомлення (MAIA-2)

#### Descriptives

	N	Missing	Shapiro-Wilk	
			W	p
Здатність помічати_після	14	0	0.922	0.235
Здатність не відволікатись_після	14	0	0.911	0.165
Здатність не турбуватися_після	14	0	0.868	0.039
Здатність регулювати увагу_після	14	0	0.904	0.131
Здатність до усвідомлення емоцій_після	14	0	0.848	0.021
Здатність до саморегуляції_після	14	0	0.945	0.483
Здатність прислухатися до тіла_після	14	0	0.912	0.167
Здатність довіряти_після	14	0	0.879	0.056

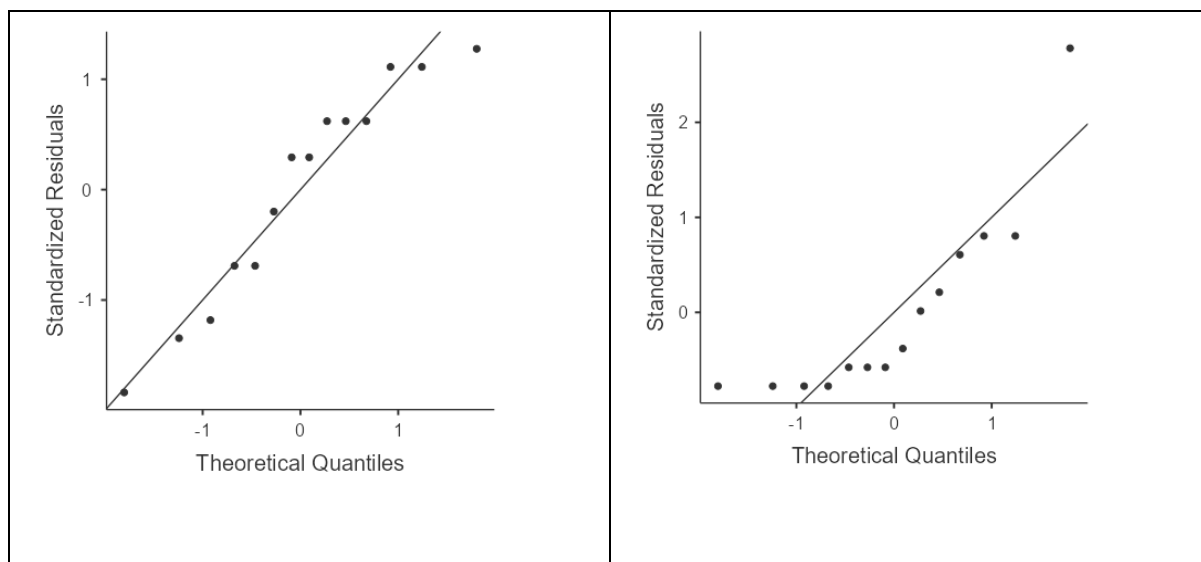


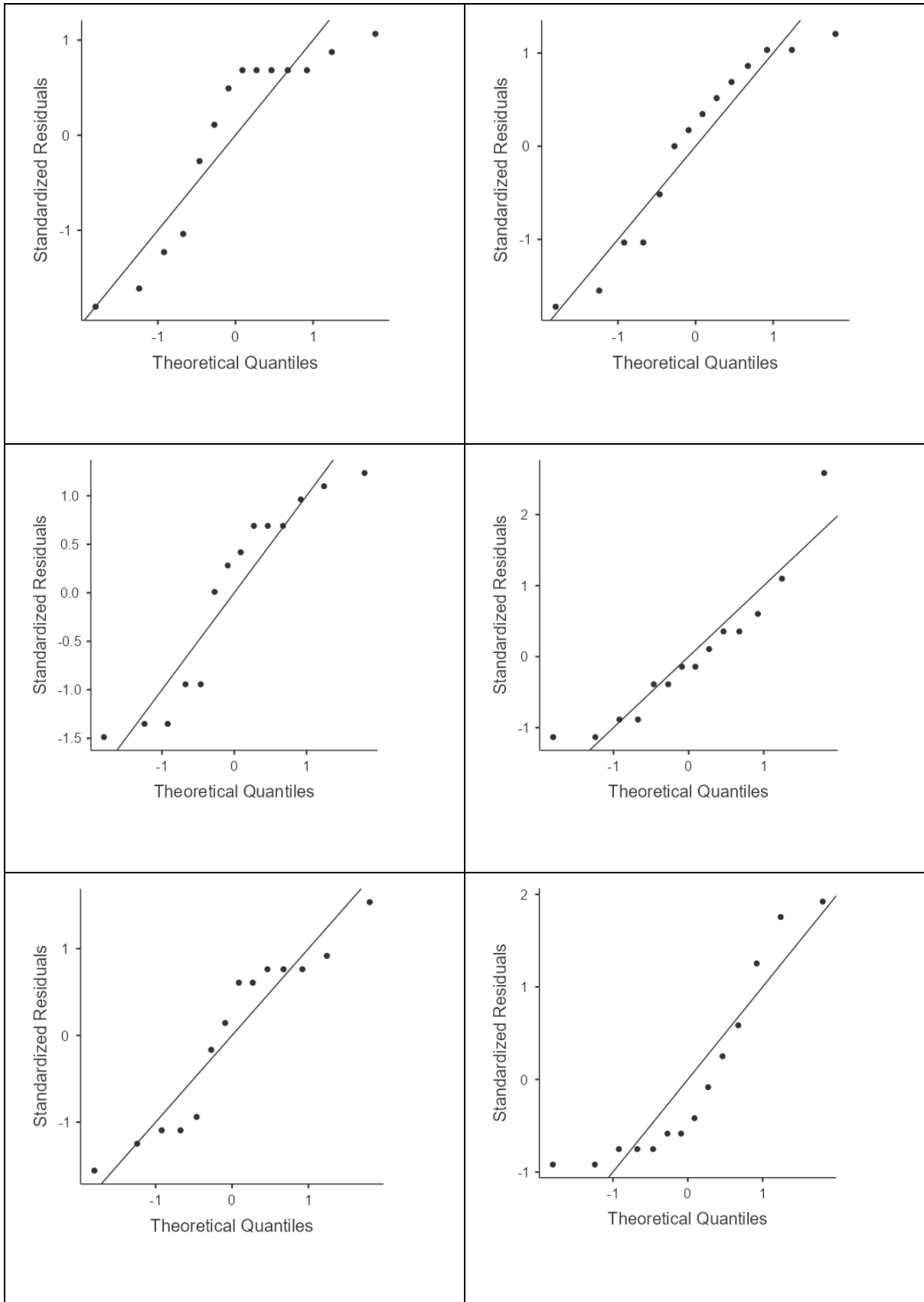


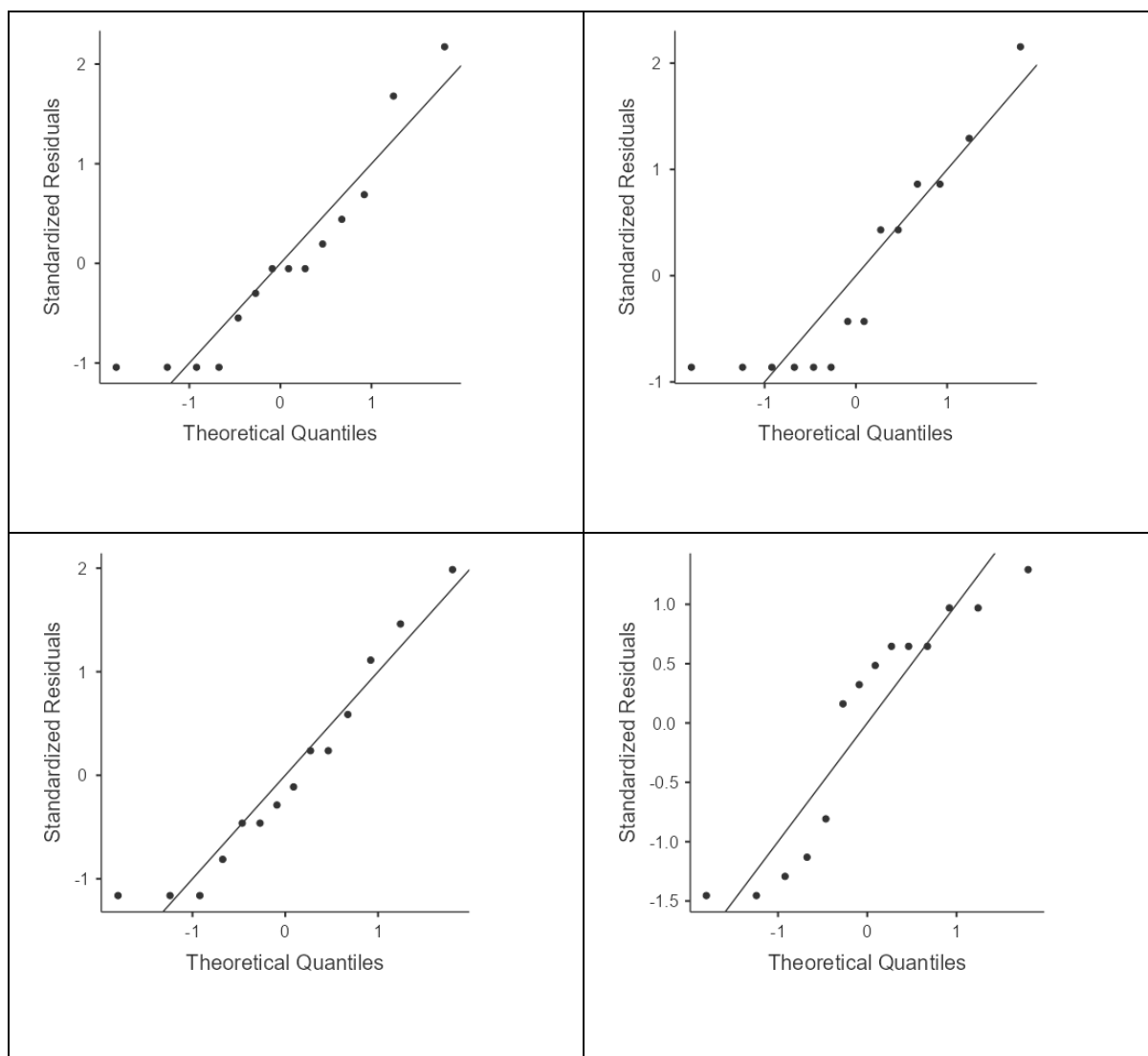
## IV. Шкали багатовимірного опитувальника сексуальності В. Снелла

## Descriptives

	N	Missing	Shapiro-Wilk	
			W	p
Сексуальна впевненість_після	14	0	0.927	0.280
Сексуальна одержимість_після	14	0	0.776	0.003
Інтернальний сексуальний контроль_після	14	0	0.826	0.011
Сексуальне самоусвідомлення_після	14	0	0.908	0.150
Сексуальна мотивація_після	14	0	0.870	0.042
Сексуальна тривога_після	14	0	0.895	0.096
Сексуальна асертивність_після	14	0	0.896	0.100
Сексуальна депресія_після	14	0	0.826	0.011
Екстернальний сексуальний контроль_після	14	0	0.887	0.073
Сексуальний моніторинг_після	14	0	0.832	0.013
Страх сексуальних стосунків_після	14	0	0.929	0.297
Сексуальне задоволення_після	14	0	0.859	0.030





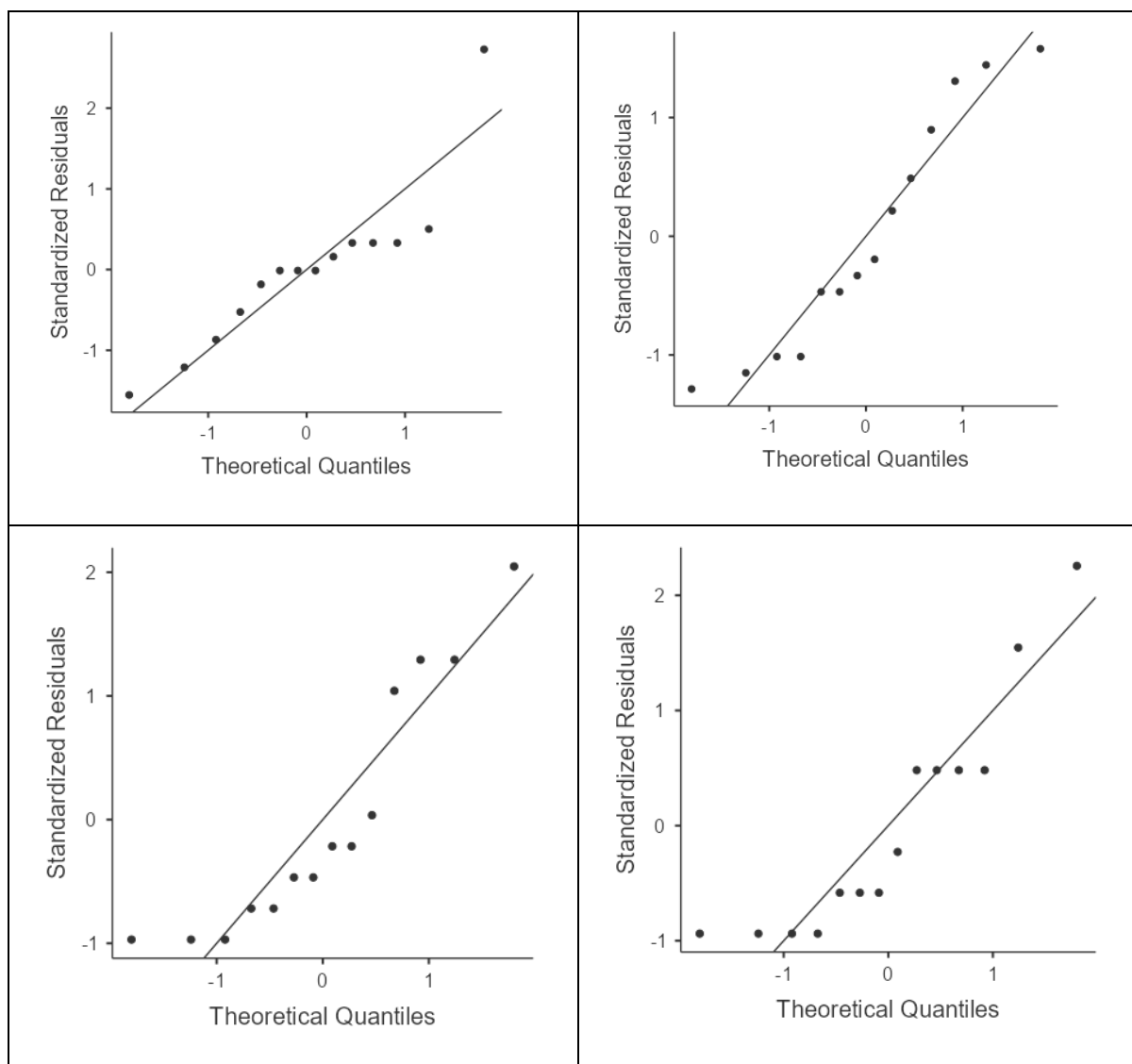


## Результати перевірки нормальності емпіричних розподілів отриманих на етапі до проведення курсу релакс-терапії

### I. Шкали чотиривимірного опитувальника симптомів (4DSQ)

#### Descriptives

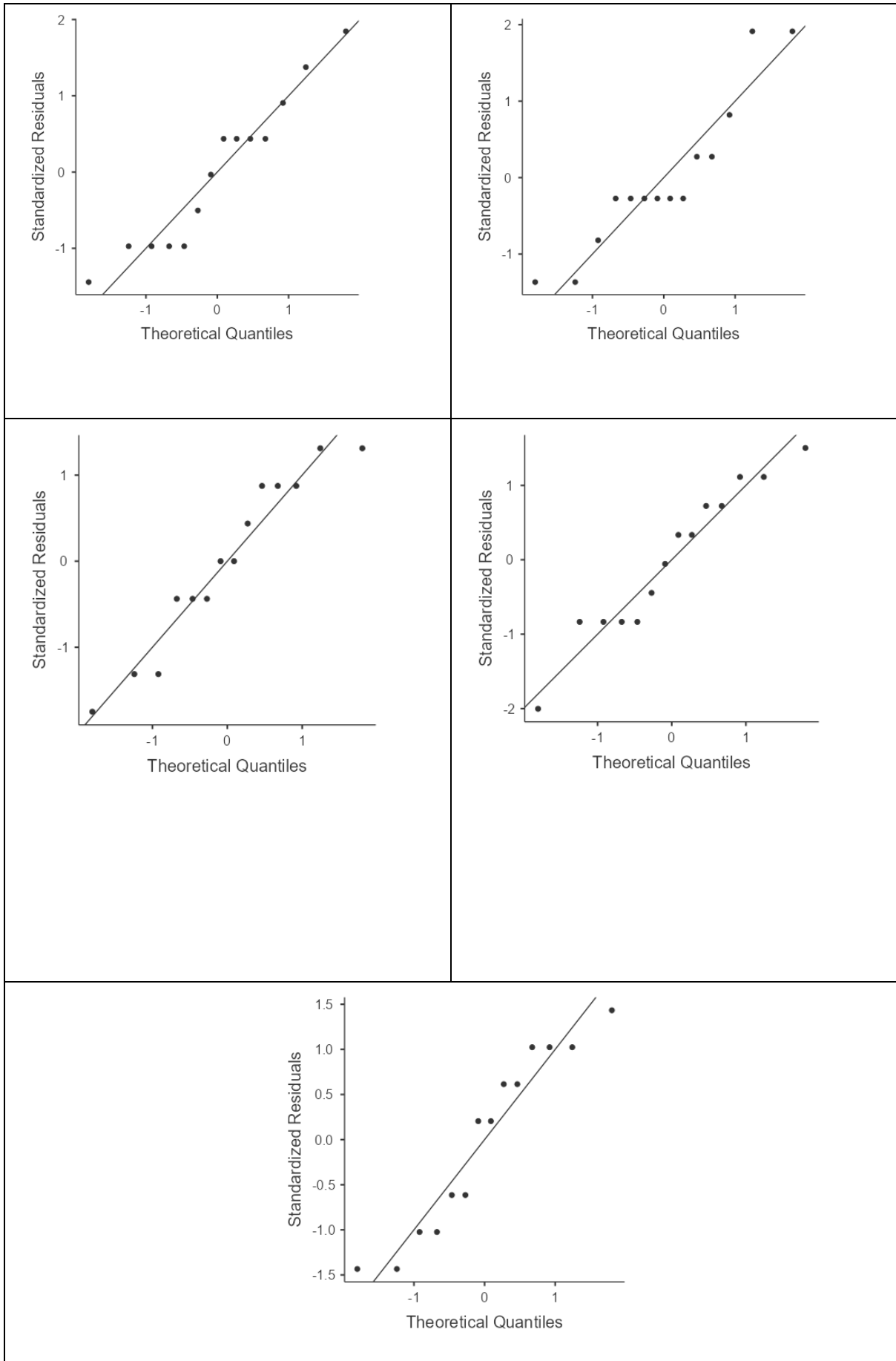
	N	Missing	Shapiro-Wilk	
			W	p
Соматизація_до	14	0	0.859	0.030
Дистрес_до	14	0	0.917	0.200
Тривога_до	14	0	0.851	0.023
Депресія_до	14	0	0.850	0.022



## II. Шкали п'ятифакторного опитувальника майндфулнес (ПОМ-15)

### Descriptives

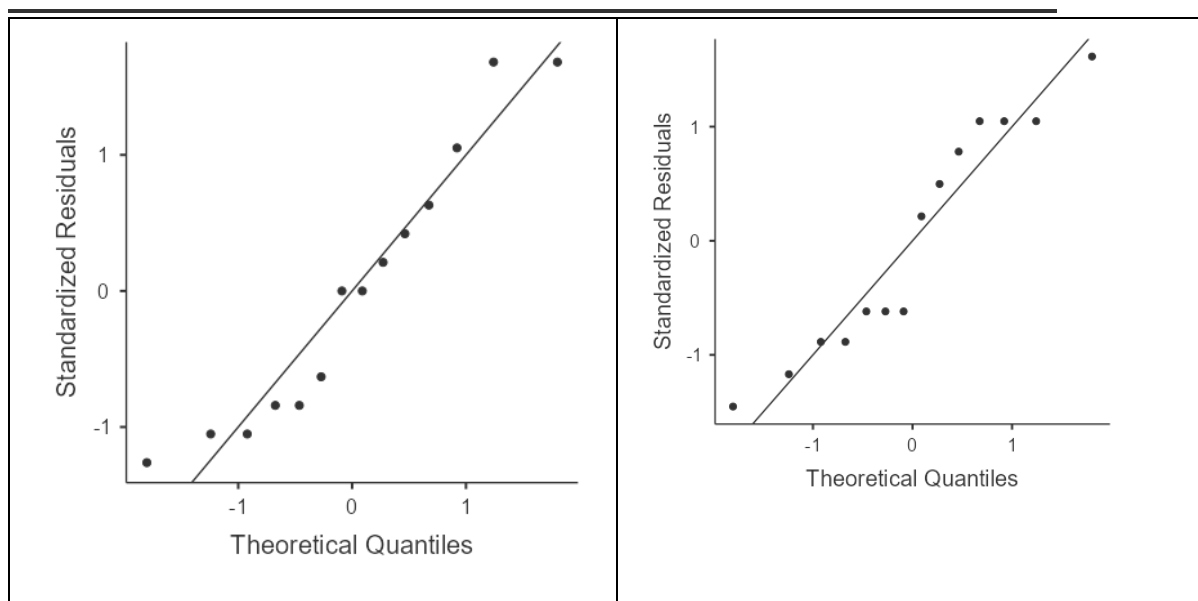
	N	Missing	Shapiro-Wilk	
			W	p
Спостереження_до	14	0	0.929	0.300
Опис_до	14	0	0.879	0.056
Усвідомлена дія_до	14	0	0.930	0.309
Неосудливість до внутрішнього досвіду_до	14	0	0.945	0.488
Нереагування_до	14	0	0.908	0.146

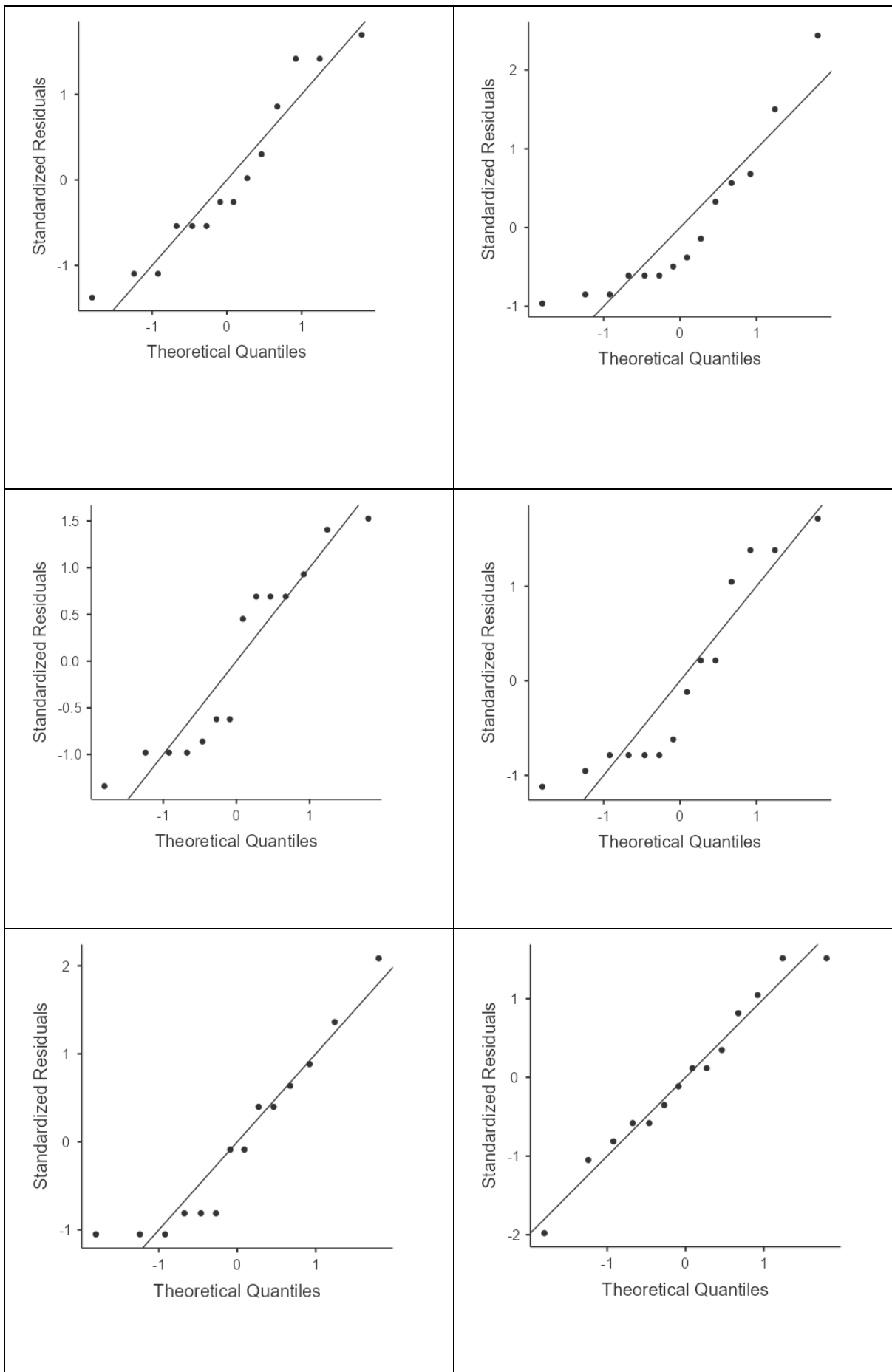


### III. Шкали методики багатовимірної оцінки інтероцептивного усвідомлення (MAIA-2)

#### Descriptives

	N	Missing	Shapiro-Wilk	
			W	p
Здатність помічати_до	14	0	0.917	0.200
Здатність не відволікатись_до	14	0	0.913	0.174
Здатність не турбуватися_до	14	0	0.920	0.221
Здатність регулювати увагу_до	14	0	0.842	0.017
Здатність до усвідомлення емоцій_до	14	0	0.879	0.057
Здатність до саморегуляції_до	14	0	0.857	0.028
Здатність прислухатися до тіла_до	14	0	0.900	0.113
Здатність довіряти_до	14	0	0.970	0.874

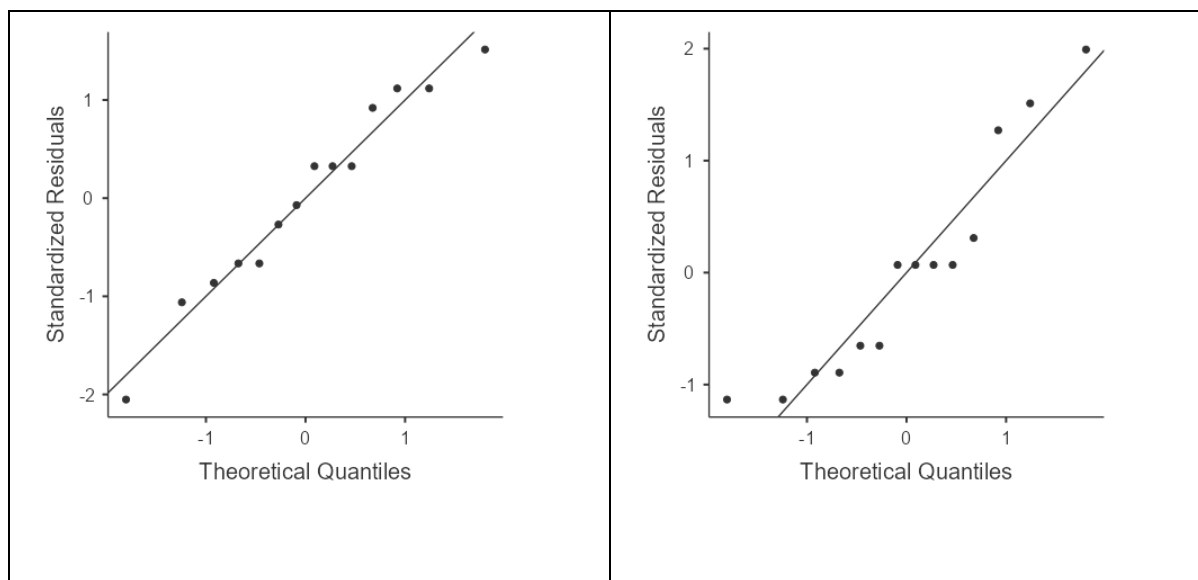


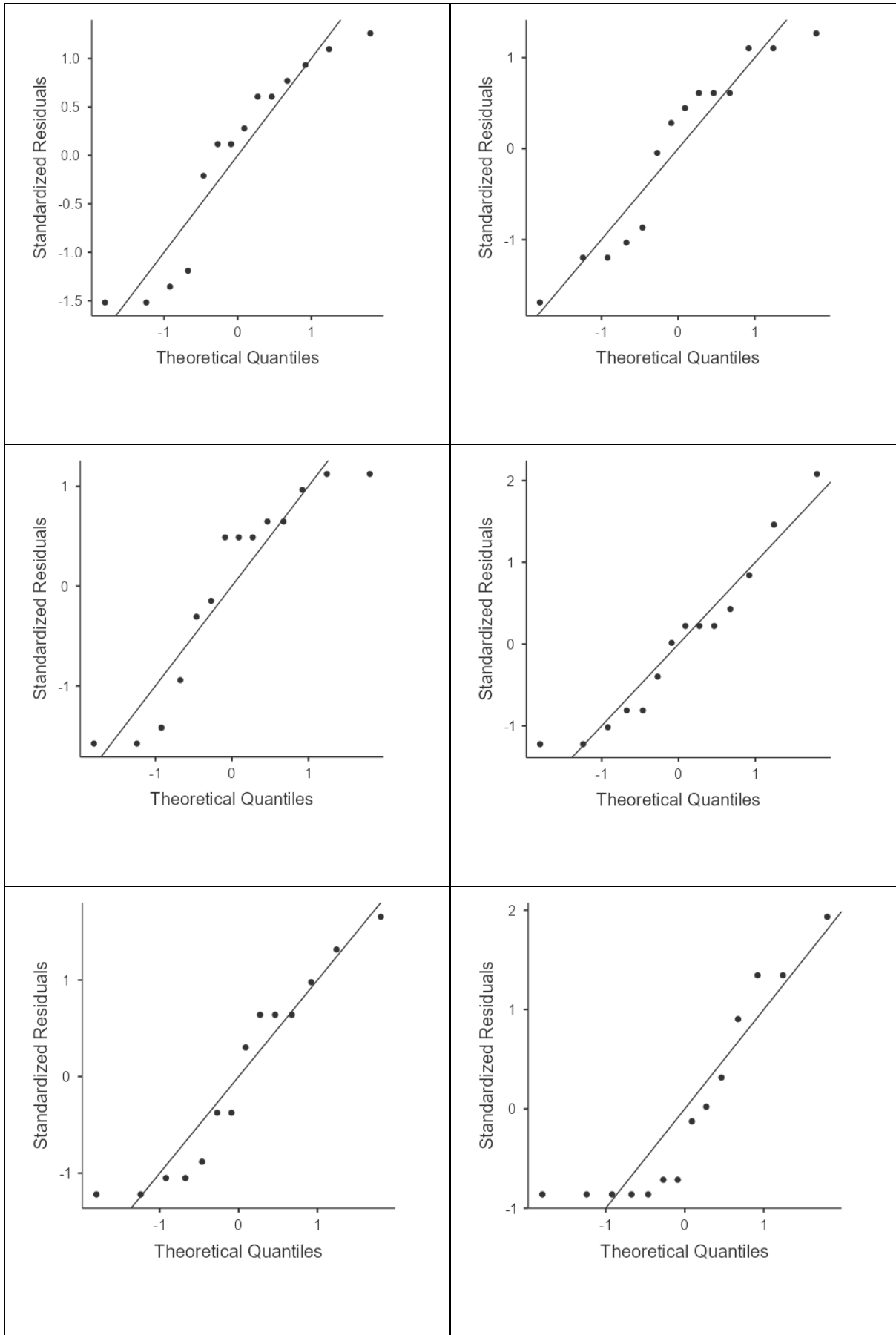


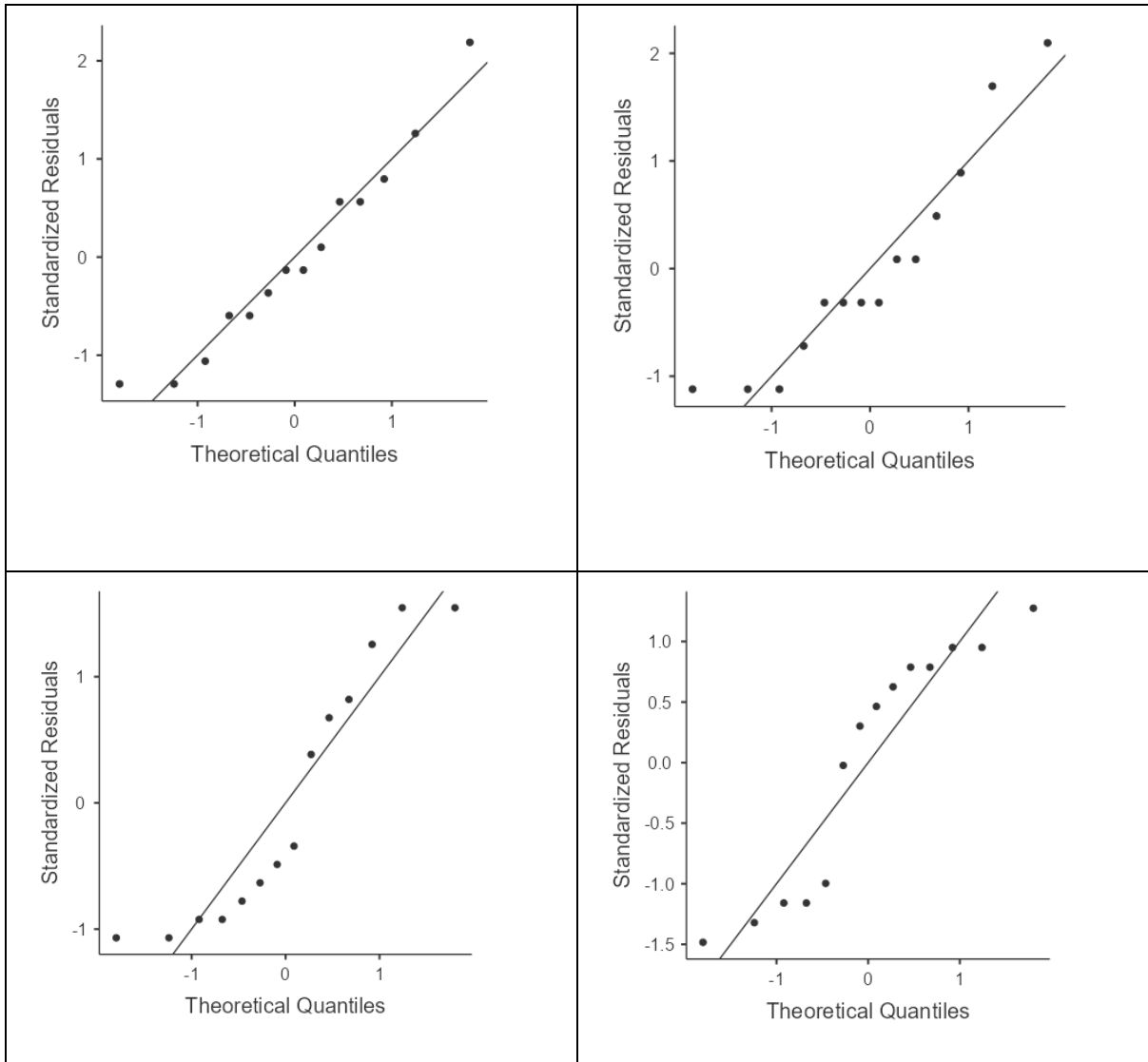
## IV. Шкали багатовимірного опитувальника сексуальності В. Снелла

## Descriptives

	N	Missing	Shapiro-Wilk	
			W	p
Сексуальна впевненість_до	14	0	0.966	0.821
Сексуальна одержимість_до	14	0	0.894	0.093
Інтернальний сексуальний контроль_до	14	0	0.880	0.059
Сексуальне самоусвідомлення_до	14	0	0.897	0.103
Сексуальна мотивація_до	14	0	0.864	0.035
Сексуальна тривога_до	14	0	0.934	0.342
Сексуальна асертивність_до	14	0	0.908	0.145
Сексуальна депресія_до	14	0	0.823	0.010
Екстернальний сексуальний контроль_до	14	0	0.952	0.591
Сексуальний моніторинг_до	14	0	0.897	0.102
Страх сексуальних стосунків_до	14	0	0.864	0.034
Сексуальне задоволення_до	14	0	0.860	0.031







## ДОДАТОК Н

**Результати кореляційного аналізу шкал багатовимірною  
опитувальника сексуальності В. Снелла і частоти сексуальних  
стосунків на етапі після участі базовому курсі релакс-терапії**

		Регулярність (частота) сексуальних стосунків
Сексуальна впевненість_після	Spearman's rho	-0.254
	df	12
	p-value	0.382
Сексуальна одержимість_після	Spearman's rho	-0.039
	df	12
	p-value	0.895
Інтернальний сексуальний контроль_після	Spearman's rho	-0.053
	df	12
	p-value	0.857
Сексуальне самоусвідомлення_після	Spearman's rho	-0.109
	df	12
	p-value	0.711
Сексуальна мотивація_після	Spearman's rho	-0.050
	df	12
	p-value	0.866
Сексуальна тривога_після	Spearman's rho	0.082
	df	12
	p-value	0.781
Сексуальна асертивність_після	Spearman's rho	-0.302
	df	12
	p-value	0.294
Сексуальна депресія_після	Spearman's rho	0.553
	df	12

	p-value	0.040
Екстернальний сексуальний контроль_після	Spearman's rho	0.496
	df	12
	p-value	0.071
Сексуальний моніторинг_після	Spearman's rho	0.325
	df	12
	p-value	0.257
Страх сексуальних стосунків_після	Spearman's rho	0.344
	df	12
	p-value	0.228
Сексуальне задоволення_після	Spearman's rho	-0.630
	df	12
	p-value	0.016

**Результати кореляційного аналізу шкал багатовимірного опитувальника сексуальності В. Снелла і частоти сексуальних стосунків на етапі до участі базовому курсі релакс-терапії**

		Регулярність (частота) сексуальних стосунків
Сексуальна впевненість_до	Spearman's rho	-0.433
	df	12
	p-value	0.122
Сексуальна одержимість_до	Spearman's rho	-0.230
	df	12
	p-value	0.428
Інтернальний сексуальний контроль_до	Spearman's rho	-0.053
	df	12
	p-value	0.857

Сексуальне самоусвідомлення_до	Spearman's rho	-0.299
	df	12
	p-value	0.299
Сексуальна мотивація_до	Spearman's rho	-0.065
	df	12
	p-value	0.826
Сексуальна тривога_до	Spearman's rho	0.045
	df	12
	p-value	0.879
Сексуальна асертивність_до	Spearman's rho	-0.371
	df	12
	p-value	0.192
Сексуальна депресія_до	Spearman's rho	0.500
	df	12
	p-value	0.069
Екстернальний сексуальний контроль_до	Spearman's rho	0.625
	df	12
	p-value	0.017
Сексуальний моніторинг_до	Spearman's rho	0.345
	df	12
	p-value	0.227
Страх сексуальних стосунків_до	Spearman's rho	0.420
	df	12
	p-value	0.135
Сексуальне задоволення_до	Spearman's rho	-0.684
	df	12
	p-value	0.007

## ДОДАТОК П

**Результати кореляційного аналізу шкал багатовимірною  
опитувальника сексуальності В. Снелла і чотиридимірною  
опитувальника для оцінки дистресу, депресії, тривоги та соматизації  
4DSQ**

		Соматизація_ після	Дистрес_ після	Тривога_ після	Депресія_ після
Сексуальна впевненість_після	Spearman's rho	-0.032	0.062	-0.583	0.062
	df	12	12	12	12
	p-value	0.913	0.832	0.029	0.834
Сексуальна одержимість_після	Spearman's rho	0.229	0.290	-0.127	0.381
	df	12	12	12	12
	p-value	0.430	0.315	0.664	0.179
Інтернальний сексуальний контроль_після	Spearman's rho	-0.158	0.452	-0.323	0.276
	df	12	12	12	12
	p-value	0.589	0.105	0.261	0.339
Сексуальне самоусвідомлення_після	Spearman's rho	-0.067	0.468	-0.406	0.392
	df	12	12	12	12
	p-value	0.821	0.092	0.150	0.166
Сексуальна мотивація_після	Spearman's rho	0.179	0.418	-0.176	0.421
	df	12	12	12	12
	p-value	0.540	0.137	0.548	0.134
Сексуальна тривога_після	Spearman's rho	-0.038	0.586	-0.006	0.381
	df	12	12	12	12
	p-value	0.898	0.028	0.985	0.178
Сексуальна асертивність_після	Spearman's rho	-0.070	0.142	-0.429	0.215
	df	12	12	12	12
	p-value	0.812	0.628	0.126	0.461
Сексуальна депресія_після	Spearman's rho	0.284	0.313	0.654	0.226
	df	12	12	12	12
	p-value	0.325	0.275	0.011	0.436
Екстернальний сексуальний контроль_після	Spearman's rho	0.449	0.220	0.401	0.188
	df	12	12	12	12

	p-value	0.107	0.450	0.155	0.520
Сексуальний моніторинг_після	Spearman's rho	0.027	0.624	0.254	0.629
	df	12	12	12	12
	p-value	0.928	0.017	0.382	0.016
Страх сексуальних стосунків_після	Spearman's rho	0.046	-0.068	0.496	-0.133
	df	12	12	12	12
	p-value	0.877	0.818	0.072	0.651
Сексуальне задоволення_після	Spearman's rho	-0.159	-0.272	-0.560	-0.097
	df	12	12	12	12
	p-value	0.587	0.346	0.037	0.741

## ДОДАТОК Р

**Результати кореляційного аналізу шкал багатовимірною  
опитувальника сексуальності В. Снелла і п'ятифакторного  
опитувальника майднфулнес (ПОМ-15)**

		Спостереження_після	Опис_після	Усвідомлення_дія_після	Неосудливість до внутрішнього досвіду_після	Нереагування_після
Сексуальна впевненість_після	Spearman's rho	0.255	0.041	0.292	0.578	0.231
	df	12	12	12	12	12
	p-value	0.379	0.890	0.312	0.030	0.427
Сексуальна одержимість_після	Spearman's rho	0.178	-0.088	-0.200	0.094	0.389
	df	12	12	12	12	12
	p-value	0.543	0.766	0.493	0.750	0.169
Інтернальний сексуальний контроль_після	Spearman's rho	0.283	-0.119	0.271	0.366	0.171
	df	12	12	12	12	12
	p-value	0.327	0.685	0.350	0.198	0.560
Сексуальне самоусвідомлення_після	Spearman's rho	0.451	-0.162	0.117	0.513	0.162
	df	12	12	12	12	12
	p-value	0.105	0.581	0.691	0.061	0.581
Сексуальна мотивація_після	Spearman's rho	0.157	-0.293	-0.116	0.291	0.328
	df	12	12	12	12	12
	p-value	0.592	0.309	0.693	0.313	0.252
Сексуальна тривога_після	Spearman's rho	0.521	0.051	-0.010	-0.120	0.002
	df	12	12	12	12	12
	p-value	0.056	0.863	0.972	0.684	0.994
Сексуальна асертивність_після	Spearman's rho	0.205	-0.064	0.123	0.305	0.495
	df	12	12	12	12	12
	p-value	0.481	0.827	0.676	0.290	0.072
Сексуальна депресія_після	Spearman's rho	-0.073	-0.253	-0.558	-0.698	-0.362
	df	12	12	12	12	12
	p-value	0.804	0.384	0.038	0.006	0.203
Екстернальний сексуальний контроль_після	Spearman's rho	-0.037	-0.170	-0.257	-0.209	-0.396
	df	12	12	12	12	12
	p-value	0.899	0.562	0.375	0.473	0.161

Сексуальний моніторинг_після	Spearman's rho	0.468	-0.186	-0.296	-0.350	0.267
	df	12	12	12	12	12
	p-value	0.091	0.524	0.304	0.220	0.355
Страх сексуальних стосунків_після	Spearman's rho	-0.009	0.173	-0.218	-0.694	-0.353
	df	12	12	12	12	12
	p-value	0.976	0.555	0.453	0.006	0.216
Сексуальне задоволення_після	Spearman's rho	-0.098	0.200	0.398	0.634	0.522
	df	12	12	12	12	12
	p-value	0.740	0.494	0.158	0.015	0.055

## ДОДАТОК С

**Результати кореляційного аналізу шкал багатовимірного  
опитувальника сексуальності В. Снелла і шкал інтероцептивного  
усвідомлення (MAIA-2)**

		Здатність помічати_після	Здатність не відволікатись_після	Здатність не турбуватися_після	Здатність регулювати увагу_після	Здатність до усвідомлення емоцій_після	Здатність до саморегуляції_після	Здатність прислухатися до тіла_після	Здатність довіряти_після
Сексуальна впевненість_після	Spearman's rho	0.019	-0.060	-0.033	0.413	0.330	0.376	0.382	0.345
	df	12	12	12	12	12	12	12	12
	p-value	0.949	0.838	0.912	0.142	0.250	0.185	0.177	0.227
Сексуальна одержимість_після	Spearman's rho	0.086	-0.057	0.307	0.168	0.151	0.011	-0.009	-0.100
	df	12	12	12	12	12	12	12	12
	p-value	0.771	0.846	0.285	0.565	0.606	0.970	0.976	0.735
Інтернальний сексуальний контроль_після	Spearman's rho	0.399	-0.027	0.139	0.604	0.624	0.607	0.609	0.332
	df	12	12	12	12	12	12	12	12
	p-value	0.158	0.927	0.635	0.022	0.017	0.021	0.021	0.246
Сексуальне самоусвідомлення_після	Spearman's rho	0.402	-0.022	0.142	0.526	0.607	0.559	0.530	0.328
	df	12	12	12	12	12	12	12	12
	p-value	0.154	0.940	0.628	0.053	0.021	0.038	0.051	0.253
Сексуальна мотивація_після	Spearman's rho	0.256	0.136	0.349	0.251	0.273	0.211	0.236	0.091
	df	12	12	12	12	12	12	12	12
	p-value	0.376	0.643	0.221	0.387	0.344	0.469	0.416	0.758
Сексуальна тривога_після	Spearman's rho	0.432	-0.112	0.318	0.153	0.350	0.407	0.305	-0.236
	df	12	12	12	12	12	12	12	12
	p-value	0.123	0.702	0.267	0.602	0.220	0.148	0.289	0.417
Сексуальна асертивність_після	Spearman's rho	-0.045	-0.155	-0.022	0.243	0.150	0.167	0.168	0.034
	df	12	12	12	12	12	12	12	12
	p-value	0.880	0.597	0.939	0.402	0.610	0.569	0.567	0.909
Сексуальна депресія_після	Spearman's rho	0.211	0.148	0.409	-0.437	-0.210	-0.277	-0.306	-0.545
	df	12	12	12	12	12	12	12	12
	p-value	0.470	0.613	0.147	0.118	0.472	0.338	0.287	0.044

Екстернальний сексуальний контроль_після	Spearman's rho	0.013	0.274	0.529	-0.065	-0.072	-0.133	-0.216	0.149
	df	12	12	12	12	12	12	12	12
	p-value	0.963	0.343	0.052	0.825	0.807	0.649	0.458	0.611
Сексуальний моніторинг_після	Spearman's rho	0.329	-0.084	0.464	0.347	0.358	0.227	0.094	-0.218
	df	12	12	12	12	12	12	12	12
	p-value	0.251	0.774	0.095	0.225	0.209	0.435	0.748	0.453
Страх сексуальних стосунків_після	Spearman's rho	-0.136	-0.035	-0.019	-0.432	-0.353	-0.302	-0.374	-0.530
	df	12	12	12	12	12	12	12	12
	p-value	0.643	0.907	0.948	0.123	0.216	0.294	0.188	0.051
Сексуальне задоволення_після	Spearman's rho	-0.100	-0.200	-0.035	0.243	0.081	0.186	0.209	0.381
	df	12	12	12	12	12	12	12	12
	p-value	0.733	0.492	0.906	0.402	0.782	0.525	0.474	0.179