

**КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА**

**ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

**ДИПЛОМНА РОБОТА:
ТІЛЕСНА УСВІДОМЛЕНІСТЬ ІНДИВІДІВ З НЕВРОТИЧНОЮ
ОРГАНІЗАЦІЄЮ ОСОБИСТОСТІ
на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня «магістр»
з напрямку 053 «Психологія»**

студентки окр «магістр»

Іщенко Олександр Романівни

Науковий керівник:

асистент кафедри психодіагностики

та клінічної психології,

доктор філософії у галузі психології

Дарвішов Наріман Рафік огли

Допустити до захисту в дек
кафедра психодіагностики та клінічної психології

протокол No _____ від _____

завідувач кафедри:

доктор психологічних наук, професор

Крупельницька Людмила Францівна

(підпис)

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ТІЛЕСНОЇ УСВІДОМЛЕНОСТІ ІНДИВІДІВ З НЕВРОТИЧНОЮ ОРГАНІЗАЦІЄЮ ОСОБИСТОСТІ	7
1.1. Теоретико-методологічні засади вивчення невротичної організації особистості.....	9
1.2. Розвиток вивчення фізіологічного обумовлення зв'язку тіла і психіки.....	12
1.3. Розвиток знань про вплив вагусного нерва на психіку.....	16
1.4. Тілесна усвідомленість індивідів з невротичною організацією особистості через призму Полівагальної теорії.....	23
Висновки до розділу 1.....	27
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ТІЛЕСНОЇ УСВІДОМЛЕНОСТІ ІНДИВІДІВ З НЕВРОТИЧНОЮ ОРГАНІЗАЦІЄЮ ОСОБИСТОСТІ	28
2.1. Обґрунтування методичного інструментарію.....	28
2.1.1 Опитувальник невротичних особистісних рис KON-2006.....	28
2.1.2 Опитувальник тілесної усвідомленості ВРQ.....	37
2.1.3 Анкета активності.....	41
2.2. Організація і проведення дослідження.....	46
Висновки до розділу 2.....	48
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	
3.1 Аналіз особливостей вираженості проявів невротичної організації особистості.....	50
3.2 Аналіз взаємозв'язків проявів невротичної організації особистості, тілесної усвідомленості та активностей досліджуваних.....	55

3.3 Опис основних характеристик особистості з підвищеною невротизацією за вибором активностей.....	73
Висновки до розділу 3.....	75
ВИСНОВКИ	81
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	86
ДОДАТКИ	

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Оцінка ролі тіла та використання цих знань відіграє значну роль у комплексній роботі з клієнтом. Розуміння психотерапевтом і клієнтом зв'язку, впливу на цілісну картину проблеми значно більше сприяє успішному її вирішенню у швидші терміни, а також допомагає передбачити розвиток психосоматичних хвороб у майбутньому.

З кожним роком все поширеніше стають погляди на те, що робота з тілом має рівноцінне значення роботі з мозком і психікою у вирішенні психологічних проблем людини. З останнє десятиліття було визначено, що розум і тіло розглядаються не як окремо функціонуючі одиниці, а як одна. Вважається, що розум і емоції впливають на тіло, оскільки тіло, у свою чергу, впливає на розум і емоції [114]. Деякі дослідники стверджують, що інтеграція тіла та розуму має вирішальне значення, оскільки пацієнти не відчують очевидного поділу між своїм тілом і розумом. Тобто, діагнози не повинні ставитися таким чином, щоб відокремлювалися розум і тіло [34].

Сьогодні наявні докази того, що психічне та фізичне здоров'я настільки пов'язані одне з одним, що дослідження інтеграції розуму та тіла в психології стають особливо важливими [121]. Усвідомлення свого тіла дорослою особистістю має неабияке значення у її повноцінному житті: розвиток міжособистісних стосунків, вплив на відносини та поведінку зсередини та зовні, а також зв'язок з нормами групи та спільноти. Це важливо для зміцнення здоров'я в різних контекстах суспільства [55]. Оскільки, людина з невротичною організацією особистості - це людина, яка знаходиться за крок до того, щоб відчувати себе здоровою, а молодим психологам актуально починати роботу працювати саме з ними, то зростає актуальність вивчення особливостей саме цієї категорії людей. Тому у цій роботі досліджується зв'язок рівня особистісної організації, на прикладі невротичної, з тілесною усвідомленістю людини і визначаються відповідні

закономірності, на які можна опиратися психологам у виборі підходу, напрямку роботи з пацієнтом невротичної особистісної організації.

Мета дослідження: визначити рівень зв'язку тілесної усвідомленості індивідів з невротичною організацією особистості.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз дослідження організації особистості.
2. Провести теоретичний аналіз теорій і концепцій тілесної усвідомленості.
3. Визначити особливості представників невротичної організації особистості.
4. Виявити структуру взаємозв'язків тілесної усвідомленості та особливостей невротичної організації особистості.

Об'єкт дослідження - індивіди з невротичною організацією психіки.

Предмет дослідження - тілесна усвідомленість індивідів з невротичною організацією психіки.

Методи дослідження. 1) теоретичні: теоретично-методологічний аналіз наукової літератури з проблематики рівнів організації особистості, а також на тему тілесної усвідомленості; 2) емпіричні: “Опитувальник тілесних відчуттів - коротка форма” (С. Поржес, адаптація А.Є. Денісієвська), “Опитувальник невротичних особистісних рис KON-2006” (Я. Александрович, адаптація О.В. Орлов); 3) методи статистичної обробки даних: аналіз первинних описових статистик; кореляційний аналіз (r_s -Спірмена), кореляційний аналіз (r_s -Пірсона).

База дослідження. У дослідженні взяли участь 77 українців різного віку та статі.

Наукова новизна одержаних результатів дослідження: в основі дослідження лежить Полівагальна теорія Стівена Поржеса, в контексті якої маловивченим є зв'язок саме з невротичним рівнем організації особистості. Дане дослідження розкриває нову специфіку застосування

знань про вагусний нерв; його результати виявляють закономірність між тілесною усвідомленістю та невротичною організацією особистості.

Практичне значення: отримані результати дослідження можуть бути використані у психодіагностичній та консультативній практиці як орієнтир у терапевтичному процесі з особами невротичної організації особистості, а також це розширить і вплине на комплексність підходу в роботі з невротичними клієнтами, зокрема, можливе застосування у тілесно-орієнтованому підході.

Структура та обсяг дипломної роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу і загальних висновків. Також в роботі наявні 5 додатків, список літератури (136 найменувань, 135 з них іноземною мовою). Повний обсяг даної роботи становить 105 сторінок, основний зміст роботи викладено на 100 сторінках комп'ютерного тексту. Робота містить 4 таблиці загальним обсягом 3 сторінки і 9 рисунків загальним обсягом 3 сторінки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТІЛЕСНОЇ УСВІДОМЛЕНОСТІ ОСОБИСТОСТЕЙ З НЕВРОТИЧНОЮ ОРГАНІЗАЦІЄЮ ОСОБИСТОСТІ

1.1 Теоретико-методологічні засади вивчення невротичної організації особистості

Кожну особистість можна охарактеризувати певною сукупністю захисних механізмів, імпульсів й об'єктних відносин, що у свою чергу у травматичній ситуації може обумовити декомпенсацію у вигляді відповідного розладу [2]. Рівень особистісної організації – психотичний, межовий або невротичний – це одна з основних характеристик клієнта, завдяки якій психотерапевт бачить здатність особистості долати внутрішні конфлікти. Розглядаючи ступінь інтеграції ідентичності клієнта, використовувани їм типи захисних механізмів, а також здатність тестування реальності, можна більш чітко виконати диференціальну діагностику психічних захворювань й з більшою ефективністю спланувати психотерапевтичний процес [1].

Хоча визначення концепції організації особистості різняться, існує консенсус щодо того, що організація особистості відноситься до набору стійких, здебільшого несвідомих психологічних структур, які динамічно організовують психічні процеси та зміст у послідовну організацію [50, 51]. Передбачається, що ці динамічно організовані та повторно активовані структури та процеси беруть участь у мотивації, регуляції настрою, афекту та імпульсів [129]. Серед теоретиків у темі організації особистості найвпливовішими були погляди Кернберга [16, 19, 45]. Відповідно до Кернберга, основними будівельними блоками організації особистості є інтерналізовані об'єктні відносини, що складаються з уявлень про себе та іншого, пов'язаних афективними диспозиціями, які визначають взаємодію між собою та іншим [68].

Оскільки організація особистості — це широка, багатогранна латентна конструкція, яку неможливо безпосередньо оцінити, для її оцінки було розроблено різноманітні підходи [61]. Серед основних показників рівня організації особистості одним із найбільш досліджуваних операційних проявів конструкції організації особистості є якість об'єктних відносин [9, 16, 91]. Як зазначають деякі дослідники, процес мислення про себе та інших тісно пов'язаний з реорганізацією психічних структур і, зрештою, всієї структури особистості [46].

В останні десятиліття відновився інтерес до концепції організації особистості [44, 43, 42, 50, 78, 116, 119]. Загалом це призвело до зростання кількості досліджень, які підтверджують надійність методів оцінки, а також важливість цих підходів для розуміння серйозних розладів особистості [61]. Проте, незважаючи на останні досягнення в оцінці рівня організації особистості, наразі мало відомо про вплив рівня організації особистості на результат лікування.

Основні прихильники теорії організації особистості припускають, що вона є ключовим предиктором результату та ключовим фактором у розумінні терапевтичного процесу [22, 82; 129]. Традиційно теоретики психоаналітики припускали, що пацієнти з вищим рівнем організації особистості мають більші здібності до саморефлексії, інсайту та регуляції афектів, що дозволяє їм формувати та підтримувати терапевтичні стосунки порівняно з пацієнтами з нижчим рівнем організації особистості [22; 49; 82, 83]. Дійсно, з'являються нові докази того, що деякі явища в організації особистості, такі як саморефлексія та інсайт, пов'язані з терапевтичною відповіддю [12, 62, 79]. Ці припущення необхідно розглядати більш систематично, особливо тому, що рівень організації особистості може бути пов'язаний з результатом і прогнозом, і, отже, оцінка рівнів організації особистості може інформувати про планування лікування [58, 90].

За класифікацією Ненсі Мак-Вільямс [84] існує три рівні організації особистості: невротичний, межовий, психотичний. Науковиця вивчає особистість у двох вимірах, де перший - це рівень організації особистості, що відображає рівень індивідуації пацієнта і ступінь патології, а другий - вимірювання захисного стилю в середині цього рівня, який позначає тип характеру людини.

У часи Фрейда термін “невротик” застосовувався до більшості не органічних, не шизофренічних, не психопатичних і не маніакально-депресивних пацієнтів – до великої групи людей з емоційними порушеннями, окрім психозів [48]. Багатьох індивідів, які були описані Фрейдом у якості людей з невротами або симптомами, мали межову організацію, а в деяких були періоди психотичної декомпенсації (розуміння істерії включало в себе галюцинаторні афекти, які заходили за межі реальності). З часом вдалося дізнатися про глибину визначених проблем і сьогодні термін «невротик» використовується для позначення дуже високого рівня можливості повноцінного функціонування – незважаючи на деякі емоційні переживання.

Невротики використовують зрілі захисні механізми, при цьому застосовуючи і механізми захисту нижчого рівня, зазвичай при гострому стресі. Хоча наявність примітивних захистів не виключає діагнозу структури характеру невротичного рівня, відсутність зрілих механізмів захисту повністю виключає його. Зокрема, в психоаналітичній літературі було відзначено, що більш здорові люди використовують механізм витіснення в якості свого основного захисту, віддаючи йому перевагу в порівнянні з менш диференційованими способами вирішення конфліктів, такими як проєктивна ідентифікація, заперечення, розщеплення та інші архаїчні механізми [84].

Крім того, особи з більш здоровою структурою характеру мають інтегроване почуття ідентичності [41]. Їхня поведінка має деяку

несуперечність, як і внутрішньому досвіду властива безперервність свого “Я” у часі. Коли їх просять описати себе, вони не мають труднощів і відповідають неодноскладно. Вони здатні загалом окреслити свій темперамент, цінності, смаки, звички, переконання, переваги та недоліки разом із відчуттям своєї довготривалої стабільності. Коли їх просять описати інших важливих людей, то характеристики зазвичай бувають багатограними і показують розуміння складного, але узгодженого ряду властивостей, що становлять чиясь особистість [41].

Переживання у присутності людини, що перебуває на здоровому краї континууму патології характеру, є сприятливими. Відповідь на наявність у пацієнта здорового Его - це відчуття терапевтом міцного робочого альянсу, з моменту першої зустрічі з невротичним клієнтом терапевт відчуває, що перебуває з пацієнтом з одного боку барикади, а їхній спільний ворог - це саме проблема, запит пацієнта. Соціолог Едгар З. Фрайденберг [47] порівнював цей альянс із роботою двох молодих людей, які ремонтують машину: один із них – експерт, а інший – зацікавлений учень. Також варто зазначити, що хоч би яким був знак перенесення терапевта, позитивним чи негативним, він не буде надмірним, тому що клієнт невротичного рівня не викликає у психолога ні агресивних бажань, ні компульсивного прагнення порятунку.

Люди на невротичному рівні зазвичай знаходяться в надійному контакті з тим, що більшість людей називає «реальністю». Вони не знайомі з галюцинаціями чи маніакальними інтерпретаціями досвіду (за винятком впливу речовин або посттравматичних спогадів). Люди невротичної організації виявляють на початку терапевтичного процесу здатність до того, що Штерба [118] назвав «терапевтичним розщепленням» між двома частинами себе - спостерігаючою та чуттєвою. Такі люди не потребують від терапевта підтвердження правильності свого світосприйняття, на відміну від інших типів організації особистості.

Карен Хорні також займалася вивченням невротичних особистостей [60] і виділила три категорії невротичних потреб: 1) ті, які спонукають людей до інших: ці невротичні потреби спонукають людей шукати підтвердження та прийняття з боку інших, вони шукають похвали та любові; 2) ті, які відштовхують людей від інших: такі невротичні запити породжують антипатію й антисоціальну поведінку. Таких людей часто описують як холодних, байдужих і відсторонених; 3) ті, які спонукають людей діяти проти інших: ці невротичні потреби призводять до ворожості та потреби контролювати інших людей. Цих людей часто описують як складних, недобррозичливих і владних.

Таким чином, невротичні потреби можуть призвести до різних типів поведінки залежно від особистості, її потреб і ситуації. Наприклад, іноді невротичні потреби можуть призвести до агресивної або антисоціальної поведінки. Люди з невротичною потребою у владі, престижі чи досягненнях можуть проявляти агресивність або експлуатацію [60]. В інших випадках невротичні потреби можуть змусити людей відсторонитися. Ті, хто потребує незалежності, наприклад, можуть відвернутися від інших, щоб відчувати себе більш самодостатніми. В інших ситуаціях невротичні потреби змушують людей поводитися поступливо. Наприклад, люди, які жадають схвалення або прихильності, можуть вести себе приємно для людей, щоб переконатися, що вони подобаються іншим.

Тож, невротизм - це достатньо вивчене поняття в психології і для успішної роботи з проблемами клієнтів важливо застосовувати цілісний підхід, який включає як когнітивні аспекти, так і тілесні відчуття.

1.2 Розвиток вивчення фізіологічного обумовлення зв'язку тіла і психіки

Існують різні підходи до розуміння інтеграції розуму та тіла. Деякі дослідники стверджують, що інтеграція тіла та розуму має вирішальне значення в галузі медицини, оскільки пацієнти не відчують очевидного поділу між своїм тілом і розумом. Таким чином, лікарі не повинні ставити діагнози, які відокремлюють розум від тіла [34].

Медичний підхід до інтеграції розуму та тіла найбільше стурбований не глибоким лікуванням пацієнтів і униканням лікування симптомів без розгляду цілісних рішень. Науковець Шелхаб заявив свою думку, яка підтверджує вищесказане: «У медицині розум і тіло розглядаються не як окремо функціонуючі одиниці, а як одна функціонуюча одиниця. Вважається, що розум і емоції впливають на тіло, оскільки тіло, у свою чергу, впливає на розум і емоції» [114].

Окрім суто медичних підходів, існують також неврологічні моделі інтеграції розуму та тіла. Наприклад, Тейлор і колеги обговорюють низку психофізіологічних моделей, де певні нейрони та м'язи впливають на такі психічні стани, як стрес [121].

Дедалі частіше роль порушення усвідомлення тіла та реактивності описується в ряді клінічних проблем, включаючи тривогу [37; 80], депресію [56], посттравматичний стрес [125], аутизм [38], шизофренія [134] і розлади харчування [67]. Із зростанням інтересу та методологічної доступності знання про те, як фізіологічні та нейронні процеси пов'язані із суб'єктивним переживанням тіла та психіатричною дисфункцією, значно зросли [27; 29; 96].

Розглядаючи живі організми як сукупність динамічних, адаптивних, взаємодіючих і взаємозалежних фізіологічних систем, більше не доречно розглядати вегетативну нервову систему як функціонально відміну від центральної нервової системи. Адже периферичні органи [109] прив'язані до центральних структур за допомогою еферентних шляхів і постійно передають сигнали центральним регуляторним структурам через свої

численні аферентні шляхи. Таким чином, стають очевидними двонаправлені зв'язки між вегетативними і центральними структурами мозку. Відповідно, нові теорії та дослідницькі стратегії повинні включати динамічні та інтерактивні конструкції, які пов'язують центральні структури з периферійними органами.

Дарвін надає історичне уявлення про потенційну важливість вагуса в двонаправленому зв'язку між мозком і серцем. Незважаючи на те, що Дарвін зосереджувався на міміці для визначення емоцій, він визнав динамічний зв'язок між блукаючим нервом і діяльністю центральної нервової системи, яка супроводжувала спонтанний прояв емоцій. Він припустив, що існують нейронні шляхи, які можна ідентифікувати, які забезпечують необхідний зв'язок між конкретними структурами мозку та периферійними органами для сприяння унікальній моделі вегетативної активності, пов'язаної з емоціями. Наприклад, він заявив: "...коли розум сильно збуджений, можна очікувати, що це миттєво вплине прямо на серце; і це загально визнано... коли серце уражене, воно реагує на мозок; і стан мозку знову реагує через пневмо гастральний (блукаючий) нерв на серце; так що за будь-якого хвилювання між цими двома найважливішими органами тіла буде багато взаємних дій і реакцій" [33].

За Дарвіном, коли виникав збуджений емоційний стан, биття серця миттєво змінювалося, зміна серцевої діяльності впливала на діяльність мозку, а стовбурові структури мозку через черепні нерви (тобто блукаючий нерв) стимулювали серце. Він не з'ясував нейрофізіологічні механізми, які передають початкове емоційне вираження до серця. Поточні знання про походження стовбура мозку та нейрофізіологічні функції різних гілок блукаючого нерва були недоступні Дарвіну. У той час не було відомо, що волокна блукаючого нерва походять від кількох мозкових ядер і що гілки блукаючого нерва здійснюють контроль над периферією через різні системи зворотного зв'язку. Проте твердження

Дарвіна є важливим, оскільки воно підкреслює аферентний зворотний зв'язок від серця до мозку,

Дарвін приписував вищезазначені ідеї Клоду Бернару як приклад регуляції нервової системи внутрішнього середовища організму, яке складається з трьох рідких середовищ: плазми крові, протокової лімфи та інтерстиціальної рідини. Відповідно до більш сучасної психофізіології, Клод Бернар розглядав серце як первинну систему відповіді, здатну реагувати на всі форми сенсорної стимуляції. Він чітко наголосив на потужності шляхів центральної нервової системи до серця [24]. Ці ідеї виражені в наступній цитаті:

У людини серце є не тільки центральним органом кровообігу, це центр, на який впливають всі сенсорні впливи. Вони можуть передаватися від периферії через спинний мозок, від органів через симпатичну нервову систему або від самої центральної нервової системи. Насправді сенсорні стимули, що надходять від мозку, виявляють найсильніший вплив на серце [25].

Незважаючи на те, що їх рідко визнають засновниками сучасної психофізіології, Бернард і Дарвін зробили внесок у теоретичну основу нейропсихофізіології вегетативної нервової системи. Наведені вище цитати підтверджують їхню думку про те, що серце забезпечувало не лише вихідну систему з мозку, здатну індексувати сенсорну обробку, але вони також визнали, що серце було джерелом аферентної стимуляції для мозку, здатної змінювати або сприяти психологічному стану. Згідно з цим теоретичним упередженням, психофізіологи протягом минулого століття досліджували функціональну чутливість показників частоти серцевих скорочень до сенсорних і афективних стимулів [32; 53; 71].

Психофізіологія знаходиться на перетині кількох дисциплін, кожна з яких має свої моделі, парадигми та міри. На відміну від фізіології, зосередженої на механізмі та структурі, або кардіології, зосередженої на

клінічному стані, психофізіологія історично керувалася парадигмами, похідними від психології, часто розглядаючи фізіологічні параметри так, ніби вони були спостережуваною поведінкою. Перші психофізіологи, які визначилися своїм використанням поліграфа, застосовували поліграф для «перетворення» неспостережуваних психологічних або психічних процесів у вимірювані фізіологічні змінні [111].

Також, зв'язок тіла, медицини, фізіології розглядає американський психіатр і нейробіолог Стівен Порджес - засновник Полівагальної теорії, яка забезпечила нову концептуалізацію автономної нервової системи, підкресливши нейрофізіологічні механізми та філогенетичні зрушення в нервовій регуляції психологічних реакцій від черепних нервів до хребта, спинного мозку та нижчих відділів мозку ссавців. Усвідомлення тіла є суб'єктивним відчуттям інформації, що надходить з середини тіла. Воно виникає зі складної мережі аферентних і еферентних шляхів і їхніх петель зворотного зв'язку між структурами тіла та центральною нервовою системою [20, 26, 52, 81, 85, 93, 115]. Сигнали про внутрішні функції організму надходять від датчиків, які несуть інформацію від цільових органів і тканин, інтегруються та поширюються через аферентні шляхи, що включають спинномозкові та черепні нерви, направляються до структур мозку, які контролюють вхідну інформацію, і регулюються низхідними еферентними сигналами. Ці еферентні сигнали також регулюють функцію окремих тканин і органів у відповідь на внутрішні та зовнішні умови. Багато з цих сигналів проходять по вегетативних шляхах, системі, яка традиційно поділяється на два антагоністичні компоненти — симпатичну нервову систему та парасимпатичну нервову систему [77; 128].

Однак сучасні погляди вказують на вегетативну функцію як на відображення кількох скоординованих систем контролю, які активуються або пригнічуються у відповідь на внутрішні та зовнішні ситуаційні

вимоги. Хоча кожен іннервований орган і тканина можуть мати індивідуальні нейронні петлі зворотного зв'язку, які регулюють його специфічну функцію, фізіологічні потреби організму та функціональні інтегративні схеми можуть спричинити широкі зміни в організмі [63].

1.3 Розвиток знань про вплив вагусного нерва на психіку

Полівагальна теорія [94, 97, 98] забезпечує нейрофізіологічну основу для вивчення організації вегетативних систем. Використовуючи дані порівняльної анатомії, нейрофізіології та спостережень за поведінкою, ця теорія описує два різних вагусних кола всередині парасимпатичної нервової системи, які утворюють вентральний вагусний комплекс і дорсальний вагусний комплекс.

Вентральний вагусний комплекс регулює роботу поперечно-смугастих м'язів обличчя та голови (наприклад, глотки, гортані, жувальних м'язів і м'язів середнього вуха) і вісцеральних органів над діафрагмою, наприклад, серця та бронхів [105, 97, 98], через еферентні шляхи, які беруть початок у стовбурі мозку. На додаток до еферентної дії цієї системи, ці структури тіла також містять аферентні волокна, які направляють інформацію про наддіафрагмальні органи та поперечносмугасті м'язи обличчя та голови до мозку.

Симпатична нервова система іннервує багато тих самих органів по всьому тілу, як вентральний вагусний комплекс і дорсальний вагусний комплекс, а також додаткові еферентні зв'язки зі шкірою, скелетними м'язами, тулубом і кінцівками. Також дорсальний вагусний комплекс передає сигнали, які регулюють органи, розташовані нижче діафрагми (наприклад, шлунок, печінка, жовчний міхур, підшлункова залоза та кишечник), з еферентними шляхами, що починаються з дорсального ядра блукаючого нерва. Моделі на тваринах показують, що індукована активність у дорсальному моторному ядрі блукаючого нерва (дорсальний

вагусний комплекс) призводить до змін у функції травлення через низхідні вагусні шляхи [135, 136].

Сьогодні відомо, що активність м'язів гортані та внутрішнього вуха здатна змінити фізіологічний стан організму. Наприклад, психологи у комунікації з клієнтом намагаються бути привабливими для нього, використовуючи вираз обличчя та інтонацію. Якщо б психологи розмовляли з клієнтом, відвернувшись від нього, фізіологія і сприйняття клієнта зміниться. У цьому випадку психолог буде "біологічно грубим" по відношенню до клієнта. Термін "біологічна грубість" застосовується, коли йдеться про враження від людини в комунікації, наприклад, "людина не подобається мені", "вона не поважає мене", "не зацікавлена в мені" тощо. Це вісцеральна відповідь на цю людину: коли не добре в її присутності.

І саме автономна нервова система відповідає за відчуття безпеки та соціальної привабливості. Це відносно молода нервова система, що трапляється тільки у ссавців. Ця нервова система - частина системи блукаючого нерва (вагуса), який пов'язує м'язи обличчя і гортані з серцем, таким чином, заспокоюючи людину. Це перша частина адаптаційної системи. Це "соціальна система", що забезпечує спілкування з іншими ссавцями.

Друга частина системи адаптації - це система "бий-біжи". Це більш давня система, яка адаптує до небезпеки і мобілізує людину. Це частина симпатичної нервової системи, вона задіює адреналін і є у всіх хребетних. Існує чимало міркувань про баланс між "соціальною системою" і системою "бий/біжи", але окрім неї ще існує система, яка "вимикає" людину - це система "небезпечно для життя" [117].

Отже, нервова система відповідає на вплив навколишнього середовища залежно від фізіологічного стану організму. Тобто люди відповідають на стимул залежно від фізіологічного стану. Але самі стимули можуть змінити фізіологічний стан. Так як існують стимули, які

вмикають ту чи іншу систему відповіді ("безпека", "бий/біжи" або "небезпека для життя"), тож можна впливати на людину певним чином, щоб увімкнути в неї систему "безпеки", створюючи відповідні відчуття. Одна з основних цілей лікування людини - створити для неї відчуття безпеки, що збільшує лікувальний потенціал тіла.

Експеримент Курта П. Річтера 1957 року про феномен раптової смерті тварин та людини показав, що однакові стимули викликають абсолютно різні фізіологічні відповіді навіть у особин одного виду залежно від індивідуальних особливостей [89]. Це важливо під час роботи зі стресом: ми приділяємо велику увагу найбільш травмуючій події, але не розглядаємо особливості відповіді індивіда. Це означає, що те, що здається жартом для одного, може бути смертельним для іншого. Обидві системи - симпатична і парасимпатична, або вагусна, іннервують органи і баланс між ними є необхідним. Але реакція людини на світ пов'язана не з балансом двох систем, а з філогенезом, з історією видів. Ось про це і говорить полівагальна (полівагусна) теорія.

Інтегративні теорії, які пов'язують структури центральної нервової системи з вегетативною функцією, такі як полівагальна теорія, з'явилися лише протягом останніх двох десятиліть [15, 13, 28, 30, 122, 123].

Кілька історичних досліджень, хоча й не є вичерпними, підкреслюють появу варіабельності серцевого ритму як фізіологічно значущого показника. Згадки про дихальну синусову аритмію були зроблені на початку 1900-х років. Вундт [133] заявив, що «дихальні рухи регулярно супроводжуються коливаннями пульсу, частота якого зростає на вдиху і зменшується на видиху». Функціональний зв'язок між амплітудою дихальної синусової аритмії та поняттям вагусного тонусу чітко висловив Герінг [57]. Герінг повідомив, що дихання забезпечує функціональний тест вагусного контролю над серцем. Герінг заявив, що «відомо, що при диханні помітне зниження частоти серцевих скорочень, це вказує на

функцію блукаючого нерва». Бейнбрідж [11] намагався пояснити дихальну синусову аритмію в термінах змін відповіді барорецепторів і рецепторів об'єму на зміни кровотоку, викликані змінами грудного тиску, пов'язаного з диханням. Анреп і колеги [7] досліджували вплив кількох фізіологічних параметрів на дихальну синусову аритмію, у тому числі: вплив частоти та амплітуди дихання, концентрації газів у крові та еферентних кардіорегуляторних нервових шляхів.

Еппінгер і Гесс [39] почали вивчати варіабельність серцевого ритму як клінічний показник і заявили, що «клінічні прояви, такі як дихальна аритмія, звична брадикардія, . . . надали можливість привернути увагу до змін тону вагусної системи у людини». Їхні спостереження мають відношення до сучасного психофізіологічного дослідження варіабельності серцевого ритму з кількох причин, зокрема: вони попередили про важливість вагуса в опосередкуванні атипових фізіологічних реакцій; вони пов'язали індивідуальні відмінності у вагусних впливах з індивідуальними відмінностями психіатричної патології (тобто неврозів); вони визнали фармакологічну чутливість вагуса до холінергічних агентів, тим самим потенційно визначивши фармакологічне лікування; вони звернули увагу медичної спільноти на спільність вагусної іннервації різних периферичних органів і, таким чином, на можливе спільне пояснення кількох клінічних розладів.

Зараз можна стверджувати, що варіабельність серцевого ритму не можна вивчати без розуміння нейронної регуляції серця та побудови системи зворотного зв'язку, інтерес до нейронної регуляції серця не був головним занепокоєнням у роки заснування психофізіології як дисципліни. У ці перші роки дві явно суперечливі моделі спонукали до досліджень серцево-судинної психофізіології: одна з них [75], висуває гіпотезу про те, що барорецептори беруть участь у опосередкуванні зв'язку між сенсорними порогоми та короткими латентними змінами спрямованості

серцевого ритму; а інша [87] пов'язує рівень частоти серцевих скорочень з метаболічними потребами. Обидві моделі підкреслювали рівень частоти серцевих скорочень і напрямок зміни частоти серцевих скорочень від удару до удару. Варіабельність частоти серцевих скорочень не вписувалася у жодну модель. Насправді, оскільки рання психофізіологія виникла з парадигм стимул-реакція, зміни частоти серцевих скорочень розглядалися як залежні змінні, подібні до психологічних процесів (наприклад, виявлення стимулу або уваги), що відповідає моделі Лейсі, або спостережуваної поведінки (наприклад, час реакції або рух), відповідно до моделі Обріста. Ці теоретичні позиції, якщо їх довести до крайності, припускають, що зміни частоти серцевих скорочень будуть повністю під контролем експериментальних або навколишніх вимог. Це, звичайно, прямо суперечить поточним знанням про динамічний зв'язок між серцем і центральною нервовою системою та вплив цієї взаємодії на вироблення варіабельності серцевого ритму.

Труднощі в концептуалізації варіабельності серцевого ритму як надійної психофізіологічної змінної були частково пов'язані з її використанням як індивідуальної різниці, пов'язаної з поведінковою імпульсивністю чи фізіологічною реактивністю, і як залежної змінної, чутливої до постійної уваги. Лейсі Дж. та Лейсі Б. [73] повідомили, що люди з більшою варіабельністю серцевого ритму (тобто показником вегетативної лабільності) були більш імпульсивними в поведінці. Цьому передували Еппінгер і Гесс [39], які описали ваготонічний синдром із клінічними ознаками, які включали перебільшену дихальну синусову аритмію. У відповідності з цим інтересом до варіабельності серцевого ритму як змінної індивідуальних відмінностей, Поржес [99, 100] повідомив, що особи з більшою базовою варіабельністю серцевого ритму мали більш швидкий час реакції та більші зміни у варіабельності серцевого ритму під час завдання на концентрацію уваги. Кальсбек та

Етема [65] продемонстрували зниження варіабельності серцевого ритму під час збільшення розумового навантаження. Лейсі [71] зауважив, але не дав кількісного визначення, що частота серцевих скорочень стабілізувалася під час концентрації уваги. Поржес і Раскін [108] кількісно визначили варіабельності серцевого ритму і продемонстрували, що варіабельності серцевого ритму значно знижується під час вимог до уваги. Ці парадигми були поширені на новонароджених людей, і дослідження підтвердили, що під час тривалого пред'явлення стимулу варіабельність серцевого ритму була знижена, а індивідуальні відмінності вихідної варіабельності серцевого ритму корелювали з реактивністю частоти серцевих скорочень [100]. Крім того, дослідження лабораторії Ленглів досліджували вплив зворотного зв'язку на регуляцію варіабельності серцевого ритму [59, 75]. Сайерс представив спектральний аналіз як метод кількісного визначення варіабельності серцевого ритму під час виконання ергономічних завдань [113]. За цим послідувало введення крос-спектрального аналізу [101] як стратегії для опису зв'язку між диханням і частотою серцевих скорочень і застосування спектрального аналізу для визначення структури серцевого вагусного тону [107].

Оскільки інтерес до варіабельності серцевого ритму зріс, її використовували як змінну індивідуальних відмінностей в акушерстві, педіатрії, психології розвитку, психіатрії та психології здоров'я, так і як змінну відповіді в ергономіці, інженерії людського фактора та когнітивних науках. Впровадження варіабельності серцевого ритму вимагало зміни теоретичної орієнтації в психофізіології серцево-судинної системи від підходу стимул-реакція, який розглядався як «поведінка» на основі парадигми, до оцінки обох нейронних механізмів, що опосередковують ритмічні зміни в частоті серцевих скорочень і методології, необхідні для кількісного визначення.

У цьому історичному контексті Полівагальна теорія була представлена як нова модель нейронної регуляції вегетативної нервової системи [102]. Ця теорія дає кілька уявлень про пристосувальний характер фізіологічного стану. По-перше, Полівагальна теорія підкреслює, що фізіологічні стани підтримують різні класи поведінки. Наприклад, фізіологічний стан, що характеризується відступом блукаючого нерва, підтримував би мобілізаційну поведінку боротьби та втечі. Навпаки, фізіологічний стан, що характеризується посиленням вагусного впливу (через шляхи, що походять із двозначного ядра) на серце, підтримуватиме спонтанну соціальну активність. По-друге, теорія підкреслює функціональні та структурні зв'язки між нейронним контролем поперечно-смугастих м'язів обличчя та гладких м'язів внутрішніх органів. По-третє, Полівагальна теорія пропонує механізм, нейроцепцію, для запуску або пригнічення захисних стратегій [106]. Нейроцепція, як процес, визначає, чи викликають конкретні особливості навколишнього середовища певні фізіологічні стани, які підтримували б поведінку «бій-біжи» або соціальну активність. Нейроцепція може включати ділянки скроневої кори, які декодують біологічний рух і виявляють навмисність соціальних взаємодій.

Полівагальна теорія підкреслює нейрофізіологічну та нейроанатомічну різницю між двома гілками вагуса та припускає, що кожна гілка підтримує різні адаптивні поведінкові стратегії. Теорія формулює три філогенетичні стадії розвитку автономної нервової системи хребетних [102, 103, 104, 95, 106]. Кожна стадія пов'язана з окремою вегетативною підсистемою або ланцюгом, які зберігаються та експресуються у ссавців. Ці вегетативні підсистеми філогенетично впорядковані та поведінково пов'язані із соціальною комунікацією (наприклад, вираз обличчя, вокалізація, слухання), мобілізацією (наприклад, поведінка бій-біжи) та знерухомленістю (наприклад, вдавання смерті, вазовагальний синкопе (короткочасна втрата свідомості через

гостру недостатність кровообігу в головному мозку) та поведінкове відключення). Система соціальної комунікації залежить від функцій мієлінового вагуса, який служить для сприяння спокійним поведінковим станам шляхом пригнічення симпатичних впливів на серце. Система мобілізації залежить від функціонування симпатичної нервової системи. Найбільш філогенетично примітивний компонент, система імобілізації, залежить від немієлінізованого або «вегетативного» вагусу, який є спільним з більшістю хребетних. Зі збільшенням нейронної складності внаслідок філогенетичного розвитку збагачується поведінковий і афективний репертуар організму. Три схеми можна концептуалізувати як динамічні, що забезпечують адаптивну реакцію на безпечні, небезпечні або небезпечні для життя події та контексти.

1.4. Тілесна усвідомленість індивідів з невротичною організацією особистості через призму Полівагальної теорії.

Аналіз робіт з проблем рівня невротизації показав що, як правило, більш схильні до негативних емоцій. Це може сприяти підвищенню ризику виникнення почуття тривоги, занепокоєння, гніву, дратівливості, депресії та емоційної нестабільності [130].

Невротизм пов'язаний із проблемами фізичного здоров'я, включаючи зниження імунітету, проблеми з серцем і підвищений ризик смерті [124]. Він також пов'язаний із зниженням задоволеності міжособистісними стосунками, підвищеним занепокоєнням, проблемами, пов'язаними з роботою, і загальним зниженням якості життя [88].

Людам з невротичною організацією особистості властиво відчувати негативні афекти, включаючи гнів, тривогу, занепокоєння, дратівливість, емоційну нестабільність і депресію [131]. Люди з підвищеним рівнем невротизації погано реагують на стрес навколишнього середовища, сприймають звичайні ситуації як загрозливі, а незначні розчарування

можуть сприймати як безнадійно гнітючі. Нейротизм є однією з найбільш добре встановлених і емпірично підтверджених сфер особистісних рис із значним обсягом досліджень, які підтверджують його спадковість, передумови, тимчасову стабільність протягом усього життя та універсальну присутність [131].

Явище підвищеної невротизації має масштабні наслідки для громадського здоров'я [74]. Це забезпечує диспозиційну вразливість для широкого спектру різних форм психопатології, включаючи тривогу, настрій, психоактивні речовини, соматичні симптоми та розлади харчової поведінки [131; 9]. Багато випадків дезадаптивного вживання психоактивних речовин є спробами придушити страх, тривогу, дисфорію, і емоційну нестійкість через невротизм. Клінічно значущі епізоди тривожного та депресивного настрою часто представляють взаємодію рис характеру або темпераменту невротизму з життєвим стресом [131].

Широкий спектр фізичних захворювань, таких як серцеві захворювання, порушення імунної функції, астма, atopічна екзема, синдром подразненого кишечника та навіть підвищений ризик смертності пов'язують з надмірним рівнем невротизації [120]. Зв'язок невротизму з фізичними проблемами є як прямим, так і опосередкованим, оскільки невротизм створює вразливість до розвитку цих станів, а також схильність перебільшувати їх важливість і нездатність ефективно реагувати на їх лікування.

Феномен невротизму давно визнаний з початку фундаментальних наукових досліджень особистості і, можливо, навіть є першою сферою особистості, яка була ідентифікована в психології [131]. Враховуючи його центральне значення для багатьох різних форм психічної та фізичної дисфункції, не дивно, що невротизм очевидний у переважаючих моделях особистості, розладах особистості та психопатології.

На підставі вивчених публікацій, можна помітити, що надмірний нейротизм є фундаментальною сферою особистості, яка має величезні наслідки для громадського здоров'я, впливаючи на широкий спектр психопатологічних і фізичних проблем зі здоров'ям. Це сприяє виникненню багатьох значно шкідливих життєвих наслідків, а також погіршує здатність людей адекватно їх вирішувати. Його давно визнали однією з найбільш важливих і значущих областей особистості, і її все більше визнають як фундаментальну область розладу особистості та психопатології в цілому [130].

Для роботи з невротизованими особистостями можна використовувати методи, описані Стівеном Поржесом, наприклад, споглядальні практики, які підсилюють вагальну регуляцію вегетативної нервової системи [106]. У його моделі передбачається, що специфічна добровільна поведінка (наприклад, дихання, вокалізація), яка характеризує стародавні ритуали і є основою споглядальних практик, може викликати фізіологічний стан, опосередкований вагусними шляхами, що сприяє зміцненню здоров'я та оптимізації суб'єктивних відчуттів. Модель підкреслює, що для того, щоб відчути позитивний ефект від споглядальних практик, ритуали, пов'язані з ними (наприклад, співи, молитви, медитація, танці), повинні виконуватися в контексті, визначеному фізичними особливостями, які є заспокійливими та сприятливими відчуттю безпеки.

Полівагальна теорія пояснює, як ритуали, пов'язані з споглядальними практиками, сприяють тілесним відчуттям безпеки, довіри та зв'язку [102, 98]. Ця теорія стверджує, що ознаки ризику та безпеки, які постійно контролюються нервовою системою, сприяють або стану безпеки та спокою, або стану пильності щодо джерел потенційної загрози та захисту. Теорія припускає, що ссавці шукають безпеку, яка, якщо її досягти, полегшує здоров'я та соціальні зв'язки. Поржес пояснює, як ритуали, пов'язані з споглядальними практиками, викликають фізіологічні

стани, які заспокоюють нервові системи захисту та сприяють почуттю безпеки, що може призвести до вираження та почуття співчуття.

Нервова система людини забезпечує два шляхи для запуску нейронних механізмів, здатних знижувати захисні сили, щоб забезпечити стани спокою, які підтримують здоров'я. Один шлях пасивний і не потребує усвідомлення, тоді як інший вимагає свідомої вольової поведінки, яка запускає специфічні нейронні механізми, які, у свою чергу, змінюють фізіологічний стан людини. Спонтанна позитивна соціальна поведінка, що виражається у виразі обличчя та голосовій інтонації, залежить від першого, а оптимальні результати споглядальних практик, таких як медитація та співи, залежать від другого. Особливості голосу (тобто просодика — інтонація голосу) і вираз обличчя, які характеризують взаємодію позитивної соціальної поведінки, надають потужні сигнали нервовій системі, яка пригнічує захисні схеми. На відміну від пасивного шляху заспокоєння через афілійовану соціальну участь, споглядальний тренінг зазвичай проводиться в контексті «духовного» простору (наприклад, тихий простір із заспокійливою музикою), який запускає пасивний шлях для сприяння фізіологічному стану, асоціюється з почуттям безпеки. Потрапивши в безпечний стан, людині доручають виконувати довільні дії, такі як дихання, зміна пози та вокалізація, які функціонально вправляють вагусну систему та сприяють, зміцнюють і зміцнюють стани спокою. Ці добровільні дії, які за означенням Стівена Поржеса отримали назву ритуали, безпосередньо підключаються до вагусних систем, які ефективно маніпулюють фізіологічним станом людини. Це дозволяє ритуалам функціонувати як нейронні справи вагусних шляхів.

Висновки до розділу 1

Кожну людину можна віднести до певного рівня особистісної організації – психотичного, межового, невротичного, що є одною з

основних характеристик, завдяки якій психотерапевт бачить здатність особистості долати внутрішні конфлікти.

Описуючи людей з невротичною організацією особистості, можна зробити висновок, що вони використовують зрілі захисні механізми, мають інтегроване почуття ідентичності, здатні загалом окреслити свій темперамент, цінності, смаки, звички, переконання, мають більші здібності до саморефлексії, інсайту та регуляції афектів, що дозволяє їм формувати та підтримувати терапевтичні стосунки порівняно з пацієнтами з нижчим рівнем організації особистості.

Дедалі частіше роль порушення усвідомлення тіла та реактивності описується в ряді клінічних проблем, включаючи тривогу, депресію, посттравматичний стрес, шизофренію і розлади харчування. Стають очевидними двонаправлені зв'язки між вегетативними і центральними структурами мозку. Відповідно, нові теорії та дослідницькі стратегії повинні включати динамічні та інтерактивні конструкції, які пов'язують центральні структури з периферійними органами.

Однією з таких теорій є Полівагальна теорія Стівена Поржеса, яка виходить за рамки понять “бій-біжи” і ставить соціальні відносини на перше місце у розумінні травми. А також пропонує нові підходи до лікування, які зосереджені на зміцненні системи регулювання збудження в організмі. Даний погляд можна застосовувати у роботі з невротизованими особистостями, які мають знижену задоволеність міжособистісними стосунками, незадоволеність бажань, підвищене занепокоєння, напруженість, для підвищення рівня якості їх життя, а також сприяння на їхні тілесні відчуття безпеки, довіри та зв'язку.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ТІЛЕСНОЇ УСВІДОМЛЕНОСТІ ІНДИВІДІВ З НЕВРОТИЧНОЮ ОРГАНІЗАЦІЄЮ ОСОБИСТОСТІ

2.1. Обґрунтування методичного інструментарію

В дослідженні тілесної усвідомленості індивідів з невротичною організацією особистості для діагностики їхніх особливостей було використано дві методики.

Перша з них - це KON-2006, який є психометричним інструментом, що використовується для діагностики особистісних дисфункцій, які сприяють розвитку невротичних розладів. Використання цієї анкети полегшує діагностику невротичного розладу, а також полегшує диференціацію невротичних та псевдоневротичних синдромів, наприклад, реакції на стрес. Крім того, ця анкета дозволяє оцінити зміни, що відбуваються у процесі лікування. Дана методика перекладена і апробована на українській вибірці Орловим О.В. у 2016 році.

Друга - анкета сприйняття тіла (BPQ), що вимірює самооцінку усвідомлення тіла та вегетативної реактивності (тобто зміни у відповідях вегетативної нервової системи). Ця методика чудово вписалась у дослідження також тому, що має адаптацію українською мовою, яка була виконана аспіранткою кафедри психодіагностики та клінічної психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка Денісієвською А.Є. у 2020 році. Тобто учасники вибірки заповнили україномовну версію вимірювання тілесної усвідомленості.

2.1.1 Опитувальник невротичних особистісних рис KON-2006

Проблема етіології невротичних розладів (і навіть адекватності поняття «невроз») є одним із питань психопатології без відповіді. Занадто обширна універсальність функціональних симптомів, що спорадично з'являються майже у всіх людей у ситуаціях напруги, є джерелом нечітких меж між хворобою та здоров'ям. З іншого боку, частота появи синдромів із функціональними симптомами, що викликають скарги, про які суб'єкт (та/або його оточення) повідомляє як про розлади, становила близько 20-

30% у досліджуваних популяціях [66] і робить невротичні розлади одними з найпоширеніших медичних проблем. Різноманітність перебігу розладів (від короткочасних реакцій, як правило, пов'язаних зі стресовими ситуаціями, до хронічних і рецидивуючих, що тривають багато років) з варіаціями клінічної картини підтримують сумніви щодо розуміння цих розладів як одного цілого, а також багатьох відносно незалежних захворювань.

На сьогоднішній день етіопатогенез невротичного розладу розглядається переважно як наслідок зіткнення суб'єкта з життєвими подіями, що перевищують його здатність справлятися, тобто стресовими подіями. Паралельно, хронічна або рецидивна невротична симптоматика пов'язана з різними дисфункціями особистості, що викликають безпорадність. Присутність такої симптоматики і, викликана ними, безпорадність, особливо щодо подолання проблем в міжособистісних стосунках, помітні в клінічній картині більшості пацієнтів. Характер цих дисфункцій іноді позначених назвою «невротична особистість», іноді як «незрілість» або описується у категоріях «специфічних розладів особистості» [110].

Визначення типу розладів особистості, відповідальних за етіопатогенез невротичних розладів - складніше, оскільки наявні інструменти дослідження призначені або для опису нормальної особистості (наприклад, 16 PF Cattell), або для специфічних розладів особистості, що виникають незалежно від невротичних розладів (наприклад, MMPI). З іншого боку, побудова дослідницького інструменту, призначеного для вимірювання особистісних дисфункцій, пов'язаних з невротичними розладами, перешкоджає відсутності добре обґрунтованих припущень щодо області та спектру цієї теми. Майже жодна з пропозицій, що впливають з існуючих теорій людської особистості або теорій психопатології невротичних розладів, не отримала задовільного

підтвердження у клінічному досвіді. Одна з адаптацій опису особистості 16 PF Cattell [4, 5, 6, 113] виявилася корисним способом оцінки інформації про невротичну особистість та її зміни в результаті лікування, але вона була недостатньо достовірною, щоб відтворити роль діагностичного засобу. Ймовірно, сфера особистості, яка описується шкалами цього опитувальника недостатньо адекватна сфері, пов'язаній з невротичними розладами. Тому наприкінці 1970-х років польські дослідники почали створювати інструмент, заснований на експериментальному визначенні змінних і шкал, що диференціює осіб, які страждають на невротичні розлади, від здорових осіб. Цей опитувальник був створений Є. Александровичем, К. Класою, Є. Собанські і Д. Столярською на кафедрі психотерапії Медичного коледжу Ягеллонського університету в Кракові, Польща. Адаптація з польської на українську мову та апробація на українській вибірці була виконана О.В. Орловим в 2016 році.

Тобто, для визначення тілесної усвідомленості індивідів з невротичною організацією особистості було використано психометричний інструмент “Опитувальник невротичної особистості KON-2006”. Використання опитувальника полегшує діагностику невротичного розладу, а також диференціацію невротичних і псевдоневротичних синдромів, наприклад, такі як реакція на стрес. Крім того, анкета дозволяє оцінити зміни, що відбуваються в процесі лікування.

Пункти опитувальника KON-2006 вимагають однозначної відповіді “так” або “ні”, 240 пунктів утворюють 24 шкали, такі як: відчуття залежності від оточення, астения, негативна самооцінка, імпульсивність, труднощі з прийняттям рішень, почуття відчуженості, демобілізація, ризикові тенденції, труднощі в емоційних стосунках, відсутність життєвих сил, переконання у власній безвихідності в житті, відчуття відсутності впливу, дефіцит внутрішнього локусу контролю, уява, фантазування,

почуття провини, труднощі в міжособистісних стосунках, заздрість, нарцистичне ставлення, відчуття небезпеки, піднесення, ірраціональність, педантичність, обдумування, відчуття перевантаження. Кожна відповідь «так» чи «ні» відповідно до ключей додає один бал до сирової оцінки шкали. Зазвичай крайні значення шкал (високі або низькі) розрізняють осіб, які страждають невротичними розладами, і контрольну групу. Також дана методика надає можливість кількісної оцінки рівня невротизації респондента за допомогою інтегративної шкали (X-KON). Ця шкала обчислюється за результатами показників 24 інших тестових шкал, які детально будуть розглянуті нижче.

Шкала 1. Відчуття залежності від оточення - визначає схильність респондента сприймати себе як залежну, підпорядковану іншим, поступливу, нездатну відмовити, а також водночас не схвалюючи ці аспекти себе. Шкала містить 18 пунктів, її вихідне значення визначається кількістю відповідей «так» у пунктах № 6, 10, 16, 24, 92, 107, 174, 178, 179, 183, 184, 190, 211, 221, 240. і 241, а відповідь «ні» в пунктах № 140 і 195. Гранична точка становить 6,5 бали для обох статей.

Шкала 2. Астенія - описує респондента як людину зі зниженою динамікою, занепадом сил, з усвідомленням власної психічної слабкості, незадоволеністю життям. Шкала включає 13 пунктів, відповіді «так» в пунктах № 11, 12, 17, 25, 29, 110, 114, 124, 151, 168, 200, відповіді «ні» в пунктах № 41 і 111. Пороговий показник для жінок склав 7,5 балів і 8,5 балів для чоловіків.

Шкала 3. Негативна самооцінка - респондент визначає себе як непривабливу, нікчемну людину, незадоволену собою, схильність думати про себе погано, проявляти нерішучість і боязкість. Шкала складається з 13 пунктів, відповіді «так» в пунктах № 14, 21, 26, 39, 156, 185, 202, 203, 211, 234, 237, відповіді «ні» в пунктах № 134 і 153. Пороговий показник для обох статей становить 2,5 бали.

Шкала 4. Імпульсивність - описує сприйняття респондентом себе як людини, яка легко спалахує, сварлива, дратівлива, неспокійно ставиться до інших, фізично агресивна, схильність діяти за примхою, демонструючи поведінку, яка характеризується невеликою або повною відсутністю передбачуваності, рефлексії або розгляду наслідків. Шкала складається з 17 пунктів, відповідей «так» у пунктах № 47, 61, 78, 80, 112, 113, 125, 133, 146, 171, 188, 199, 204, 228, 229, 235 та «ні». ” відповідь на питання № 144. Пороговий показник для жінок становить 4,5 бали, а для чоловіків – 5,5 бали.

Шкала 5. Труднощі з прийняттям рішення - описує сприйняття респондентом себе як такого, що має труднощі з прийняттям рішень, схильність до вагання, ретельне обмірковування, уникнення власної ініціативи. Шкала включає 11 пунктів, відповіді «так» в пунктах № 2, 65, 74, 90, 95, 98, 173, 196, відповіді «ні» в пунктах № 7, 28, 129. Гранична точка для обох статей становить 6,5 бали.

Шкала 6. Почуття відчуженості описує сприйняття суб'єктом себе як людини відчуженої, позбавленої соціальної підтримки, незрозумілої, зневажливої. Шкала включає 14 пунктів, відповіді «так» в пунктах № 3, 27, 39, 44, 55, 76, 106, 150, 154, 166, 181, 218 і відповідь «ні» в пунктах № 30, 71. Пороговий показник для жінок становив 3,5 бали, а для чоловіків – 2,5 бали.

Шкала 7. Демобілізація описує переживання респондентом втрати надії та зниження життєвої динаміки, страх перед новими викликами та ситуаціями, відчуття втоми, незадоволення собою. Шкала складається з 20 пунктів, відповіді «так» у пунктах № 32, 90, 108, 131, 166, 242, відповіді «ні» у пунктах № 15, 38, 41, 50, 77, 83, 93, 132, 143, 153, 165, 182, 197, 239. Гранична точка для жінок склала 5,5 балів, а для чоловіків – 8,5 балів.

Шкала 8. Схильність до ризику визначає сприйняття респондентом себе як людини, яка шукає небезпеки, не боїться нових ситуацій або,

протилежно - уникає їх і не ризикує. Шкала містить 14 пунктів, відповіді «так» в пунктах № 4, 31, 48, 50, 56, 89, 93, 99, 116, 129, 135, 186, відповіді «ні» в пунктах № 8, 90. Гранична точка для жінок 2,5 бали та 4,5 бали для чоловіків.

Шкала 9. Труднощі в емоційних стосунках - описує відчуття труднощів у стосунках з іншими та недовіру до пов'язаного з цим оточення. Шкала включає 12 пунктів, відповіді «так» у пунктах № 8, 13, 51, 100, 104 та «ні» у пунктах № 30, 54, 64, 75, 118, 167, 236. Гранична точка для жінок 6,5 балів, для чоловіків 7,5 балів.

Шкала 10. Відсутність життєвих сил - визначає відсутність життєвої динаміки та усвідомлення цієї дисфункції. Шкала містить 20 пунктів, відповіді «так» у пунктах №: 29, 84, 90, 102, 108, 136, 170, 196, 242 та відповіді «ні» у пунктах: 9, 22, 34, 50, 89, 99, 111, 142, 163, 212, 231. Пороговий показник для обох статей становив 9,5 балів.

Шкала 11. Переконавання у власній безвихідності в житті визначає сприйняття суб'єктом себе як людини нестійкої, з відсутністю ресурсу, не орієнтованої на досягнення своїх цілей, яка легко дезорганізується та замикається в ситуації труднощів. Шкала складається з 16 пунктів, відповіді «так» в пунктах № 12, 49, 114, 126, 131, 201, «ні» в пунктах 68, 70, 86, 189, 197, 209, 213, 216, 217, 243. Порогова точка для обох статей становила 5,5 бали.

Шкала 12. Відчуття неконтрольованості визначає сприйняття респондентом себе як особистості, що залежить від обставин, «вищих сил», випадкових подій та інших людей і зазнає як наслідок різноманітних втрат. Шкала містить 13 пунктів, відповіді «так» у пунктах № 19, 40, 63, 91, 149, 154, 178, 184, 190, 198, 205, 215 та відповідь «ні» у пункті № 223. Пороговий показник для жінок становив 2,5 бали, а для чоловіків – 1,5 бали.

Шкала 13. Дефіцит внутрішнього локусу контролю визначає уявлення респондента про себе як про людину, яка не керується власними прагненнями та рішеннями, вона не здатна мати власну ініціативу та самостійно керувати своїм життям. Шкала складається з 19 пунктів, відповіді «так» в пунктах № 154, 160, 166, 178, 179, 190, 194, 196, 215, 224, відповіді «ні» в пунктах № 7, 20, 70, 86, 94, 195, 213, 223, 233. Пороговий показник для жінок становив 5,5 балів і 6,5 балів для чоловіків.

Шкала 14. Уява, захоплення фантастикою - визначає схильність респондента давати волю своїй уяві, особливо грандіозній і масштабній, потреба завоювати захоплення та симпатію оточуючих. Шкала складається з 13 позицій - № 1, 33, 66, 103, 127, 158, 172, 174, 179, 206, 222, 225, 238, всі позиції з ключем «так». Пороговий показник для обох статей становить 4,5 бали.

Шкала 15. Почуття провини визначає схильність респондента відчувати провину, хвилюватися, звинувачувати себе з приводу власної поведінки, порушення власних стандартів. Шкала складається з 11 позицій - №: 45, 52, 59, 88, 100, 122, 176, 181, 183, 224, 230, усі з клавішею «так». Порогова точка для обох статей становила 5,5 бали.

Шкала 16. Труднощі в міжособистісних стосунках - описує як труднощі у стосунках з оточенням, так і сприйняття суб'єктом себе як людини, яка неадекватно справляється під час контакту з іншими. Шкала включає 12 пунктів, відповіді «так» в пунктах № 3, 58, 76, 87, 100, 106, 139, 226 і відповіді «ні» в пунктах № 30, 62, 64, 193. Порогова точка для жінок була на рівні 5,5 балів і 4,5 балів для чоловіків.

Шкала 17. Заздрість описує переживання розчарування, вороже ставлення, неприязнь до успіхів інших і знецінення інших людей та їх здобутків. Шкала містить 14 пунктів, № 5, 18, 23, 43, 82, 92, 115, 119, 120, 161, 218, 222, 226, 232 (усі позначені «так»). Порогова точка для обох статей становила 2,5 бали.

Шкала 18. Нарцистичне ставлення описує сприйняття респондентом себе як людини, яка заслуговує на особливі привілеї, яка хоче володіти більшим за інших, визначає себе кращою за інших і є егоцентричною. Шкала складається з 14 пунктів, № 43, 57, 85, 105, 117, 119, 128, 130, 135, 152, 162, 191, 219, 222 (усі відповіді «так»). Гранична точка становить 3,5 бали для обох статей.

Шкала 19. Відчуття небезпеки описує недовіру респондента до оточуючих людей, передбачення невдач, відмову від власних цілей, сприйняття себе як людини недостатньо стійкої, яка зазнала образ з боку оточення. Шкала складається з 14 пунктів, № 26, 55, 58, 60, 72, 76, 81, 108, 159, 160, 205, 214, 218, 240 (усі відповіді «так»). Гранична точка для жінок 4,5 бали та 3,5 бали для чоловіків.

Шкала 20. Екзальтація визначає самосприйняття респондента як людини дуже чутливої, тендітної, емоційної, з мінливим настроєм, яка в той же час шукає підтримки ззовні. Шкала містить 13 пунктів, № 35, 37, 69, 97, 108, 115, 123, 138, 148, 164, 171, 208, 227 (усі відповіді «так»). Пороговий показник для жінок становив 8,5 балів, а для чоловіків – 6,5 балів.

Шкала 21. Ірраціональність вказує на керованість респондента ірраціональними когнітивними схемами (наприклад, віра в надприродні сили) і видавання бажаного за дійсне. Шкала складається з 10 пунктів, № 36, 40, 53, 64, 73, 79, 96, 137, 147, 158 (усі відповіді «так»). Порогова точка для жінок становила 4,5 бали та 2,5 бали для чоловіків.

Шкала 22. Педантичність характеризує суворе дотримання певного способу мислення, надмірний формалізм, перфекціонізм в мисленні і діях, дріб'язковість. Шкала складається з 8 пунктів, № 65, 69, 84, 157, 169, 177, 192, 220 (усі відповіді «так»). Пороговий показник для обох статей становить 3,5 бали.

Шкала 23. Обдумування - визначає схильність респондента до спогадів, роздумів над собою та власними діями, невизначеність і сприйнятливість. Шкала включає 10 пунктів, відповіді «так» в пунктах № 58, 65, 69, 97, 141, 145, 175, 184, 203 і відповідь «ні» в пункті № 50. Гранична точка для жінок 7,5 балів і 6,5 балів для чоловіків.

Шкала 24. Відчуття перевантаженості вказує на сприйняття респондентом себе як людини, підпорядкованої правилам, зобов'язанням і завданням, очікуючої від себе багато чого, переобтяженого.

Відчуття перевантаження є більш інтенсивним у осіб, які страждають на невротичні розлади, не очевидно, що воно є наслідком якоїсь конкретної дисфункції особистості. Ось чому інформацію, отриману за цією шкалою, слід розглядати як додаткову. Шкала складається з 9 пунктів (усі ключові «так») - Ні 46, 101, 109, 121, 155, 180, 199, 207, 210. Порогова точка для жінок була на рівні 5,5 балів і 3,5 балів для чоловіків.

Коефіцієнт X-KON, який є сумою зважених балів, отриманих у результаті відповідей суб'єкта відповідно до ключа в 24 шкалах, помножених на кількість шкал, де зважені бали відрізняються від нуля, дозволяє загальну оцінку діапазон і вираженість розладів особистості, пов'язаних з етіопатогенезом невротичних розладів. Показник X-KON, типовий для суб'єктів із розладами, вище 18 балів, а типовий для здорових суб'єктів – нижче 8 балів (результати від 8 до 18 балів слід розглядати як сприйнятливі до різних інтерпретацій).

2.1.2. Опитувальник тілесної усвідомленості BRQ

Так як було зауважено раніше, дедалі частіше роль усвідомлення тіла та реактивності описується в ряді клінічних проблем, разом з цим виникла потреба у методах самооцінки, які могли б концептуально поєднати суб'єктивний досвід тіла з нейронаукою, фізіологією та медициною. Самозвіти надають незамінну інформацію про внутрішній

досвід у натуралістичних умовах і є важливим доповненням до лабораторних вимірювань, фізіологічного моніторингу та кількісної оцінки нейронних процесів. Існує значна кількість інструментів для визначення сприймання суб'єктами тілесних відчуттів та для вимірювання суб'єктивного досвіду тілесного усвідомлення організму, але небагато розроблені з урахуванням суворих психометричних вимог [85].

Стівен Поржес з колегами у 1993 році розробили Опитувальник тілесних відчуттів (BRQ). Дана методика стала інструментом для визначення рівня усвідомлення сприймання тіла та визначення реактивності автономної нервової системи. Оскільки дослідження з використанням BRQ поширювалися, опитувальник був застосований до ряду міжнародних нервових, поведінкових і клінічних досліджень і перекладений кількома мовами [8]. Українською мовою “Опитувальник тілесної усвідомленості” був адаптований А.Є. Денісієвською у 2020 році.

Питання даної методики базуються на організації автономної нервової системи, сукупності нейронних шляхів, які об'єднують тіло і мозок. Ці нейронні шляхи направляють від організму інформацію про органи і тканини. Деякі з таких вхідних сигналів є основою для усвідомленості суб'єктом тілесних відчуттів. Окрім, автономна нервова система містить сигнали, що керують функціями органів і тканин. Вони можуть змінювати функції організму в залежності від внутрішніх і зовнішніх потреб.

Повна версія BRQ, що налічує 122 твердження, оцінює тілесну усвідомленість, реактивність автономної нервової системи, стилі реакцій, когнітивно-емоційно-соматичну реакцію на стрес, когнітивний стрес та історію здоров'я. Аспекти, які викликали найбільший науковий інтерес, в Опитувальнику тілесної усвідомленості – це субшкали тілесної усвідомленості й автономної реактивності, у дослідженнях зазвичай користуються лише цими субшкалами. Як наслідок, авторами було

розроблено коротшу версію опитувальника, вони обрали дві субшкали, які можуть виявитися найбільш корисними для різноманітних досліджень. Дослідники додатково зменшили набір елементів, обравши елементи усвідомлення тіла, які точно охоплювали аспекти прямого функціонального контролю вегетативних шляхів. Пункти, які були пов'язані з вегетативними ланцюгами, але були перевантажені через включення поза вегетативних систем, були видалені (наприклад, пункт «незграбність зіткнутися з людьми» також включає пропріоцепцію). Ніяких нових пунктів не було додано, ані формулювання пункту жодним чином не змінено. Таким чином, елементи з оригінальної форми BPQ сумісні з новою короткою версією. Усі нові субшкали також можуть бути оцінені за допомогою даних, зібраних з оригінального документа BPQ [7]. Така варіація опитувальника має 46 пунктів та називається «Опитувальник тілесних відчуттів – коротка форма» (Body Perception Questionnaire- Short Form (BPQ- SF)).

Тобто, для діагностики тілесної усвідомленості у дослідженні було використано саме «Опитувальник тілесних відчуттів – коротка форма», яка застосовується для виміру самооцінки усвідомлення тіла та вегетативної реактивності (тобто варіації у відповідях вегетативної нервової системи). Елементи опитувальника базуються на організації вегетативної нервової системи, набору нейронних шляхів, що з'єднують мозок і тіло. Ці шляхи передають інформацію з організму про стан органів і тканин (тобто аферентні проєкції). Деякі з цих вхідних сигналів формують основу для суб'єктивного усвідомлення тіла. Вегетативна нервова система також передає сигнали, які контролюють функції цих органів і тканин (тобто еферентні проєкції). Ці сигнали можуть змінювати функції організму залежно від внутрішніх і зовнішніх потреб.

Дана методика налічує три шкали: 1) тілесна усвідомленість; 2) реактивність автономної нервової системи (над діафрагмою) - питання 27-

40; 3) реактивність автономної нервової системи (під діафрагмою) - питання 41-46.

Шкала тілесна усвідомленість показує міру чутливості для внутрішніх функцій організму. Значення на верхньому кінці шкали відображають гіперчутливість, а значення на низькому рівні відображають гіпочутливість. Розвинена тілесна усвідомленість дає змогу особистості помічати себе з точки зору тілесних проявів, емоційного самопочуття і думок, які наповнюють її в конкретний момент часу. Також високий рівень тілесної усвідомленості допомагає перегляду і зміні патернів, зниженню рівня напруги, більш дбайливо ставитися до себе і оточення. У даному опитувальнику за цю шкалу відповідають питання 1-26 - це весь перший блок.

Друга шкала реактивність автономної нервової системи над діафрагмою вимірює реакції вегетативно іннервованих органів над діафрагмою. Вони, ймовірно, відображають припинення роботи нейронних ланцюгів, сприяючи соціальному залученню та спокійному стану спокою, а також активацію симпатичних реакцій «бий або біжи». Питання цієї шкали в опитувальнику - це позиції 27-41.

Третя шкала реактивність автономної нервової системи під діафрагмою вимірює реакції вегетативно іннервованих шлунково-кишкових органів нижче діафрагми. Ймовірно, вони відображають реактивність немієлінізованого блукаючого нерва, симпатичної нервової системи та ентеральної нервової системи. Питання цього блоку з 41 по 46 в опитувальнику Тілесної усвідомленості.

На кожне з питань трьох шкал тілесна усвідомленість, реактивність автономної нервової системи (над діафрагмою), реактивність автономної нервової системи (під діафрагмою) є 5 варіантів відповідей, такі як ніколи, рідко, інколи, зазвичай, завжди. Респонденту потрібно обрати найбільш підходящу відповідь для опису свого стану. Загальна кількість балів 45 або

нижче (80-й перцентиль) свідчить про те, що вегетативна система реакції на стрес активується лише час від часу. Загальна кількість балів вище 45 свідчить про те, що вегетативна система реакції на стрес може бути активною. Це явище вважається нормальним, якщо людина переживає сильний стрес.

Вегетативна нервова система координує сумісну роботу мозку і тіла людини, щоб реагувати на виклики повсякденного буремного життя. Іноді вегетативні реакції можуть виникати мимовільно, при цьому можна відчувати їх вплив у певних частинах тіла. Такі реакції можуть включати задишку, нудоту, сухість у роті тощо. У деяких людей у певні періоди життя ці реакції організму можуть бути досить чутливими та їх легко викликати. Цей показник визначає, як часто активується реакція організму на стрес [92].

2.1.3. Анкета активності

Третьою частиною опитування стала коротка анкета з питаннями з приводу активностей респондента. Твердження про активність у анкеті налічували 6 питань і були сформульовані наступним чином: “Я займаюся йогою”, “Я займаюсь бойовими мистецтвами”, “Я займаюсь тілесною психотерапією”, “Я займаюсь танцювальною психотерапією”, “Я виконую mindfulness-практики”, “Я медитую”. На них респондентам було представлено 4 варіанти відповіді для визначення періодичності їхньої активності (наприклад, “не займаюся”, “декілька разів на місяць”, “декілька разів на тиждень”, “кожен день”).

Такий вибір питань був зумовлений тим, що автором Полівагальної теорії Стівеном Поржесом також була запропонована модель, яка підкреслює залежність співчуття від загально-опосередкованого стану, що підтримує почуття безпеки, яке дозволяє відчувати власні тілесні реакції в даний момент часу, одночасно визнаючи тілесні переживання іншої

людини [109]. Акцент на зміні фізіологічного стану через вагусні механізми для переживання співчуття узгоджується з історичним використанням ритуалів у споглядальному навчанні.

Ретельне дослідження багатьох ритуалів, таких як співи, молитви, медитація, танці, пози, призвело до відкриття того, що вони є функціональними вправами блукаючих шляхів [109]. Хоча співи, молитви і медитація були включені в офіційні релігії, крім цього, функція таких ритуалів може бути більш тісно пов'язана зі здоров'ям та особистим суб'єктивним відчуттям зв'язку з іншими людьми та чимось вищим.

Задокументований позитивний вплив таких активностей, наприклад, медитації, на психічне та фізичне здоров'я [15, 21; 35] стимулював інтерес до контемплятивних практик як втручань, пов'язаних зі здоров'ям, таких як зниження стресу на основі усвідомленості [64]. Зараз наука взаємодіє з уявленнями, отриманими з історичних і часто стародавніх споглядальних практик. Накопичені знання свідчать про те, що медитативні практики не тільки призводять до іншого погляду на реальність, що формує зв'язок з живими істотами, виражений через почуття співчуття, але й можуть мати позитивний вплив на здоров'я. Ці спостереження призвели до появи нової дисципліни споглядальної неврології, яка намагається задокументувати зміни в нейронній регуляції, що відбуваються під час споглядальних практик, таких як медитація.

Функціонально, посилюючи вагусну регуляцію, ці методи ефективно сприяють зміцненню здоров'я та можуть сприяти розширенню суб'єктивного досвіду, пов'язаного зі співчуттям та універсальним зв'язком.

Стівен Поржес викладає у своїй статті наступні зв'язки фізіології та ритуалів [109]: при співах (вокалізації) задіюються нерви гортані, нерви глотки і дихання (тривалий видих і глибокий вдих животом посилюють вагусне "гальмо"); медитації (дихання) так само посилюють вагусне

"гальмо"; молитва (пози) задіюють барорецептори сонних артерій (вагусний внесок у регуляцію артеріального тиску).

Говорячи детальніше про методи стимулювання вагусу, спів (вокалізація) підвищує коливання серцевого ритму, кожна мелодія впливає на серце особливо і запускає відповідний особливий «серцевий ритм». Під час співу задіяні верхня частина легенів та м'язи задньої частини горла, що активує блукаючий нерв. За інформацією Вікхоф і колегами, активний спів (наприклад під ритмічну музику) буде підсилювати і рівень збудження, тобто симпатичну систему, і блукаючий нерв, який сприяє виникненню стану, який можна назвати потоком [126]. Потенційно здатність занурення у процес навчання або роботи можна тренувати вокалізацією. За даними досліджень більше корисним буде спів в унісон, який часто можна почути у церкві або в хорі. Так, Грейп і колеги дослідили, що хоровий спів збільшує рівень окситоцину (гормону прив'язаності), який впливає на формування приязних зв'язків з іншими людьми, викликає у них альтруїстичну поведінку [54].

Розглядаючи заняття йогою, то загалом вони збільшують активність блукаючого нерва та роботу парасимпатичної нервової системи. За результатами дослідження було виявлено, що 12 тижнів занять йогою з регулярністю значно покращили настрій та зменшували тривожність порівняно з контрольною групою, яка не займалася йогою, а тільки ходила на регулярні прогулянки. До того ж, у хімічному складі мозку було так само виявлено зміни, в таламусі стало більша кількість гамма-аміномасляної кислоти, а це один із основних гальмівних нейромедіаторів [23].

Серед дослідників є поширеною думка, що для благополуччя людини важливі як здоровий спосіб життя, так і міцні відносини з іншими людьми. В одному з досліджень 2013 року [70], було висунуте припущення, що такий зв'язок може відбуватися саме через блукаючий

нерв. Був реалізований експеримент, де учасники мовчки зосереджувалися на думках про піклування та увагу до інших, зокрема лагідно та співчутливо думати наступне: «Я бажаю тобі тільки найкращого. Я хочу щастя, безпеки і здоров'я для тебе». Треба було повертатися до цих думок, коли розум починав відволікатися. Дана практика була проведена один раз на тиждень по одній годині протягом півтора місяців. Результати показали, що у порівнянні з контрольною групою ті люди, які виконували цю вправу, мали збільшення рівню приємних емоцій, спокою, радості, надії й інтересу. І саме такі емоції виявились міцно пов'язані з переживаннями зв'язку з іншими людьми. Також це супроводжувалося збільшенням тонусу блукаючого нерва. Було припущено, що на його роботу нерва вплинула не сама медитація, тому що зміни відбулися лише у тих, хто відчув близькість до інших. І у зворотному напрямі – ті, хто не мали відчуття себе ближче до інших людей, не отримали змін активації блукаючого нерва. Отже, заняття медитацією, мають властивість допомагати розвинути відчуття турботи про інших.

Гарним методом для послаблення стресу є, окрім всього, глибоке дихання. Це один із найбільш легких методів, зважаючи на його простоту. Глибоке, усвідомлене, повільне дихання впливає на стимуляцію блукаючого нерву. Серце та шия мають ті нейрони, які налічують барорецептори. Вони є чутливими до тиску крові та здатні передавати певні сигнали до головного мозку, а це активує блукаючий нерв, який знижує тиск крові та уповільнює серцебиття. Різні люди мають різну чутливість барорецепторів. Чим більш вони чутливі, тим краще вони реагують на навіть малий рівень підвищення кров'яного тиску, передаючи потрібні сигнали мозку, а це стимулює процеси заспокоєння. Практика повільного дихання збільшує чутливість барорецепторів і активує блукаючого нерва, а також понижує тривожність і активність симпатичної нервової системи [31].

Згадуючи про ефект молитви, можна сказати, що це один із давно відомих способів збільшення тонусу блукаючого нерва. У процесі молитви відбуваються коливання діастолічного артеріального тиску та інтервали ритмів серцевого м'язу. Дослідження Бернарді виявили, що читання молитви змушує людину дихати інтервалами по 10 секунд (включаючи вдих і видих), а це впливає на збільшення коливання ритмів серця та активацію блукаючого нерва [14].

Говорячи про фізичні вправи, якими можуть бути танці, бойові мистецтва і будь-який активний рух, то треба зауважити, що дослідження на лабораторних мишах виявило стимуляцію роботи кишечника фізичними вправами легкої або середньої інтенсивності, а це впливає на тонус блукаючого нерва [127].

Теорія Поржеса пояснює, як ритуали, пов'язані зі споглядальними практиками, викликають фізіологічні стани, які заспокоюють нейронні захисні системи і сприяють відчуттю безпеки, що може призвести до вираження і відчуття співчуття.

Нервова система людини має два шляхи для запуску нейронних механізмів, здатних знизити рівень захисних реакцій, щоб забезпечити стан спокою, який підтримує здоров'я та зв'язок. Один шлях є пасивним і не вимагає свідомого усвідомлення, тоді як інший вимагає свідомої вольової поведінки, яка запускає специфічні нейронні механізми, які, в свою чергу, змінюють фізіологічний стан людини. Від першого залежить спонтанна позитивна соціальна поведінка, що виражається в міміці та інтонації голосу, а від другого - оптимальні результати таких духовних практик, як медитація та співи. Особливості голосу (тобто просодія-інтонація голосу) та міміка, які характеризують інтеракції позитивної соціальної поведінки, є потужними сигналами для нервової системи, що знижують захисні схеми. На відміну від пасивного шляху заспокоєння через афілійовану соціальну участь, споглядальний тренінг зазвичай

проводиться в контексті "духовного" простору (наприклад, у тихому приміщенні із заспокійливою музикою), який запускає пасивний шлях для сприяння фізіологічному стану, пов'язаному з відчуттям безпеки.

Опинившись у безпечному стані, людина отримує інструкції щодо добровільної поведінки, такої як дихання, зміна пози та вокалізація, які функціонально задіюють блукаючий нервовий ланцюг і які ще більше сприяють, підсилюють та зміцнюють стан спокою. Така добровільна поведінка, як ритуали, безпосередньо задіює блукаючий нервовий ланцюг, який ефективно маніпулює фізіологічним станом людини. Це дозволяє ритуалам функціонувати як нейронні вправи вагусних шляхів.

Саме тому до останнього опитування були відібрані питання стосовно активностей, які пов'язані з усвідомленістю в моменті, диханням і співом, позами (наприклад, бойові мистецтва).

2.2 Організація і проведення дослідження

Відповідно до мети роботи було проведено дослідження зв'язку тілесної усвідомленості індивідів з невротичною організацією особистості.

Підготовка до цієї процедури проходила у декілька етапів:

1. Визначення стану досліджуваної проблеми, постановка цілей роботи, складання плану проведення емпіричного дослідження.
2. Вибір методик для проведення дослідження. В процесі емпіричного дослідження респондентам пропонувалось заповнити дві психодіагностичні методики: опитувальник тілесних відчуттів (BPO), з метою визначення рівня усвідомлення сприймання тіла та визначення реактивності автономної нервової системи за трьома шкалами (тілесна усвідомленість, реактивність автономної нервової системи

(над діафрагмою), реактивність автономної нервової системи (під діафрагмою)); опитувальник KON-2006 з метою визначення невротизації респондентів за 24 шкалами (відчуття залежності від оточення, астенія, негативна самооцінка, імпульсивність, труднощі з прийняттям рішень, почуття відчуженості, демобілізація, ризикові тенденції, труднощі в емоційних стосунках, відсутність життєвих сил, переконання у власній безвихідності в житті, відчуття відсутності впливу, дефіцит внутрішнього локусу контролю, уява і фантазування, почуття провини, труднощі в міжособистісних стосунках, заздрість, нарцистичне ставлення, відчуття небезпеки, піднесення, ірраціональність, педантичність, обдумування, відчуття перевантаження) та коефіцієнтом невротизації X-KON; анкета активностей респондентів, до якої ввійшли твердження “Я займаюся йогою”, “Я займаюсь бойовими мистецтвами”, “Я займаюсь тілесною психотерапією”, “Я займаюсь танцювальною психотерапією”, “Я виконую mindfulness-практики”, “Я медитую”.

3. Вибір бази для проведення опитування. Збір результатів проводився онлайн для полегшення заповнення форм та збору отриманих результатів учасників. Базою для збору анкет респондентів для цього емпіричного дослідження стала онлайн-платформа Google Форми, куди було завантажено тексти методик, інструкції та варіанти відповідей до них.
4. Поширення посилання з опитувальниками серед респондентів, збір результатів. Учасники проходили тести анонімно, опитані індивідууми вказували лише свою стать.
5. Кількісно-якісна обробка результатів опитувань, використання методів математичної статистики, побудова графіків та

діаграм, інтерпретація даних, підбиття підсумків проведеного емпіричного дослідження, формулювання висновків.

Для даного дослідження було виконано один набір даних, який відбувся у форматі онлайн. Вибірку становили дорослі люди зі знанням української мови обох статей ($n=77$). Чоловіки у вибірці становлять 32%, жінки 68%.

Збір даних відбувався шляхом розповсюдження форми, яка включає у себе три опитувальника, в мережі “Інтернет”. Дані опитувальники були створені у веб-додатку програмного забезпечення, яке застосовується для адміністрування опитувань “Google Forms”, що входить до складу Google Docs Editors Google, розробленого Google. Набір респондентів був проведений методом розсилок онлайн. Учасники дослідження заповнили опитувальники ВРQ і KON-2006, а також низку окремих запитань з приводу їхньої активності.

Результати опитувань були попередньо оброблені в Google Таблицях, що є додатком для роботи з таблицями в електронному варіанті, який входить до складу пакету програмного забезпечення, пропонуваного компанією Google у межах служби Google Диск. На цьому етапі було зроблено відбір за методикою KON-2006 осіб з невротичною організацією особистості від осіб з іншими організаціями особистості.

Отримані емпіричні результати опитування респондентів були оброблені за допомогою програмного забезпечення для статистичного аналізу даних SPSS-16. Були застосовані такі емпіричні методи як аналіз первинних описових статистик; кореляційний аналіз (r_s -Спірмена), кореляційний аналіз (r_s -Пірсона).

Висновки до розділу 2

У дослідженні взяли участь 77 респондентів двох статей. Дослідження було проведено за допомогою інтернет ресурсу Google Форми.

Для дослідження тілесної усвідомленості у невротично організованих осіб респонденти відповіли на питання анкети, яка налічувала три частини: KON-2006, BPQ та анкету активностей.

KON-2006 є психометричним інструментом, що використовується для діагностики особистісних дисфункцій, які сприяють розвитку невротичних розладів. Опитувальник сприйняття тіла (BPQ) вимірює самооцінку усвідомлення тіла та вегетативної реактивності. Анкета активностей була складена для визначення занять, якими займаються респонденти у повсякденному житті.

Результати були проаналізовані за допомогою Google Таблиць та методів математичної статистики, використовуючи програму SPSS, а саме, застосовувались аналіз первинних описових статистик, кореляційний аналіз з використанням коефіцієнта r_s -Спірмена і коефіцієнта r_s -Пірсона.

РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ТІЛЕСНОЇ УСВІДОМЛЕНОСТІ ІНДИВІДІВ З НЕВРОТИЧНОЮ ОРГАНІЗАЦІЄЮ ОСОБИСТОСТІ

3.1 Аналіз особливостей вираженості проявів невротичної організації особистості

З метою характеристики невротичної організації особистості досліджуваної вибірки було здійснено аналіз на основі опитувальника KON-2006. Аналіз був проведений у Google Таблицях. Даний аналіз показав, що з 77 респондентів 17 людей мають типовий показник невротизації ($X-KON < 8$), 47 людей мають невизначений показник невротизації ($8 < X-KON < 18$) і 13 людей володіють високим показником невротизації ($X-KON > 18$) (рис 3.1).

Такі результати означають, що вибірка для подальшого дослідження складає 60 людей, які мають середній або високий показники невротичності за шкалою X-KON методики KON-2006.

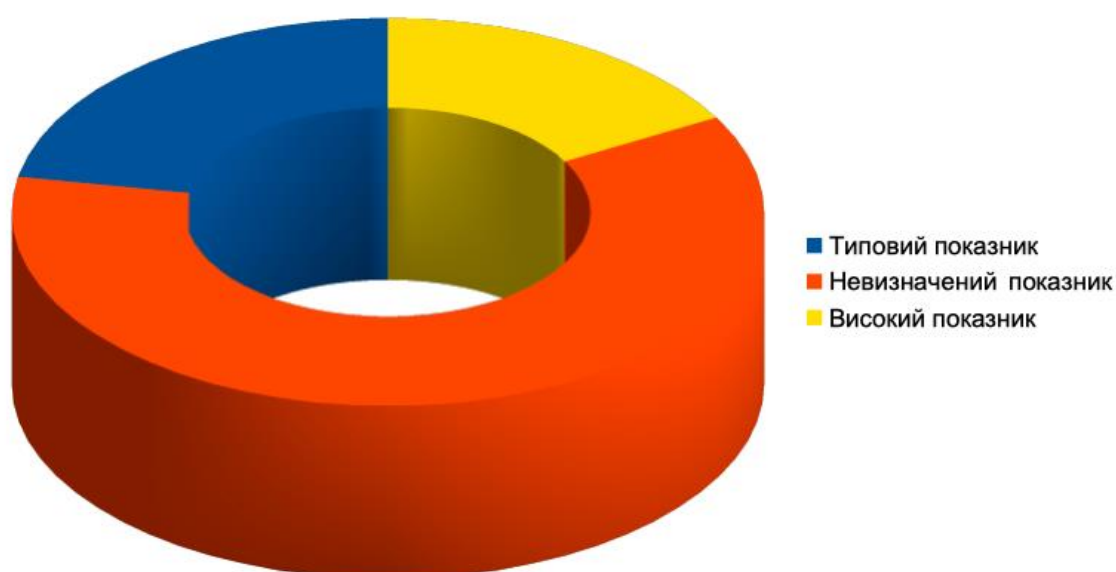


Рис. 3.1 Аналіз вибірки за показником X-KON

Для виявлення специфіки вираженості невротизації за статтю було порівняно середні значення за шкалою X-KON. У цих обчисленнях співвідношення кількості чоловіків до жінок 18 до 42 відповідно. Було отримано наступні результати (рис 3.2).

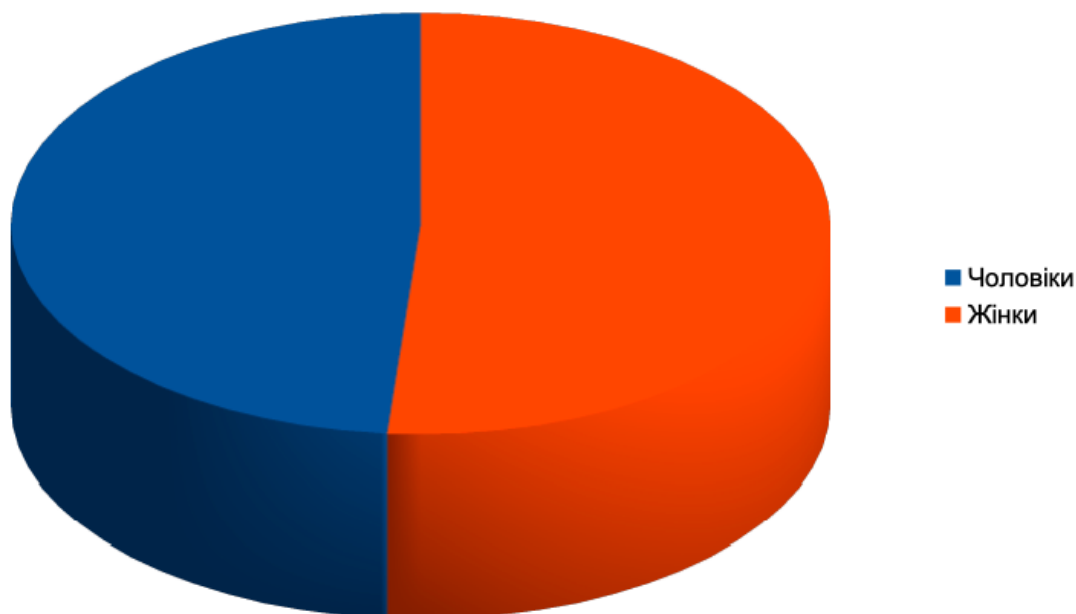


Рис. 3.2 Співвідношення вираженості невротизації за статтю

Згідно даних результатів вираженість невротизації за показником X-KON у чоловіків становить 14,5, а у жінок 15,38. Тобто у жінок несуттєво вищий рівень показника, що пов'язано з більшою емоційною включеністю жінок. Але чоловіки і жінки у даній вибірці не мають значної різниці у вираженні невротизації.

Для визначення різниці між чоловіками і жінками за шкалами методики ВРQ було здійснено аналіз результатів описових статистик за шкалами опитувальника (рис.3.3, рис.3.4, рис.3.5). Результати у додатку А.

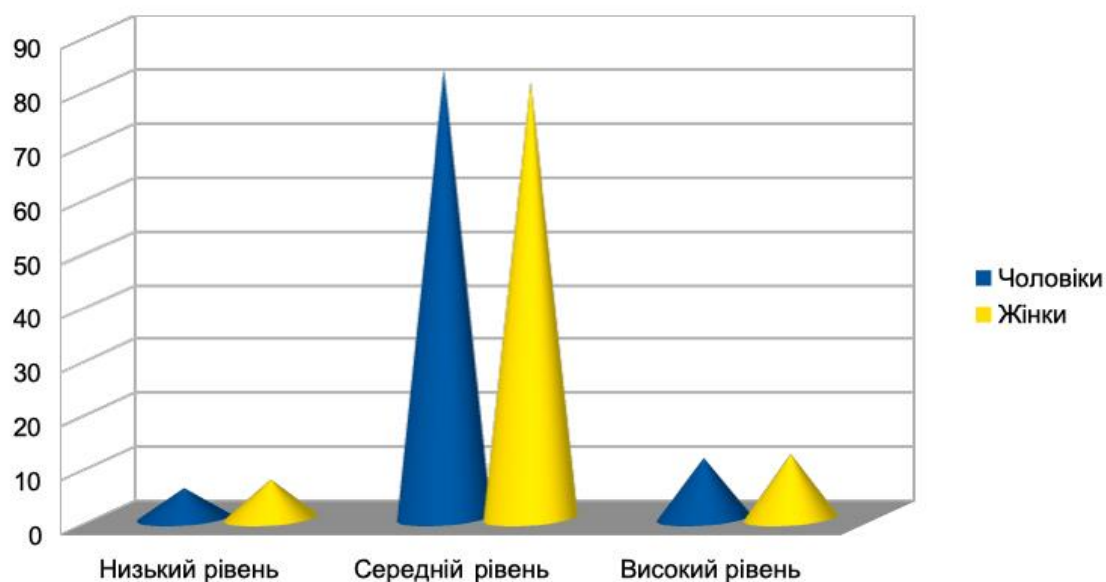


Рис.3.3 Тілесна усвідомленість за статтю, %

Статистичної різниці між чоловіками і жінками за шкалою тілесної усвідомленості не виявлено.

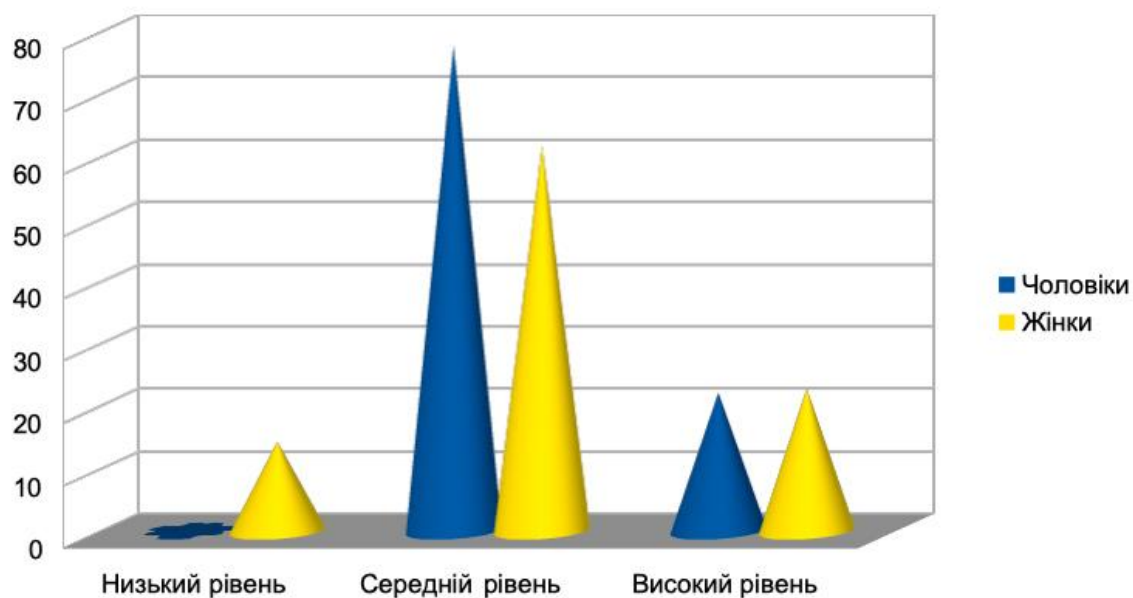
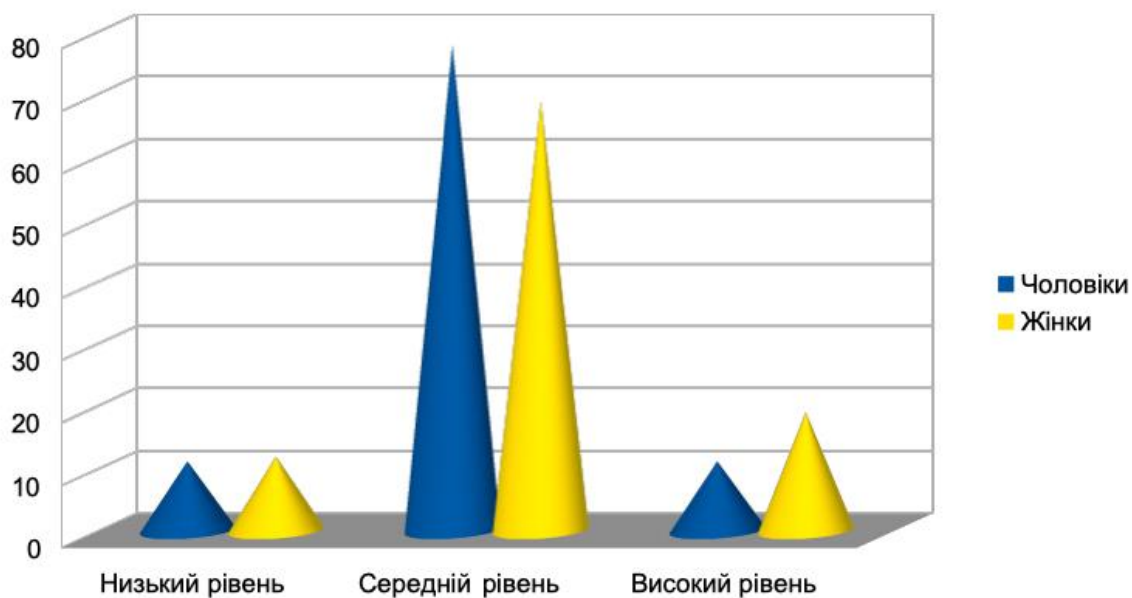


Рис.3.4 Реактивність автономної системи над діафрагмою за статтю, %

Статистичної різниці між чоловіками і жінками за шкалою реактивність автономної системи над діафрагмою не виявлено.



**Рис.3.5 Реактивність автономної системи
під діафрагмою за статтю, %**

Статистичної різниці між чоловіками і жінками за шкалою реактивність автономної системи під діафрагмою не виявлено.

Для визначення вираженості проявів невротизації даної вибірки було застосовано аналіз результатів описових статистик за шкалами опитувальника KON-2006 (рис. 3.6). Дані представлені у додатку Б.

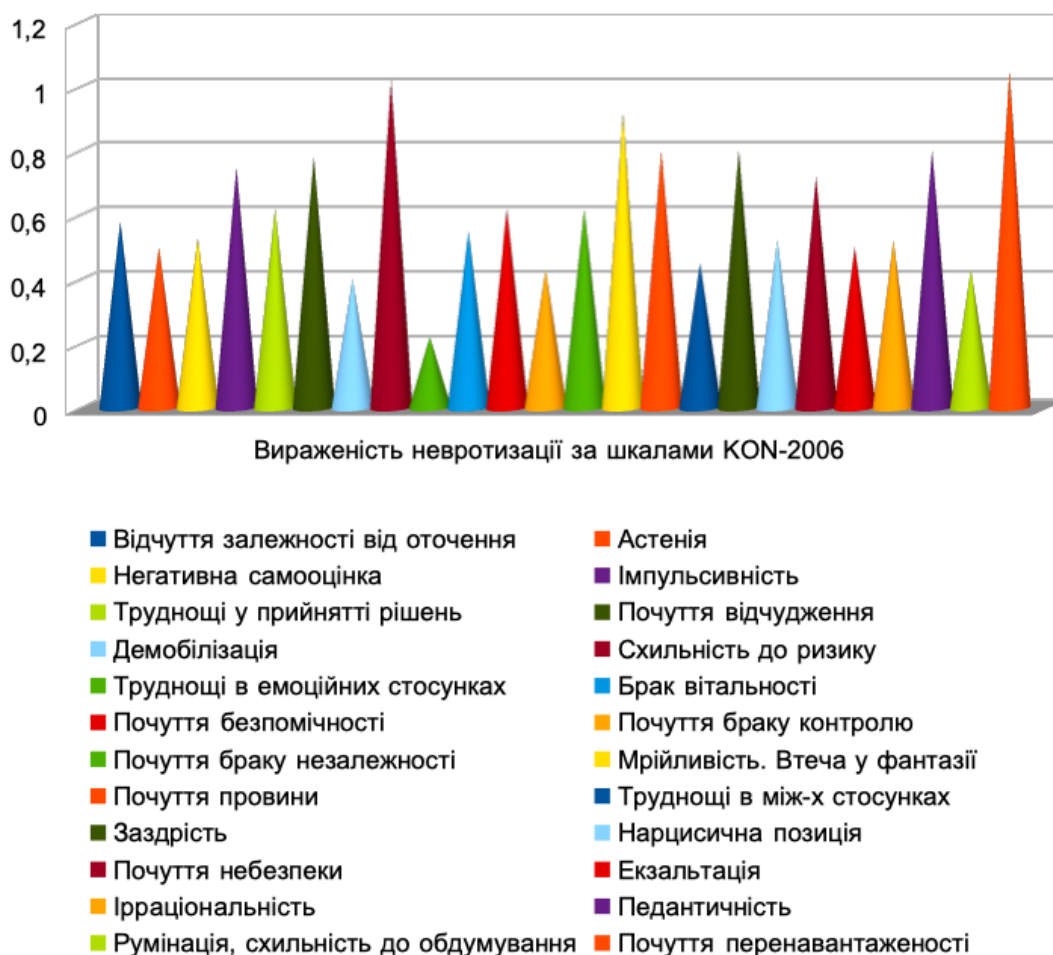


Рис. 3.6 Вираженість невротизації вибірки

За результатами аналізу вираженості проявів невротизації даної вибірки можна свідчити, що у респондентів даного опитування більш за все виражені такі прояви як схильність до ризику (1,02), мрійливість і втеча у фантазії (0,92), почуття провини (0,80), заздрість (0,80), педантичність (0,80), почуття перевантаженості (1,05).

Менше всього у респондентів цього опитування виражені труднощі в емоційних стосунках (0,22), демобілізація (0,40), почуття браку контролю (0,43), труднощі в міжособистісних стосунках (0,45), румінація і схильність до обдумування (0,43).

3.2 Аналіз взаємозв'язків проявів невротичної організації особистості, тілесної усвідомленості та активностей досліджуваних

Для визначення взаємозв'язку між показником невротизації X-KON та шкалами опитувальника ВРQ (тілесна усвідомленість, реактивність автономної системи над діафрагмою та під діафрагмою) було використано кореляційний аналіз (за допомогою коефіцієнту r -Спірмена) і вдалося визначити наступні результати (табл. 3.1). Дані аналізу представлені у додатку В.

Таблиця 3.1

Результати кореляційного аналізу показника невротизації зі шкалами опитувальника ВРQ

	X-KON
Тілесна усвідомленість	0,360**
Реактивність автономної системи (над діафрагмою)	0,354**
Реактивність автономної системи (під діафрагмою)	0,196

За результатами кореляційного аналізу між невротизацією та тілесною усвідомленістю було виявлено, що у осіб з високим та середнім показниками невротизації виявляється кореляція з тілесною усвідомленістю (0,360; $p < 0,01$). Тобто людина з високим рівнем тілесної усвідомленості має більший показник невротизації.

За даними результатами можна свідчити, що показник тілесною усвідомленості має міцну пряму кореляцію з показником невротизації. Тобто чим більша тілесна усвідомленість, тим більша невротизація особистості. Це може бути пов'язано з тим, що невротизована особа при

певних обставинах відчуває тіло сильніше і ставиться до нього уважніше, а це впливає на підвищення свого рівня невротизації через надмірні переживання і фокусування на усвідомленості тіла. Це може підсилювати, наприклад, негативну самооцінку, коли людина визначає себе як непривабливу, нікчемну, незадоволену собою і саме надмірне спостереження свого тіла може викликати надмірну невротизацію.

Так само виявлений міцний зв'язок між реактивністю автономної системи (над діафрагмою) і показником невротизації, що говорить про те, що чим більша міра відповідей автономно-іннервованих органів над діафрагмою, тим вищий рівень невротизації. Що є закономірним, адже при підвищеній активності симпатичної нервової системи спостерігається зростання емоційної збудливості, що може викликати різні негативні переживання (тривожність, напруженість, роздратування) і легку фрустрованість різними «зовнішніми» і «внутрішніми» обставинами.

Між реактивністю автономної системи (під діафрагмою) і тілесною усвідомленістю зв'язків не виявлено.

З метою визначення взаємозв'язків між активностями та показником невротизації було застосовано кореляційний аналіз (за допомогою коефіцієнту r -Спірмена) шкали X-KON опитувальника KON-2006 та активностей, якими займаються респонденти. Дані представлено у додатку В.

Таблиця 3.2

Кореляції r -Спірмена

	X-KON
Заняття mindfulness-практиками	-,282*

За результатами кореляційного аналізу між активностями та невротизацією було виявлено наступне (таб. 3.2).

У осіб з високим та середнім показниками невротизації виявляється зворотня кореляція з заняттями mindfulness-практиками (-0,282; $p < 0,01$). Тобто людина, яка використовує цей особливий спосіб самопізнання й саморегуляції, розвиваючи свій емоційний інтелект має менший показник збудження нервового стану. Автор книги з тематики усвідомленості заявляє: «Вийти з процесу хибного кола емоційних пасток можна тільки шляхом «майндфулнес», або «чистої усвідомленості», яка дозволяє відчувати світ і реальність безпосередньо» [132]. З цього можна зробити припущення, що людина у процесі максимальної усвідомленості бачить всю картину життя повністю, дивиться на свої думки, на реальність такою як вона є. Тобто більш об'ємне сприйняття життєвої картини знижує невротичність і, як можна свідчити, позитивно впливає на індивіда з невротичною організацією особистості.

З метою виявлення взаємозв'язків показників повного спектру шкал невротизації з тілесною усвідомленістю проведено кореляційний аналіз (за допомогою використання коефіцієнту r -Пірсона). Дані представлено у додатку Г.

Таблиця 3.3

**Результати кореляційного аналізу шкал невротизації
з тілесною усвідомленістю**

	Тілесна усвідомленість	Реактивність автономної с-ми (над діафрагмою)
Астенія	0,239	0,255*
Негативна самооцінка	0,451**	0,376**
Почуття відчуження	0,417**	0,308*
Демобілізація	0,294*	0,275*
Почуття провини	0,515*	0,465*

Труднощі в міжособистісних стосунках	0,372**	0,321*
Почуття небезпеки	0,401**	0,491**
Румінація, схильність до обдумування	0,387**	0,390**

З даних результатів можна помітити, що шкала астенія має зв'язок з реактивністю автономної системи над діафрагмою (0,255). Тобто людина, яка має занепад сил, усвідомлює власну психічну слабкість, незадоволеністю життям в такому стані запускає роботу симпатичної нервової системи так реакцію “бій-біжи”. Так як у реактивному стані автономна нервова система не сприяє стану спокою та соціальній активності, то це може підсилювати відчуття власної психічної слабкості, коли немає сил і бажання комунікувати з людьми, виникає відчуття власної непотрібності, а за ним незадоволеність своїм життям, що також притаманно шкалі астенії.

Також можна побачити, що шкала негативна самооцінка має сильний зв'язок з тілесною усвідомленістю (0,451) та реактивністю автономної системи над діафрагмою (0,376). Можна сказати, що респонденти, які визначають себе не привабливими, незадоволені собою, думають про себе погано, схильні приділяти своєму тілу досить багато уваги, здатні ідентифікувати, переживати внутрішні відчуття тіла, на що вказує зв'язок з тілесною усвідомленістю. Тобто можна свідчити, що таким людям притаманно звертати більше уваги на свій вигляд, на стан свого тіла, свої внутрішні відчуття. І якщо вони не задоволені результатом, негативно оцінюють себе, що їм притаманно згідно результатів обробки, то відбувається підвищення реактивності нервової системи, яке викликає стан протилежний спокою, їхнє ж тіло вмикає симпатичну нервову

систему, відбувається скорочення судин і тіло проявляє стан “бій-біжи”. Тобто у цьому випадку негативна реакція людини на саму себе викликає відкликання тих нейронних ланцюгів, що сприяють спокою і виникає мобілізація організму.

Почуття відчуження має тісний зв'язок з тілесною усвідомленістю (0,417) та реактивністю автономної системи над діафрагмою (0,308). У цьому випадку результат досить закономірний, адже реактивність автономної системи прямо пропорційно сприяє соціальній пасивності. При цьому, можна припустити, що при почутті відчуженості людини, коли вона відчуває себе позбавленою соціальної підтримки, незрозумілою, у неї зростає зв'язок зі своїм тілом, тому що, відчуваючи себе самотньою й ізольованою, вона звертається до тієї людини, яка завжди буде поруч - до себе. І в цьому процесі вона занурюється в себе, прислухаючись до таких проявів як, наприклад, напруга м'язів, загальний психофізіологічний стан тіла, внутрішні відчуття себе.

Демобілізація людини також міцно корелює з тілесною усвідомленістю (0,294) і реактивністю автономної системи над діафрагмою (0,275). У цьому випадку треба детальніше розглянути поняття демобілізації. В інтерпретації опитувальника, який використовувався для цього дослідження, KON-2006 вказано, що один з критеріїв демобілізації - це відчуття людиною страху перед новими викликами, страх перед новими ситуаціями у житті. Тобто це має прямий вплив на збудження і підвищення реактивності симпатичної нервової системи. При такій реакції організму в тілі гальмується працездатність і активна соціальна діяльність, що також притаманно шкалі демобілізації і визначається як зниження життєвої динаміки, відчуття втоми і, можливо, як наслідок, незадоволення собою. Це б і пояснило зв'язок з тілесною усвідомленістю відповідно до попередніх гіпотез - при незадоволеності собою людина звертає надмірну увагу на своє тіло, свої внутрішні і тілесні відчуття.

Почуття провини так само корелює з тілесною усвідомленістю (0,515) і реактивністю автономної системи над діафрагмою (0,465). Тобто індивід з вираженою невротизацією, який звинувачує себе з приводу власної поведінки, порушення власних стандартів має більший зв'язок з тілом і при цьому сповільнює роботу нейронних ланцюгів, що впливає на активацію симпатичних реакції “бій-біжи”. Згідно матеріалу української психологині О.В. Царькової, почуття провини - це відображений гнів, який спрямований більшою мірою саме на ту особистість, яка відчуває цю провину [3]. Так як основна реакція організму на гнів - “бий-біжи”, то це пояснює взаємозв'язок реактивності з почуттям провини. Можна припустити, що так як провинна пов'язана з аутоагресією, то при відчутті цього деструктиву людина здатна проявляти руйнівну активність спрямовану на своє тіло і таким чином збільшується значення тілесної усвідомленості.

Така шкала як труднощі в міжособистісних стосунках має прямі кореляції з тілесною усвідомленістю (0,372) і з реактивністю автономної системи над діафрагмою (0,321). Тобто коли людина має труднощі у стосунках з оточенням, сприймає себе як ту, яка неадекватно справляється під час контакту з іншими, то вона контактує зі своїм тілом і запускає реакцію симпатичної нервової системи “бій-біжи”. Міжособистісні стосунки об'єднують у собі когнітивний, емоційний і поведінковий компоненти. Саме останній з них є регулятором характеру міжособистісних стосунків і включає в себе мову, дії, ставлення до об'єкта стосунків тощо. Якщо людина під час соціальної активності не справляється з контактом з іншими особами, то від цього може активуватися її симпатична нервова система. При умові, що для людини важливий цей контакт, вона може шукати проблему в собі, звертаючись до власного тіла, власних внутрішніх відчуттів, що могло б утворювати

зв'язок шкали труднощів в міжособистісних стосунках з тілесною усвідомленістю.

Почуття небезпеки має міцні зв'язки з тілесною усвідомленістю (0,401) і реактивністю автономної системи над діафрагмою (0,491). Тобто недовіра особи до оточуючих людей, передбачення невдач, відмову від власних цілей, сприйняття себе як людини недостатньо стійкої, яка зазнала образ з боку оточення, викликає сильніший контакт з тілом і усвідомлення його, а також відповідну реакцію симпатичної нервової системи. Реакція симпатичної нервової системи на почуття небезпеки, вигадана вона людиною чи реальна, за своєю природою значно посилює стан мобілізованості організму. Почуття небезпеки говорить про надсильну тривогу у даний момент, а тривога - це одна з основних характеристик індивідів з невротичною організацією особистості, при такому ланцюжку і може включатися реакція "бий-біжи". З приводу зв'язку почуття небезпеки з тілесною усвідомленістю можна зробити припущення, що у стані мобілізації при цьому почутті у людини починає виділятися адреналін, разом з ним пот, слиз, з'являється прискорення серцебиття, у такому стані людина звертає увагу тільки на себе і на предмет небезпеки, щоб вчасно його знищити. Саме для того, щоб вдало реагувати на загрозу при небезпеці, особам потрібна концентрація на власному стані і тілесних відчуттях.

Румінація та схильність до обдумування має сильну кореляцію з тілесною усвідомленістю (0,387) і реактивністю автономної системи над діафрагмою (0,390). Схильність людини до спогадів, роздумів над собою та власними діями, невизначеність і сприйнятливність запускає симпатичні реакції організму та посилює усвідомленість власного тіла. Так як румінація уживається для висловлення поняття опису саме негативно забарвлених думок, вона призводить до знесилення та дезадаптації, адже людина знову і знову програє негативний сценарій у своїй голові. Так як

для мозку немає різниці чи реальна ситуація, чи вигадана, все сприймається як справжні обставини і запускається відповідна реакція організму при якій людина позбавляється стану спокою, активізує свою нервову систему. Тобто, можна припустити, що при проявах румінації особа може давати собі негативну оцінку, обдумувати свої неправильні, на її погляд, дії, відчувати себе відчуженою і знесилою, а все це, як було припущено раніше, може більше пов'язувати її зі своїм тілом, його реакціями, зовнішніми і внутрішніми відчуттями.

Всі вищеописані стани (астенія, відчуження, румінація, почуття провини і небезпеки тощо) змушують людину відчувати себе самотньою та ізольованою, цей стан для неї не можна назвати сприятливим для соціального залучення, що в свою чергу, як можна припустити, звертає людину до себе в середину, до свого тіла, до усвідомлення себе в моменті. При цьому можна припустити, що, так само як і на своїх недоліках, особа фіксується на соматичних відчуттях, тому і виникає зв'язок з тілом. При цьому, як видно з результатів обробки даних, нервова система людини збуджується, що може викликати проблеми з координацією при диханні або вживанні їжі, нерівномірне серцебиття, сухість у роті, гикавку та інші прояви реакцій вегетативно іннервованих органів над діафрагмою, що в свою чергу означає, що для індивіда цей стан є стресовим, організм мобілізується.

Для вивчення зв'язку активностей та рівня невротизації було проведено кореляційний аналіз і визначено наступне.

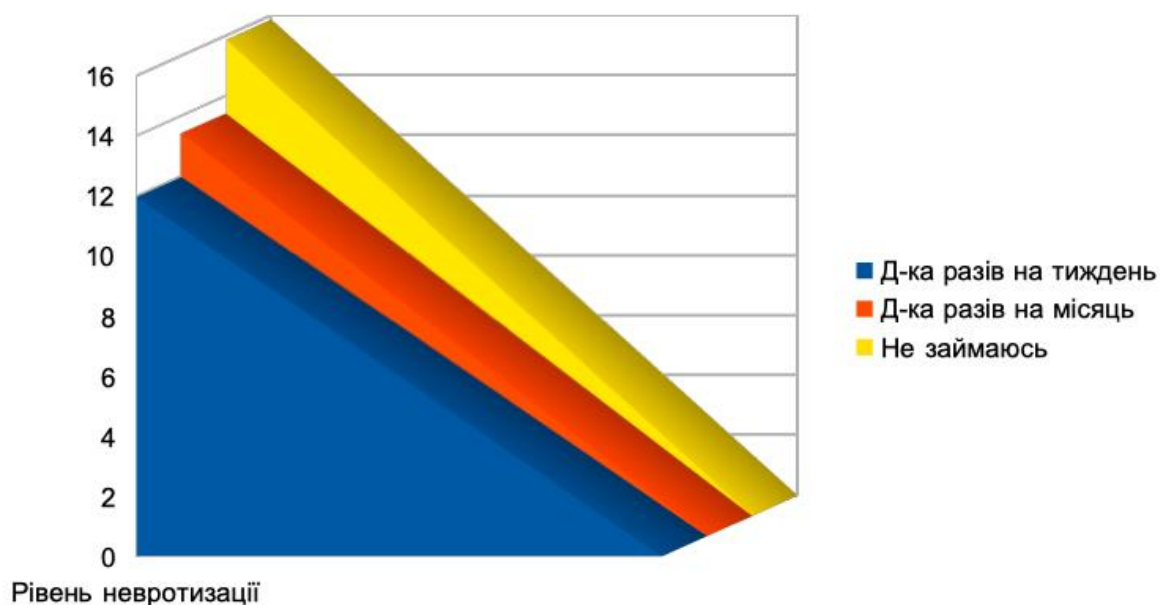


Рис.3.7 Залежність рівня невротизації від частоти занять йогою

За результатами вивчення залежності рівня невротизації від частоти занять йогою було помічено пряму залежність від частоти занять даною активністю. Тобто люди, які не займаються йогою, мають найвищий рівень невротизації; ті, хто займається йогою, але рідко (декілька разів на місяць) мають нижчі показники невротизації; а люди, які виконують вправи йоги регулярно з періодичністю декілька разів на тиждень мають найменший показник рівня невротизації. Тобто заняття йогою позитивно впливають на зменшення збудження нервового стану.

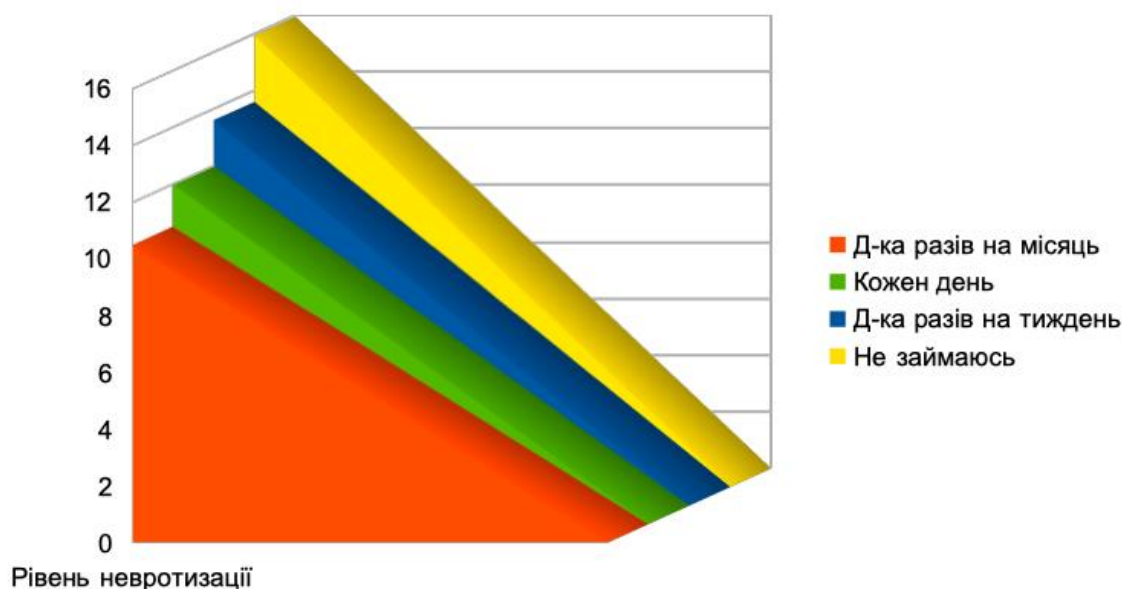


Рис.3.8 Залежність рівня невротизації від частоти занять mindfulness-практиками

За результатами вивчення залежності рівня невротизації від частоти занять mindfulness-практиками можна помітити непослідовність.

Описуючи результат, люди, які не займаються mindfulness-практиками мають найвищий рівень невротизації, ті, хто практикує декілька разів на тиждень, мають меншу невротизацію, ті, хто кожен день - має більший рівень невротизації, ніж ті, хто практикує mindfulness декілька разів на місяць.

Такі результати можуть бути отримані з причини невеликої вибірки людей, які практикують часто: кожен день - 4 людини, декілька разів на тиждень - 5 людей, декілька разів на місяць - 4 людини. Оскільки з усієї вибірки не займаються цією практикою 47 людей, то не вдається виявити однозначну закономірність. Проте чітко можна побачити, що практикування mindfulness знижує рівень невротизації у даній вибірці, тобто вміння робити акцент уваги на внутрішньому, а не зовнішньому (в тілі та в думках) допомагає знизити рівень невротизації.

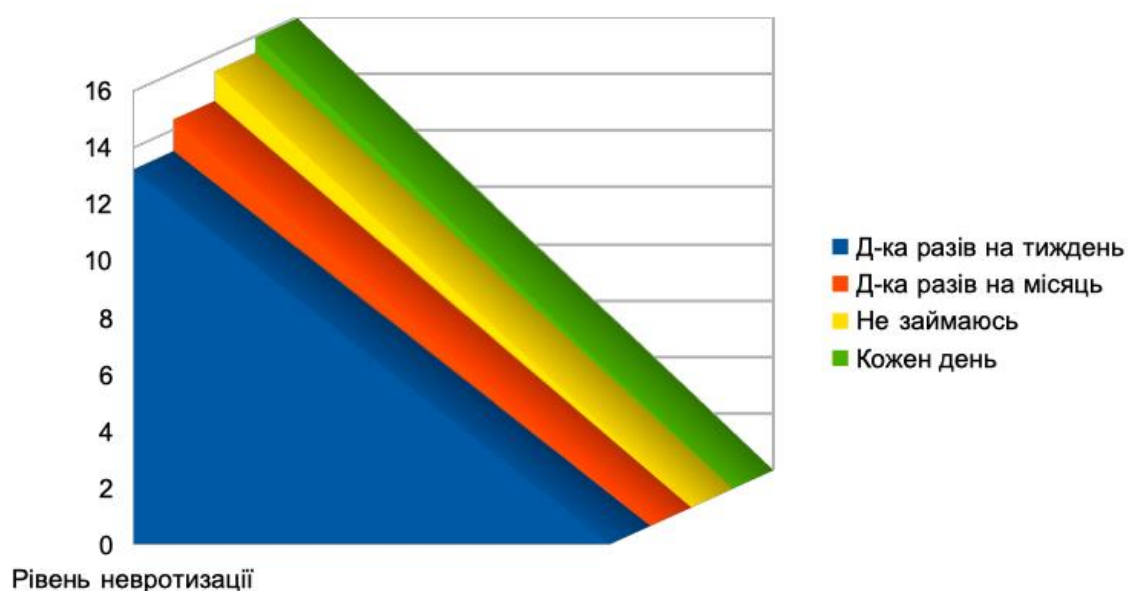


Рис.3.9 Залежність рівня невротизації від частоти занять медитаціями

За результатами аналізу залежності рівня невротизації від частоти занять медитаціями можна побачити наступне (рис.3.7): найвищий рівень невротизації мають люди, які займаються медитаціями кожен день і не займаються зовсім, а нижчі результати за рівнем невротизації мають ті, хто робить медитації декілька разів на місяць або декілька разів на тиждень.

Такі результати могли бути одержані через недостатньо велику вибірку, адже кожен день медитаціями займаються 4 людини, декілька разів на тиждень також 4 людини, декілька разів на місяць роблять медитації 11 людей і 41 людина не робить їх зовсім. Тому говорити про достовірність результатів не можна.

А також можна припустити, що люди з високим рівнем невротизації виконують медитації кожен день і невротизуються ще більше від того, що їх треба виконувати щодня і не пропускати. Особливо це може стосуватися і впливати на педантичність, яка характеризує суворе дотримання певного способу мислення, надмірний формалізм, перфекціонізм в мисленні і діях, дріб'язковість, та на відчуття перевантаженості, яке вказує на сприйняття

себе як людини, підпорядкованої правилам, зобов'язанням і завданням, очікуючої від себе багато чого, переобтяженої. А ті, хто робить медитації декілька разів на тиждень, можливо, менш прискіпливі до себе і не очікують від себе ідеальності, тому роблять медитації і дійсно заспокоюються та уповільнюють своє мислення.

Для визначення зв'язку між шкалами опитувальника KON-2006 та активностями, які виконують респонденти було застосовано кореляційний аналіз (таблиця 3.4). Результати у додатку Д.

Таблиця 3.4

Зв'язок шкал опитувальника KON-2006 та активностей

	Заняття йогою	Бойові мистецтва	Тілесна психотерапія	Танцю вальна психотерапія	Mindfulness- практики	Медитації
Почуття залежності від оточення					-,264*	
Астенія	-,380**				-,257**	
Негативна самооцінка					-,266*	
Імпульсивність	-,274*		,369**			
Труднощі у прийнятті рішень					-,319*	
Почуття відчуження					-,408**	
Демобілізація	-,313*				-,284*	
Схильність до ризику		0,293*				
Брак вітальності	-,307*					

Почуття безпомічності	-,319*					
Почуття браку контролю					-,271*	
Почуття браку незалежності					-,280*	
Труднощі в міжособистісних стосунках					-,304*	
Заздрість		-,277*				
Нарцисична позиція			,376**			,428**
Ірраціональність	,320*			,347**	,373**	,330**
Педантичність						-,263*

Описуючи результати даного кореляційного аналізу можна свідчити про наступні зв'язки.

Почуття залежності від оточення має зворотній зв'язок з mindfulness-практиками (-,264). Тобто, можна припустити, що займаючись такими практиками людина, яка сприймає себе як залежну, підпорядковану іншим, поступливу, нездатну відмовити, а також водночас не схвалює ці аспекти себе, має меншу вираженість за цією шкалою. Можна допустити, описуючи такий зв'язок, що виконуючи mindfulness людина заглиблюється у свої переконання і переосмислення їх, що призводить до усвідомлення своєї ролі у власному житті, на фоні чого зменшується роль інших людей і важливість їхньої присутності, залежність від оточення.

Шкала астения має міцний зв'язок з заняттями йогою (-,380) і mindfulness-практиками (-,257). Тобто йога і mindfulness позитивно впливають на людину зі зниженою динамікою, занепадом сил, з усвідомленням власної психічної слабкості. Можна припустити, що такі

активності підвищують енергійність людини та її задоволеність життям, адже ці обидва заняття змінюють свідомість, психіку і тіло, надаючи сили для фізичної і розумової праці. Також, згідно дослідженню впливу йоги на психічне здоров'я було визначено, що регулярні практики йоги суттєво покращують настрій та знижують тривожність людей [23] .

Так само можна помітити, що існує зв'язок негативної самооцінки з mindfulness-практиками (-,266). Тобто люди, незадоволені собою, схильні думати про себе погано, проявляти нерішучість і боязкість, можуть змінювати своє враження про самого себе, практикуючи подібні практики.

З імпульсивністю мають зворотній зв'язок заняття йогою (-,274): особа, яка займається такою активністю може проявляти більшу терплячість до ситуацій і людей, бути менш дратівливою й агресивною. На це може впливати розслаблення і баланс, який практикується в йозі, а також дихання, яке допомагає справлятися з тривожністю, усувати напругу і заспокоювати розум. При цьому імпульсивність має сильний прямий зв'язок з тілесною психотерапією (,369), який може вказувати на те, що імпульсивні люди схильні до занять тілесною психотерапією та бажають усвідомлювати тілесні процеси, щоб підсилювати або навпаки робити їх менш чутливими.

Як видно з результатів, такі шкали як труднощі у прийнятті рішень і почуття відчуження мають взаємозв'язок з mindfulness-практиками (-,319). Тобто, люди, які мають труднощі з прийняттям рішень, схильність до вагання, а також визначають себе як людин відчужену, позбавлену соціальної підтримки, обираючи заняття mindfulness-практиками стають більш впевненими у своїх рішеннях і приймають їх з меншими ваганнями, а також мають відчуття сильнішого заохочення у соціальне середовище. Це може бути пов'язане з ефектом mindfulness, при якому люди віддаляються від фокусу на думці, бачать не одне проблемну точку, а

повний спектр того, що відбувається. Як наслідок, такий погляд на ситуацію дозволяє легше приймати рішення.

Шкала демобілізації має зв'язок з заняттями йогою (-,313) і практиками усвідомленості (-,284). Тобто можна зробити припущення, що люди, які незадоволені собою, наявною динамікою життя, з втраченою надією і силами, можуть знаходити покращення у таких активностях. Заняття йогою може допомагати їм віднаходити сили у душі і тілі, а майндфулнес поглянути своїм страхам в очі і нівелювати їхню значущість у житті. Це також корелює з результатами дослідження, в якому було виявлено підвищення активності блукаючого нерву завдяки заняттям йогою [23]

Шкала схильності до ризику має зв'язок із заняттями бойовими мистецтвами (0,293). Тобто ті, хто шукає небезпеки, не боїться нових ситуацій можуть обирати бойові мистецтва як свою активність, що екологічно задовольнятиме їхню потребу у вираженні агресивності, збудливості, імпульсивності, схильності до домінування і самоствердженні. Також, це співвідноситься з дослідженнями, у яких спортивні активності підвищують тонус блукаючого нерву [127].

Брак вітальності, що є відсутністю життєвих сил, має зв'язок з заняттям йогою (-,307). Тобто можна припустити, що для тих, хто усвідомлює присутність такої дисфункції як відсутність енергії для життя, є актуальним заняття йогою, яке поверне їм насагу проживання власного життя. А також йога позитивно впливає на роботу парасимпатичної нервової системи, що покращить настрій і знизить тривожність [23], що в свою чергу може позитивно вплинути на життєву динаміку особистості.

Шкала почуття безпомічності також має зв'язок з заняттями йогою (-,319), що означає зв'язок вибору занять йогою людьми, які визначають себе нестійкими, з відсутністю ресурсу, не орієнтованих на досягнення своїх цілей. Тобто можна припустити, що така активність допомагає їм

легше організуватися та не замикатися в ситуаціях труднощів. Також, можна зазначити, що при виконанні йоги важливе значення має правильне дихання, якщо людина виконує його вірно, то за деякими дослідженнями це стимулюватиме блукаючий нерв [31]. Активація цього нерву у свою чергу зменшує тривожність і активність симпатичної нервової системи, що корисно для стабілізації стану людей з невротичною організацією особистості. Виходячи з цих факторів, можна сказати, що для людини, яка описує себе як безпомічну, актуально обирати заняття йогою.

Шкала відчуття браку контролю пов'язана з заняттями mindfulness-практиками (-,271). У такому разі можна припустити, що думки про залежність від обставин, «вищих сил», випадкових подій та інших людей можуть зменшитися, якщо займатися усвідомленням себе і свого тіла в моменті. Можна припустити, що потреба у відчутті контролю при mindfulness задовольняється, тому що людина у дану хвилину часу має можливість віддалитись і подивитись на свої думки, можливо упорядкувати їх, тобто в цей момент вона відчуває контроль над ними.

Так само можна побачити, що існує зв'язок між почуттям браку незалежності та mindfulness-практиками (-,280). Тут аналогічно можна зробити припущення про те, що такі практики могли б допомогти тим, хто не керується власними прагненнями та рішеннями, брати ініціативу та самостійно керувати своїм життям.

Труднощі в міжособистісних стосунках мають зворотній зв'язок з mindfulness-практиками (-,304), що може свідчити про позитивний вплив технік концентрації уваги. Це є закономірним, адже mindfulness-практики мають вплив на емоційний інтелект, що допомагає зрозуміти свої та чужі емоції. А це може стати ключом до адекватного сприйняття людиною себе й інших людей під час комунікації, що покращує взаєморозуміння і стосунки в соціумі.

Шкала “зздрість”, яка описує переживання розчарування, вороже ставлення, неприязнь до успіхів інших і знецінення інших людей та їх здобутків, має зв’язок з заняттями бойовими мистецтвами (-,277). Це може бути пов’язано з тим, що спорт впливає на зростання особистості та відчуття самоефективності, також бойові мистецтва покращують модуляцію блукання вагусного нерва, що може втихомирювати відчуття ворожості у людей, які відчувають заздрість і заспокоювати їх.

Шкала “нарцисична позиція” має прямі міцні взаємозв’язки з такими активностями як тілесна психотерапія (,376) та медитації (,428). Тобто егоцентричні особистості можуть мати схильність до вибору таких активностей і, можна припустити, що вони мають підтвердження і можливе посилення думок про особливі привілеї і визначення себе кращими за інших при занятті тілесною психотерапією і медитаціями. Це можливо через те, що дані практики викликають інтенсивне сприйняття і прийняття себе, активне слухання своїх бажань і готовність йти за внутрішнім покликом.

Ірраціональність має найбільшу кількість зв’язків з активностями, наприклад, з заняттям йогою (,320), а з танцювальною психотерапією (,347), mindfulness-практиками (,373) та медитацією (,330) дана шкала має прямий особливо міцний зв’язок. Це каже про те, що особи з ірраціональними когнітивними схемами обирають виражати себе в рухах, розвивати креативність, емпатію, гармонію, впевненість. Можна припустити, що так як танцювальна терапія спрямована на вираження себе, креативність і не обмежування себе рамками, то вона може підкріплювати здатність особи діяти та мислити ірраціонально. Mindfulness-практики та медитації розвивають у людини здатність чути себе, що пов’язано з інтуїцією, а саме тих людей, які сприймають світ своїм “шостим” відчуттям (інтуїтивно) прийнято називати ірраціональними. Зазвичай ірраціональність призводить до невиправданих

очікувань та ймовірних проблем в адаптації, тому людям зі схильністю до надмірної ірраціональності, які обирають собі в заняття йогою, танцювальну психотерапію, практики mindfulness або медитації, як можна припустити, буде актуально комбінувати їх з тим, що розвиває раціональне мислення, наприклад, когнітивно-біхевіоральною терапією. Можна припустити, що це корисно для компенсації ірраціональності у думках і поведінці.

Шкала педантичності має зворотній зв'язок з заняттями медитацією (-,263). Тобто суворе дотримання певного способу мислення, надмірний формалізм, перфекціонізм в мисленні і діях, дріб'язковість, як можна припустити, зменшуються, коли людина займається практиками усвідомленості. Це може виникати, тому що спостереження думок сприяє дистанціюванню від них, зменшує реактивну поведінку, що дозволяє людині віддалитися від предмету думок і побачити більший спектр факторів, які утворюють ситуації, зменшуючи перевагу форми над змістом в очах педантичної людини. А також такі результати є конгруентними результатам дослідження впливу медитацій на вагусний нерв, який збільшує свій тонус при медитаціях. Це було зафіксовано зміною варіабельності серцевого ритму [70].

3.4 Опис основних характеристик особистості з підвищеною невротизацією за вибором активностей

Характеризуючи портрет того, хто обирає собі в активності заняття йогою, можна сказати, що це людина з достатньою кількістю сил й енергії, яка не має у своєму житті забагато неоднозначності та невизначеності. У такої людини гарний настрій і знижена тривожність. Дана особа контролює свій рівень агресії, може оволодіти собою. При цьому ті, хто займаються йогою схильні до ірраціонального сприйняття реальності. Можна припустити, що така активність підвищує енергійність людини та її задоволеність життям, адже йога працює зі зміною свідомість, психіки і

тіла, надаючи сили для фізичної і розумової праці. За результатами даного дослідження можна сказати, що регулярність занять йогою для зменшення рівня невротизації - це періодичність декілька разів на тиждень. У такому випадку заняття йогою позитивно впливають на зменшення збудження нервового стану і покращення самопочуття особистості.

Заняття бойовими мистецтвами обирають ті, хто має схильність до ризику, адже вони допомагають вивільнити емоції злості, ворожості до людей і підвищити моральний дух. Також такі люди не відчують почуття розчарування при перемогах й успіхах інших людей, тобто у них відсутнє відчуття заздрості. Це пов'язано з тим, що такий спорт впливає на зростання особистості та відчуття самоефективності і переживання розчарування, вороже ставлення, неприязнь до успіхів інших, знецінення інших людей та їх здобутків зменшуються. Також бойові мистецтва покращують модуляцію блукання вагусного нерва, що може втихомирювати відчуття ворожості у людей, які відчують заздрість і заспокоювати їх.

Тілесну психотерапію обирають люди з вираженою імпульсивністю і нарцисичною позицією. Можна помітити, що це риси істеричної особистості і саме для таких індивідів властива специфічна рухливість, певна пластичність тіла, хоча іноді у поєднанні з сильним мязовим напруженням, тому для них актуально обирати саме заняття, пов'язані з тілом. Також для таких людей може бути корисна тілесна психотерапія саме для вивільнення всіх надлишкових емоційних переживань, які притаманні цим особам. І саме тілесна психотерапія здатна об'єднати в собі їхні активні тілесні прояви та підвищену емоційність, яка притаманна людям з виявленою імпульсивністю.

Танцювальна психотерапія обирається людьми з ірраціональністю. Можна припустити, що так як дана активність щільно пов'язана з творчістю, а ірраціональність активізує творчі здібності особистості, то

буде закономірним вибір її людьми, які сприймають світ інтуїтивно, без сумнівів та критичних оцінок. Також творча складова такої активності дозволяє людям, які її обирають, набиратися творчої енергії і життєвих сил. Терапія танцями дозволяє повністю виражати себе в руках і проявляти всі емоції, що надалі допоможе людині краще інтегруватися в суспільство.

Mindfulness-практики обирають люди з присутньою динамікою у житті та відчуттям енергійності, можна припустити, що вони йдуть у ці практики саме для уповільнення своєї психічною діяльності і щоб мати час побути в собі. Люди, які займаються такими практиками менш залежні від оточення і мають нормальну самооцінку. Оскільки mindfulness є практикою для самостійного виконання, то стає закономірним, що люди не мають проблем з тривожністю з приводу їхньої самотності та потреби в інших людях у момент її виконання. Тобто особи, які обирають mindfulness-практики, схильні до покращень свого невротичного стану, віднайшовши життєву енергію та долаючи всі проблеми в залежності від інших та стосунках з людьми. Вони мають меншу схильність до вагання і не мають потреби занадто довгого і ретельного обмірковування, не бояться власної ініціативи, що, можливо, і допомагає їм уникати труднощів у прийнятті рішень. Також вони схильні до ірраціонального мислення, що можна пояснити тим, що при усвідомленості у моменті люди не схильні обмірковувати факти і шукати наукові підтвердження кожній думці, тому вони дозволяють допускати думки про наявність ірраціонального у світі.

Людей, які обирають заняття медитаціями можна описати як егоцентричних, здатних захистити свої цінності та пріоритети у потрібний момент. При цьому такі особи також схильні до ірраціональності у своїй поведінці, тобто, навчившись глибоко розслаблятися і пізнавши що таке справжній спокій, вони прислухаються до своєї інтуїції і приймають той факт, що не все можна пояснити. При цьому у людей, які займаються медитацією відсутній формалізм, педантичність, перфекціонізм і

дріб'язковість, що теж вказує на розуміння і змогу виокремити у житті важливе від малозначущих речей та ситуацій.

Висновки до розділу 3

Першим етапом аналізу був поділ респондентів на осіб, які мають середні і високі значення невротизації і тих, хто має низькі показники. Останні не ввійшли в вибірку для дослідження тілесної усвідомленості індивідів з невротичною організацією особистості.

Також був проведений аналіз специфіки вираженості невротизації невротизації за статтю за допомогою аналізу первинних описових статистик. На цьому етапі не було виявлено статистичної різниці між показниками невротизації чоловіків і жінок.

За шкалами опитувальника ВРQ також був проведений аналогічний аналіз за статтю. Статистичної різниці між чоловіками і жінками за шкалами тілесної усвідомленості, реактивністю автономної системи над діафрагмою, реактивністю автономної системи під діафрагмою не виявлено.

Досліджуючи прояви невротизації даної вибірки було визначено найбільш виражені та найменш виражені з них. До перших потрапили схильність до ризику, мрійливість і втеча у фантазії, почуття провини, заздрість, педантичність, почуття перевантаженості. У другій групі опинилися труднощі в емоційних стосунках, демобілізація, почуття браку контролю, труднощі в міжособистісних стосунках, румінація і схильність до обдумування.

За допомогою кореляційного аналізу (за допомогою коефіцієнту r -Спірмена) було визначено наступні результати: високий рівень тілесної усвідомленості має прямий зв'язок з показником невротизації. Це може бути пов'язано з тим, що невротизована особа при певних обставинах відчуває тіло сильніше і ставиться до нього уважніше, а це впливає на

підвищення її рівня невротизації через надмірні переживання і фокусування на усвідомленості тіла. Також результатом був таким: міцний прямий зв'язок між реактивністю автономної системи над діафрагмою і показником невротизації. Дана ситуація є закономірною, адже при підвищеній активності симпатичної нервової системи спостерігається зростання емоційної збудливості, що може викликати різні негативні переживання (тривожність, напруженість, роздратування) і легку фрустрованість обставинами. Стосовно реактивності автономної системи під діафрагмою і тілесною усвідомленістю, то зв'язків між цими показниками не виявлено.

Також, за допомогою кореляційного аналізу (за допомогою коефіцієнту r -Спірмена) показника невротизації та активностей було виявлено зворотня кореляцію невротизації з заняттями mindfulness-практиками. Тобто більш об'ємне сприйняття життєвої картини знижує невротичність і, як можна свідчити, позитивно впливає на індивіда з невротичною організацією особистості.

З метою виявлення взаємозв'язків показників повного спектру шкал невротизації з тілесною усвідомленістю проведено кореляційний аналіз (за допомогою використання коефіцієнту r -Пірсона). У результаті було отримано наступні дані: шкала астенія має зв'язок з реактивністю автономної системи над діафрагмою, тобто, людина, яка має занепад сил, усвідомлює власну психічну слабкість, незадоволеністю життям в такому стані запускає роботу симпатичної нервової системи так реакцію "бій-біжи"; шкала негативна самооцінка має сильний зв'язок з тілесною усвідомленістю та реактивністю автономної системи над діафрагмою, тобто респонденти, які визначають себе не привабливими, незадоволені собою, думають про себе погано, схильні приділяти своєму тілу досить багато уваги, здатні ідентифікувати, переживати внутрішні відчуття тіла; почуття відчуження має тісний зв'язок з тілесною усвідомленістю та

реактивністю автономної системи над діафрагмою, у цьому випадку результат досить закономірний, адже реактивність автономної системи прямо пропорційно сприяє соціальній пасивності; демобілізація людини також міцно корелює з тілесною усвідомленістю і реактивністю автономної системи над діафрагмою, тобто відбувається зниження життєвої динаміки, відчуття втоми і, можливо, як наслідок, незадоволення собою; почуття провини так само корелює з тілесною усвідомленістю і реактивністю автономної системи над діафрагмою, тобто індивід з вираженою невротизацією, який звинувачує себе з приводу власної поведінки, порушення власних стандартів має більший зв'язок з тілом і при цьому сповільнює роботу нейронних ланцюгів, що впливає на активацію симпатичних реакції “бій-біжи”; труднощі в міжособистісних стосунках має прямі кореляції з тілесною усвідомленістю і з реактивністю автономної системи над діафрагмою, тобто коли людина має труднощі у стосунках з оточенням, сприймає себе як ту, яка неадекватно справляється під час контакту з іншими, то вона контактує зі своїм тілом і запускає реакцію симпатичної нервової системи “бій-біжи”; почуття небезпеки має міцні зв'язки з тілесною усвідомленістю і реактивністю автономної системи над діафрагмою, тобто недовіра особи до оточуючих людей, передбачення невдач, відмову від власних цілей, сприйняття себе як людини недостатньо стійкої, яка зазнала образ з боку оточення, викликає сильніший контакт з тілом і усвідомлення його, а також відповідну реакцію симпатичної нервової системи.; румінація та схильність до обдумування має сильну кореляцію з тілесною усвідомленістю і реактивністю автономної системи над діафрагмою, що говорить про те, що схильність людини до спогадів, роздумів над собою та власними діями, невизначеність і сприйнятливість запускає симпатичні реакції організму та посилює усвідомленість власного тіла.

Для вивчення зв'язку активностей та рівня невротизації було проведено кореляційний аналіз і визначено наступне: ті, хто не займаються йогою, мають найвищий рівень невротизації; ті, хто займається йогою, але рідко (декілька разів на місяць) мають нижчі показники невротизації; а люди, які виконують вправи йоги регулярно з періодичністю декілька разів на тиждень мають найменший показник рівня невротизації; люди, які не займаються mindfulness-практиками мають найвищий рівень невротизації, ті, хто практикує декілька разів на тиждень, мають меншу невротизацію, ті, хто кожен день - має більший рівень невротизації, ніж ті, хто практикує mindfulness декілька разів на місяць; найвищий рівень невротизації мають люди, які займаються медитаціями кожен день і не займаються зовсім, а нижчі результати за рівнем невротизації мають ті, хто робить медитації декілька разів на місяць або декілька разів на тиждень.

За використання кореляційного аналізу було визначено зв'язок між шкалами опитувальника KON-2006 та активностями, які виконують респонденти. У результаті було отримано наступні зв'язки: почуття залежності від оточення має зворотній зв'язок з mindfulness-практиками; шкала астенія має міцний зв'язок з заняттями йогою і mindfulness-практиками; зв'язок негативної самооцінки з mindfulness-практиками; імпульсивність має зворотній зв'язок заняття йогою і сильний прямий зв'язок з тілесною психотерапією; труднощі у прийнятті рішень і почуття відчуження мають взаємозв'язок з mindfulness-практиками; демобілізація має зв'язок з заняттями йогою і практиками усвідомленості; схильність до ризику має зв'язок із заняттями бойовими мистецтвами; брак вітальності, що є відсутністю життєвих сил, має зв'язок з заняттям йогою; почуття безпомічності також має зв'язок з заняттями йогою; відчуття браку контролю пов'язано з заняттями mindfulness-практиками; зв'язок між почуттям браку незалежності та mindfulness-практиками; труднощі в міжособистісних стосунках мають зворотній зв'язок з mindfulness-

практиками; заздрість має зв'язок з заняттями бойовими мистецтвами; нарцисична позиція має прямі міцні взаємозв'язки з такими активностями як тілесна психотерапія та медитації; ірраціональність має найбільшу кількість зв'язків з активностями, наприклад, з заняттям йогою, а з танцювальною психотерапією, mindfulness-практиками та з медитацією дана шкала має прямий особливо міцний зв'язок; педантичність має зворотній зв'язок з заняттями медитацією.

З даних результатів було зроблено наступні висновки на основі припущення. Заняття йогою обирають люди з достатньою кількістю сил й енергії, які не має у своєму житті неоднозначності та невизначеності, вони контролюють свій рівень агресії, можуть оволодіти собою. При цьому ті, схильні до ірраціональності. Заняття бойовими мистецтвами обирають ті, хто має схильність до ризику і без почуття розчарування при перемогах й успіхах інших людей. Це можна пояснити тим, що бойові мистецтва допомагають вивільнити емоції злості, ворожості до людей і підвищити моральний дух. Танцювальна психотерапія обирається людьми з ірраціональністю. Можна припустити, що так як дана активність щільно пов'язана з творчістю, то буде закономірним вибір її людьми, які сприймають світ інтуїтивно. Mindfulness-практики обирають люди з присутньою динамікою у житті та відчуттям енергійності, можна припустити, що вони йдуть у ці практики саме для уповільнення своєї психічною діяльності і щоб мати час побути в собі. Вони мають меншу схильність до вагання і не мають потреби занадто довгого і ретельного обмірковування, менш залежні від оточення, мають нормальну самооцінку, схильні до ірраціонального мислення. Заняття медитаціями обирають люди егоцентричні та здатні захистити свої цінності та пріоритети у потрібний момент. При цьому такі особи також схильні до ірраціональності у своїй поведінці, у них відсутній формалізм, педантичність, перфекціонізм і дріб'язковість. Особи, які обирають

mindfulness-практики, схильні до покращень свого невротичного стану, віднаходячи життєву енергію та долаючи всі проблеми.

ВИСНОВКИ

1. У даній роботі було вивчено тілесну усвідомленість індивідів з невротичною організацією особистості. Було проаналізовано теоретичні підходи до визначення таких понять як організація особистості та її рівні, тілесна усвідомленість, вагусний нерв, реактивність нервової системи, також опрацьовано методику для діагностики особистісних дисфункцій, які сприяють розвитку невротичних розладів KON-2006 і методику ВРQ, що вимірює самооцінку усвідомлення тіла та зміни у відповідях вегетативної нервової системи, а також проаналізовано зв'язок тілесної усвідомленості, невротичності та активностей, пов'язаних з усвідомленістю в моменті, диханням, співом, позами.

2. Теоретико-методологічний аналіз наукової і спеціальної літератури з проблеми дослідження свідчить, що рівень особистісної організації – психотичний, межовий або невротичний – це одна з основних

характеристик пацієнта, завдяки якій психотерапевт бачить здатність особистості долати внутрішні конфлікти. Основні прихильники теорії організації особистості припускають, що вона є ключовим предиктором результату та ключовим фактором у розумінні терапевтичного процесу. Люди з невротичною організацією особистості є чудовими клієнтами психотерапевтів, адже в роботі з ними терапевт відчуває, що перебуває з пацієнтом з одного боку барикади, а їхній спільний ворог - це саме проблема, запит пацієнта. Для успішної роботи з проблемою важливо застосовувати цілісний підхід, який включає як когнітивні аспекти, так і тілесні відчуття.

В цьому аспекті чимало дослідників і науковців підтверджували важливість інтеграції розуму та тіла. Медичні, неврологічні і психологічні погляди на цю проблему об'єдналися в одному спільному підході - нейропсихофізіології. Так, зв'язок тіла, медицини, фізіології розглядає американський психіатр і нейробіолог Стівен Порджес - засновник Полівагальної теорії, яка забезпечила нову концептуалізацію автономної нервової системи, підкресливши нейрофізіологічні механізми та філогенетичні зрушення в нервовій регуляції психологічних реакцій від черепних нервів до хребта, спинного мозку та нижчих відділів мозку ссавців. Визначальним поняттям даної теорії є вагусний нерв, психологічними проявами збою роботи цього нерва (недостатнього тонусу) є тривожність, деперсоналізація, втрата зв'язків з соціумом, незадоволеність життям. Аналогічні прояви поведінки можуть мати також люди з невротичною організацією особистості.

3. Для дослідження тілесної усвідомленості індивідів з невротичною організацією особистості було використано наступні емпіричні методи: психометричний інструмент "Опитувальник невротичної особистості KON-2006", використання якого полегшує діагностику невротичного розладу, а також диференціацію невротичних і

псевдо невротичних синдромів, даний опитувальник налічує 24 шкали і коефіцієнту X-KON, який є загальним показником невротизації; анкету “Опитувальник тілесних відчуттів – ВРQ”, яка застосовується для виміру самооцінки усвідомлення тіла та вегетативної реактивності і містить 3 шкали, а також опитування з приводу активностей, пов’язаних зі споглядальними практиками, диханням й усвідомленістю. З методів статистичної обробки даних були використані: аналіз первинних описових статистик, кореляційний аналіз з використанням коефіцієнта rs-Спірмена і коефіцієнта rs-Пірсона.

У респондентів даної вибірки найбільш виражені такі прояви невротизації: схильність до ризику, мрійливість і втеча у фантазії, почуття провини, заздрість, педантичність, почуття перевантаженості; найменш виражені труднощі в емоційних стосунках, демобілізація, почуття браку контролю, труднощі в міжособистісних стосунках, румінація і схильність до обдумування.

В результаті порівняння показників невротизації чоловіків і жінок даної вибірки не було виявлено статистичної різниці між респондентами за статтю. За шкалами опитувальника тілесної усвідомленості також був проведений аналогічний аналіз за статтю. Статистичної різниці між чоловіками і жінками за шкалами тілесної усвідомленості, реактивністю автономної системи над діафрагмою, реактивністю автономної системи під діафрагмою виявлено не було.

Астенія має зв’язок з реактивністю автономної системи над діафрагмою. У реактивному стані автономна нервова система не сприяє стану спокою та соціальної активності, це може підсилювати відчуття власної психічної слабкості, коли немає сил і бажання комунікувати з людьми, виникає відчуття власної непотрібності, а за ним незадоволеність своїм життям, що також притаманно астенії.

Негативна самооцінка має сильний зв'язок з тілесною усвідомленістю та реактивністю автономної системи над діафрагмою. При негативній оцінці себе відбувається відкликання тих нейронних ланцюгів, що сприяють спокою і виникає мобілізація організму.

Почуття відчуження має тісний зв'язок з тілесною усвідомленістю та реактивністю автономної системи над діафрагмою. Реактивність автономної системи прямо пропорційно сприяє соціальній пасивності. При почутті відчуженості людини, вона відчуває себе позбавленою соціальної підтримки, незрозумілою, у неї зростає зв'язок зі своїм тілом, тому що, відчуваючи себе самотньою й ізольованою, вона звертається до тієї людини, яка завжди буде поруч - до себе.

Демобілізація людини також міцно корелює з тілесною усвідомленістю і реактивністю автономної системи над діафрагмою. Відчуття людиною страху перед новими викликами і ситуаціями у житті мають прямий вплив на збудження і підвищення реактивності симпатичної нервової системи, відбувається гальмування працездатності і активної соціальної діяльності, що також притаманно шкалі демобілізації і визначається як зниження життєвої динаміки, відчуття втоми і, можливо, як наслідок, незадоволення собою., яке пояснює надмірну увагу своєму тілу.

Почуття провини так само корелює з тілесною усвідомленістю і реактивністю автономної системи над діафрагмою. Так як основна реакція організму на гнів - "бий-біжи", то це пояснює даний взаємозв'язок. Так як провинна пов'язана з аутоагресією, то при відчутті цього деструктиву людина здатна проявляти руйнівну активність спрямовану на своє тіло і таким чином збільшується значення тілесної усвідомленості.

Труднощі в міжособистісних стосунках мають прямі кореляції з тілесною усвідомленістю і з реактивністю автономної системи над діафрагмою. Тобто коли людина має труднощі у стосунках з оточенням,

сприймає себе як ту, яка неадекватно справляється під час контакту з іншими, то від цього активується її симпатична нервова система. При важливості для людини недалого контакту, вона може шукати проблему в собі, звертаючись до власного тіла, власних внутрішніх відчуттів, що могло б утворює зв'язок з тілесною усвідомленістю.

Почуття небезпеки має міцні зв'язки з тілесною усвідомленістю і реактивністю автономної системи над діафрагмою. Реакція симпатичної нервової системи на почуття небезпеки, вигадана вона людиною чи реальна, за своєю природою значно підсилює стан мобілізованості організму. Саме для того, щоб вдало реагувати на загрозу при небезпеці, особам потрібна концентрація на власному стані і тілесних відчуттях.

Румінація та схильність до обдумування має сильну кореляцію з тілесною усвідомленістю і реактивністю автономної системи над діафрагмою. Румінація призводить до знесилення та дезадаптації, запускається реакція організму при якій людина позбавляється стану спокою, активізує свою нервову систему. Обдумування неправильних дій, відчуття відчуження і знесилення пов'язує з тілом, зовнішніми і внутрішніми відчуттями.

Зв'язок між невротизацією і заняттями йогою показав, що для зниження показника невротизації йогою займатися найкорисніше декілька разів на тиждень. Зв'язок між невротизацією і mindfulness-практиками показав, що ефективно займатися практикою декілька разів на місяць. Зв'язок між невротизацією і медитаціями показав, що для зменшення рівня невротизації краще виконувати його декілька разів на тиждень. Такі результати могли бути одержані через недостатньо велику вибірку людей, які займаються переліченими активностями.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии / Пер.с англ. М.И. Завалова. – М.:Независимая фирма “Класс”, 2000. – 464 с.
2. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Пер. с англ. – М.: Независимая фирма “Класс”, 2001. – 480 с.
3. Царькова, О. В. "Почуття провини як один з аспектів розвитку особистості та її соціальної взаємодії." Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки» 2.1, 2014. - С. 79-83.
4. Aleksandrowicz JW. Zastosowanie testu 16PF R. B. Cattella w ocenie leczenia nerwic. / Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Martyniak M. - Psychoterapia 13, 1985. - С. 47–60.
5. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej/ Aleksandrowicz JW, Sobański JA - Biblioteka Psychiatrii Polskiej: Kraków, 2004.
6. Aleksandrowicz JW. Effectiveness of Neurosis Psychotherapy./ Aleksandrowicz JW - Dyn. Psychiatry, 1995. - С. 64–74.
7. Anrep G.V. Respiratory variations of the heart rate. I. The reflex mechanism of the respiratory arrhythmia. / Anrep G.V, Pascual W., Rossler R. - Proceedings of the Royal Society of London B-Biological Sciences, 1936. - С. 191–217.
8. Assessing body awareness and autonomic reactivity: Factor structure and psychometric properties of the Body Perception Questionnaire-Short Form (BPQ-SF) / [A. Cabrera, J. Kolacz, G. Pailhez та ін.]. International Journal of Methods in Psychiatric Research. 2018. No 27.

9. Azim, H. F. A. The quality of object relations scale. / Azim, H. F. A., Piper, W. E., Segal, P. M. - Bulletin of the Menninger Clinic, 1991. - C. 323-343.
10. Bagby RM. The Oxford handbook of the five factor model. / Bagby RM, Uliaszek AA, Gralnick TM - New York: Oxford University Press, 2017. - 582 c.
11. Bainbridge, F.A. The relation between respiration and the pulse-rate. / Bainbridge, F.A. - Journal of Physiology, 1920. - C. 192–202.
12. Bateman, A. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. / Bateman, A., Fonagy, P. // American Journal of Psychiatry, 2009. - C. 1355-1364.;
13. Benarroch, E.E. The central autonomic network: functional organization, dysfunction, and perspective. / Benarroch, E.E. - Mayo Clinic Proceedings 68, 1993. - C. 988–1001.;
14. Bernardi L. Effect of rosary prayer and yoga mantras on autonomic cardiovascular rhythms: comparative study / Bernardi L., Sleight P., Bandinelli G. - BMJ, 2001. – C. 1446-1449.
15. Berntson, G.G. Autonomic cardiac control. I. Estimation and validation from pharmacological blockades. / Berntson, G.G., Cacioppo, J.T., Quigley, K.S. - Psychophysiology 31, 1994. - C. 572–585.;
16. Blatt, S. J. Psychodynamic measures of therapeutic change. / Blatt, S. J., Auerbach, J. S. // Psychoanalytic Inquiry, 2003. - C. 268–307.;
17. Bohlmeijer, E. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. / Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E. - Journal of Psychosomatic Research, 68(6), 2010. - C. 539–544.;

18. Caligor, E. An object relations model of personality and personality pathology. / Caligor, E., Clarkin, J. F. // *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook*, 2010. - C. 3-35.
19. Caligor, E.. A psychoanalytic theory of personality disorders./ Caligor, E., and O. F. Kernberg.// *Major Theories of Personality Disorders*, 2005. - C. 114-145.
20. Cameron, O.G. Interoception: The inside story—A model for psychosomatic processes. / Cameron, O.G. - *Psychosomatic Medicine*, 2001. - C. 697–710.
21. Chiesa, A. Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: A review and meta-analysis./ Chiesa, A., Serretti, A. - *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2009. - C. 593–600.
22. Clarkin J. F. Psychotherapy for borderline personality. Focusing on object relations. / Clarkin J.F., Yeomans F., Kernberg O.F. - Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2011. - C. 159-181.
23. Ciraulo, J. Effects of Yoga Versus Walking on Mood, Anxiety, Brain GABA Levels: A Randomized Controlled MRS Study / Ciraulo, J. - *Altern Complement Med*, 2010. – C. 1145-1152.
24. Claude B. Introduction à l'étude de la médecine expérimentale. / Claude B. - No. 2. JB Baillière, 1865. - 384 c.
25. Cournand, A. Claude Bernard's Contributions to Cardiac Physiology. Claude Bernard and the Internal Environment. / Cournand, A. - New York: Marcel Dekker, 1979. - C. 97-121.
26. Craig, A. D. How do you feel? Interoception: The sense of the physiological condition of the body. / Craig, A. D. - *Nature Reviews Neuroscience*, 2002. - C. 655–666.

27. Craig, A. D. How do you feel - now? The anterior insula and human awareness. / Craig, A. D. - *Nature Reviews Neuroscience*, 2009. - C. 59–70.
28. Craig, A.D. Forebrain emotional asymmetry: a neuroanatomical basis? / Craig, A.D. - *Trends in Cognitive Sciences* 9, 2005. - C. 566–571.
29. Critchley, H. D. Visceral influences on brain and behavior. / Critchley, H. D., Harrison, N. A. // *Neuron*, 77(4), 2013. - C. 624–638.
30. Critchley, H.D. Neural mechanisms of autonomic, affective, and cognitive integration./ Critchley, H.D. - *Journal of Comparative Neurology* 493, 2005 - C. 154–166.
31. Cuda G. Just Breathe: Body Has A Built-In Stress Reliever. – 2010. – Режим доступа.: <http://www.npr.org/2010/12/06/131734718/just-breathe-body-has-a-built-in-stress-reliever>.
32. Darrow, C.W. Differences in the physiological reactions to sensory and ideational stimuli. / Darrow, C.W. - *Psychological Bulletin*, 1929. - C. 185-201.
33. Darwin, C. *The Expression of the Emotions in Man and Animals.* / Darwin, C. - New York: D. Appleton, 1872.
34. Davidsen, A.S. Understanding the body–mind in primary care. / Davidsen, A.S., Guassora, A.D., Reventlow, S. - *Med Health Care and Philos* 19, 2016. - C. 581–594.
35. Davidson, R. J. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation./ Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher - *Psychosomatic Medicine*, 2003. - C. 564–570.
36. Davidson R. J. The next generation of mindfulness-based intervention research: what have we learned and where are we headed?/ Davidson R. J., Rosenkranz M.A., John D. Dunne.- *Current opinion in psychology* 28, 2019. - C. 179-183.

37. Domschke, K. Interoceptive sensitivity in anxiety and anxiety disorders: An overview and integration of neurobiological findings. / Domschke, K., Stevens, S., Pfleiderer, B. *Clinical Psychology Review*, 2010.- C. 1–11.
38. DuBois, D. Interoception in autism spectrum disorder: A review. / DuBois, D., Ameis, S. H., Lai, M. C. - *International Journal of Developmental Neuroscience*, 1016. C. 104–111.
39. Eppinger, H. *Vagotonia: A Clinical Study in Vegetative Neurology.* / Eppinger, H., Hess, L. Translated by W.M. Kraus and S.E. Jellifee - The Nervous and Mental Disease Publishing Co., New York, 1915.
40. Eppinger, H. *VAGOTONIA: A Clinical Study.*/ Eppinger, H., Hess, L., - *The Journal of Nervous and Mental Disease* 41.9, 1914. - C. 600-603.
41. Erikson, E.H. *Youth and crisis.*/ Erikson, E.H. - New York: Norton, 1968.
42. Eurelings-Bontekoe, E. H. M. Relationship between personality organization and Young's cognitive model of personality pathology. / Eurelings-Bontekoe, E. H. M., Luyten, P. - *Personality and Individual Differences* 49, 2010. - C. 198-203.
43. Eurelings-Bontekoe, E. H. M. The relationship between personality organization as assessed by Theory-Driven Profiles of the Dutch Short Form of the MMPI and self-reported features of personality organization./ Eurelings-Bontekoe, E. H. M., Luyten, P. - *Journal of Personality Assessment*, 92, 2010 - C. 899-906.
44. Eurelings-Bontekoe, E. H. M. A new approach to the assessment of structural personality pathology. Theory-driven profile interpretation of the Dutch Short Form of the MMPI. / Eurelings-Bontekoe, E. H. M., Onnink, A. *New Ideas in Psychology*, 26, 2008. - C. 23-40.;
45. Fonagy P. Psychodynamic models of personality disorders. / Fonagy P., Luyten P. - 2012.

46. Fonagy, P. The roles of mental representations and mental processes in therapeutic action. / Fonagy, P., Moran, G. S., Edgcumbe, R. - *Psychoanalytic Study of the Child*, 48, 1993, C. 9-48.
47. Fraiberg, S. The magic years: Understanding and handling the problems of early childhood. / Fraiberg, S. - New York: Charles Scribner's Sons, 1959. - 320 c.
48. Freud, S. Notes upon a case of obsessional neurosis. / Freud, S. - *Standard Edition*, 10, 1909, - C. 151–320.
49. Gabbard, G. O. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice (3rd ed.)*. / Gabbard, G. O. - Washington, DC: American Psychiatric Press, 2000.
50. Gamache, D. The Personality Organization Diagnostic Form. Development of a revised version. / Gamache, D., Laverdière, O., Diguier, L., Hébert, E. - *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 2009. - C. 368-377.
51. Gamache, D. Personality organization, five-factor model, and mental health. / Gamache, D. - *The Journal of nervous and mental disease*, 2007. - C. 819-829.
52. Gellhorn, E. Motion and emotion: The role of proprioception in the physiology and pathology of the emotions. / Gellhorn, E. - *Psychological Review*, 1964. - 457 c.
53. Graham, F.K. Heart-rate change as a component of the orienting response. / Graham, F.K., Clifton, R.K. *Psychological Bulletin*, 65, 1966. - C. 305- 320.
54. Grape C. Does singing promote well-being? An empirical study of professional and amateur singers during a singing lesson / Grape C., Sandgren M., Hansson L.O. - *Integr Physiol Behav*, № 8 (1), 2003. – C. 65-74.

55. Gunhild K. Body awareness in healthy subjects – a qualitative study./
Gunhild K., Lundvik A., Gard G. - European Journal of Physiotherapy,
2022.
56. Harshaw, C. Interoceptive dysfunction: Toward an integrated framework
for understanding somatic and affective disturbance in depression. /
Harshaw, C. - Psychological Bulletin, 141(2), 2015. - 311c.
57. Hering, H.E. A functional test of heart vagi in man. / Hering, H.E. -
Menschen Munchen Medizinische Wochenschrift 57, 1910 - C. 1931–
1933.
58. Hilsenroth, M. The effects of borderline pathology on short-term
psychodynamic psychotherapy for depression. / Hilsenroth, M., DeFife,
J., Blake, M. Psychotherapy Research, 17, 2007. - C. 175-188.
59. Hnatiow, M., Lang, J. Learned stabilization of cardiac rate. / Hnatiow,
M., Lang, J. - Psychophysiology 1, 1965 - C. 330–336.
60. Horney K. What is a Neurosis?./ Horney K.- American Journal of
Sociology 45.3, 1939. - C. 426-432.
61. Huprich, S. K. Advances in the assessment of object relations in the
1990s. / Huprich, S. K., Greenberg, R. P. //Clinical Psychology Review,
23, 2003. - C. 665-698.
62. Johansson, P. The mediating role of insight for long-term improvements
in psychodynamic therapy. / Johansson, P., Høglend P., Amlo, S. -
Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78, 2010, - C. 438-448.
63. Jänig, W. The integrative action of the autonomic nervous system:
Neurobiology of homeostasis. / Jänig, W. - Cambridge, UK: Cambridge
University Press, 2006.
64. Kabat- Zinn, J. Mindfulness- based interventions in context: Past,
present, and future. / Kabat- Zinn, J. - Clinical Psychology: Science and
Practice, 10(2), 2003. - C. 144–156.

65. Kalsbeek, J.W.H. Scored irregularity of the heart pattern and the measurement of perceptual or mental load. / Kalsbeek, J.W.H., Ettema, J.H., - *Ergonomics* 6, 1963, -C. 306–307.
66. Kaplan HI. Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences / Kaplan HI, Sadock BJ. // *Clin. Psychiatry*. 8th ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1998.
67. Kaye, W. H. New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa. / Kaye, W. H. , Fudge, J. L. , & Paulus, M. - *Nature Reviews Neuroscience*, 10(8), 2009. - 573 c.
68. Kernberg, O. F. A psychoanalytic theory of personality disorders. In M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Eds.) / Kernberg, O. F., Caligor, E. - *Major theories of personality disorder* (2nd ed.), 2005. - C. pp. 114- 156. New York: Guilford.
69. Kernberg, O. F. Severe personality disorders. / Kernberg, O. F. - New Haven, CT: Yale University Press, 1984.
70. Kok B. How positive emotions build physical health: perceived positive social connections account for the upward spiral between positive emotions and vagal tone / Kok B., Coffey K., Cohn M. - *Psychol Sci.* № 24 (7), 2013. - C. 1123-32.
71. Lacey, J.I. Somatic response patterning and stress: Some revisions of activation theory. / Lacey, J.I. - *Psychological Stress: Issues in Research*. New York: Appleton- Century-Crofts, 1967 - C. 14-37.
72. Lacey, J.I. Somatic response patterning and stress: Some revisions of activation theory. / Lacey, J.I. - *Psychological Stress: Issues in Research*. New York: Appleton- Century-Crofts, 1967 - C. 14-37.
73. Lacey, J.I. Verification and extension of the principle of autonomic response stereotypy. / Lacey, J.I., Lacey, B.C.// *American Journal of Psychology* 71,1958. - C. 50–73.

74. Lahey, B. B. Common genetic influences on negative emotionality and a general psychopathology factor in childhood and adolescence./ Lahey, B. B. - Journal of abnormal psychology 122.4, 2013. - 1142 c.
75. Lang, P.J. Effects of feedback and instructional set on the control of cardiac rate variability. / Lang, P.J., Sroufe, L.A., Hastings, J.E. - Journal of Experimental Psychology 75, 1967, - C. 425–431.
76. Lang P.J. Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct./ Lang P.J. - Research in psychotherapy conference, 3rd, May-Jun, 1966, Chicago, IL, US. American Psychological Association, 1968.
77. Langley, J. N. The autonomic nervous system. / Langley, J. N. - Cambridge, England: Heffer & Sons, 1921.
78. Laverdière, O. Personality organization, five-factor model, and mental health. / Laverdière, O., Gamache, D., Diguier, L. - Journal of Nervous and Mental Disease, 195, 2007. - C. 819-829.;
79. Levy, K. N. The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. / Levy, K. N., Clarkin, J. F., Yeomans, F. E. - Journal of Clinical Psychology, 62, 2006. - C. 481-501.
80. Mallorquí- Bagué, N. Neuroimaging and psychophysiological investigation of the link between anxiety, enhanced affective reactivity and interoception in people with joint hypermobility. / Mallorquí- Bagué, N. , Garfinkel, S. N. , Engels, M. - Frontiers in Psychology, 5, 2013. - C. 1162–1162.
81. Mandler, G. Autonomic feedback: The perception of autonomic activity. / Mandler, G. , Mandler, J. M. , Uviller, E. T. - The Journal of Abnormal and Social Psychology, 56(3), 1958. - 367 c.
82. McWilliams N. Psychoanalytic diagnosis. /McWilliams, N. - New York: Guilford, 1994. - 426c.

83. McWilliams N. Psychoanalytic psychotherapy: A practitioner's guide. / McWilliams N. Guilford Press, 2004. - 353 с.
84. McWilliams N. Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process. / McWilliams N. - Guilford Press, 2011. - 426 с.
85. Mehling, W. E. Body awareness: Construct and self-report measures. / Mehling, W. E. , Gopisetty, V. , Daubenmier, J. - PLoS One, 4(5), 2009. - Режим доступа: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0005614>
86. Mehling W. E. The multidimensional assessment of interoceptive awareness (MAIA). PloS one 7.11, 2012. - Режим доступа: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048230>
87. Obrist, P.A. Cardiovascular Psychophysiology. / Obrist, P.A. - Plenum Press, New York, 1981. - 236 с.
88. Ozer DJ. Personality and the prediction of consequential outcomes. / Ozer DJ, Benet-Martínez V. // Annu Rev Psychol. 2006. - Режим доступа: [doi:10.1146/annurev.psych.57.102904.190127](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190127)
89. P. Richter, C. ON THE PHENOMENON OF SUDDEN DEATH IN ANIMALS AND MAN. / P. Richter, C. - Psychopathology: A Source Book, 2013. - 234-242. - Режим доступа: <https://doi.org/10.4159/harvard.9780674367012.c18>
90. Piper, W. E.. Interpretive and supportive psychotherapies. Matching therapy and patient personality. / Piper, W. E., Joyce, A. S., McCallum, M. - Washington, DC: American Psychological Association, 2002. - 316 с.
91. Porcerelli, J. H. Object representations and their relationship to psychopathology and physical health status in African-American women in primary care./ Porcerelli, J. H., Huprich, S. K., Binienda, J. - Journal of Nervous and Mental Disease, 194, 2006, - С. 838-844.

92. Porges S. W. Body Perception Questionnaire./ Porges S. W. - Stress: The International Journal on the Biology of Stress 15, 1993, - C. 1-7.
93. Porges S. W. The infant's sixth sense: Awareness and regulation of bodily processes. / Porges S. W. - Zero to Three: Bulletin of the National Center for Clinical Infant Programs, 14, 1993b. - C. 12–16.
94. Porges S. W. Orienting in a defensive world: Mammalian modifications of our evolutionary heritage. A polyvagal theory. / Porges S. W. - Psychophysiology, 32, 1995. - C. 301–318.
95. Porges S. W. The polyvagal theory: Phylogenetic substrates of a social nervous system. / Porges S. W. - International Journal of Psychophysiology, 42, 2001. - C. 123–146.
96. Porges S. W. Reciprocal influences between body and brain in the perception and expression of affect: A polyvagal perspective In Fosha/ Porges S. W. - The healing power of emotion: Affective neuroscience, development, clinical practice. New York: Norton, 2009.
97. Porges S. W. (2009b). The polyvagal theory: New insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system. / Porges S. W. - Cleveland Clinic Journal of Medicine, 76(S2), 2009b. - C. 86–90.
98. Porges S. W. The Polyvagal Theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self- regulation./ Porges S. W.- New York: Norton, 2011.
99. Porges S.W. Heart rate variability and deceleration as indices of reaction time./ Porges S. W.- Journal of Experimental Psychology 92, 1972. - C. 103–110.
100. Porges S.W. Heart rate variability: an autonomic correlate of reaction time performance. / Porges S.W. - Bulletin of the Psychonomic Society 1, 1973. - C. 270–272.
101. Porges S.W. Peripheral and neurochemical parallels of psychopathology: a psychophysiological model relating autonomic

- imbalance to hyperactivity, psychopathy, and autism. / Porges S.W. - In: Reese, H.W. (Ed.), *Advances in Child Development and Behavior*, vol. 11. Academic Press, New York, 1976. - C. 35–65.
102. Porges S.W. Orienting in a defensive world: mammalian modifications of our evolutionary heritage: a polyvagal theory. / Porges S.W. - *Psychophysiology* 32, 1995, - C. 301–318.
103. Porges S.W. Emotion: an evolutionary by-product of the neural regulation of the autonomic nervous system. / Porges S.W. - In: Carter, C.S., Kirkpatrick, B., Lederhendler, I.I. (Eds.), *The Integrative Neurobiology of Affiliation*, vol. 807. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1997.- C. 62–77.
104. Porges S.W. Love: an emergent property of the mammalian autonomic nervous system. / Porges S.W. - *Psychoneuroendocrinology* 23, 1998. - C. 837–861.
105. Porges S.W. The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system./ Porges S.W. - *International Journal of Psychophysiology* 42, 2001a. - C. 123–146.
106. Porges S.W. Social engagement and attachment: a phylogenetic perspective. *Roots of mental illness in children.* / Porges, S.W. - *Annals of the New York Academy of Sciences* 1008, 2003. - C. 31–47.
107. Porges S.W. The influence of methylphenidate on spontaneous autonomic activity and behavior in children diagnosed as hyperactive. / Porges S.W., Bohrer R.E., Keren G. - *Psychophysiology* 18, 1981. - C. 42–48.
108. Porges S.W. Respiratory and heart rate components of attention. / Porges S.W., Raskin, D.C. - *Journal of Experimental Psychology* 81, 1969. - C. 497–503.
109. Porges S. W. Vagal pathways: portals to compassion. / Porges S.W. - *The Oxford handbook of compassion science*, 2017. - C. 189-202.

110. Pużyński S. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. / Pużyński S., Wciórka J. - Kraków, Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne "Vesalius", 1997.
111. Razran, G. The observable unconscious and the inferable conscious in current Soviet psychophysiology: interoceptive conditioning, semantic conditioning, and the orienting reflex./ Razran, G. - Psychological Review 68, 1961. - C. 81– 147.
112. Samochowicz J. Profil osobowości pacjentów z zaburzeniami lękowymi oceniony za pomocą Inwentarza Temperamentu i Charakteru Cloningera (TCI) oraz Kwestionariusza Osobowościowego R.B. Cattella. / Samochowicz J, Kucharska-Mazur J, Hajduk A. Psychiatr. Pol, 2005. - C. 527–36.
113. Sayers, B. Analysis of heart rate variability. / Sayers, B. - Ergonomics 16, 1973, - C. 17–32.
114. Selhub E. Mind-body medicine for treating depression: Using the mind to alter the body's response to stress. / Selhub E. - Alternative & Complementary Therapies, 13(1), 2007. - C. 4-9.
115. Sherrington, C. S. The Integrative Action of the Nervous System. / Sherrington, C. S. - New Haven: Yale University Press, 1906.
116. Smits, D. J. M. The Inventory of Personality Organization–revised: Construction of an abridged version./ Smits, D. J. M., Vermote, R., Claes, L. - European Journal of Psychological Assessment, 25, 2009. - C. 223-230.
117. Stephen W. P. Polyvagal Theory: A biobehavioral journey to sociality./ Stephen W. P. - Comprehensive Psychoneuroendocrinology, Volume 7, 2021. - Режим доступа:
<https://doi.org/10.1016/j.cpniec.2021.100069>.

118. Sterba R.F. The fate of the ego in analytic therapy. / Sterba, R.F. - International Journal of Psycho-Analysis, 15, 1934Ю - C. 117–126.
119. Stern B. L. Structured Interview of Personality Organization (STIPO): Preliminary psychometrics in a clinical sample. / Stern, B. L., Caligor, E., Clarkin, J. F. Journal of Personality Assessment, 2010. - C. 35-44.
120. Tackett JL. The Oxford handbook of the five factor model. / Tackett JL, Lahey BB., Widiger TA. - New York: Oxford University Press, 2017.
121. Taylor A. G. Top-down and bottom-up mechanisms in mind-body medicine: Development of an integrative framework for psychophysiological research. / Taylor A. G., Goehler L. E., Galper D.I. Explore, 2010. - C. 29-41.
122. Taylor, E.W. Central control of the cardiovascular and respiratory systems and their interactions in vertebrates./ Taylor, E.W., Jordan, D., Coote, J.H. - Physiological Reviews 79, 1999. - C. 855–916.;
123. Thayer, J.F. A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation./ Thayer, J.F., Lane, R.D. // Journal of Affective Disorders 61, 2000. - C. 201–216.
124. Turiano NA, Graham EK, Weston SJ, et al. Is healthy neuroticism associated with longevity? A coordinated integrative data analysis. Collabra Psychol. 2020;6(1):33. doi:10.1525/collabra.268
125. Van der Kolk, B. A. (2015). The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma Penguin Books. [Google Scholar]
126. Vickhoff B., Malmgren H., Aström R., Nyberg G., S.-R. Ekström, Engwall M., Snygg J., Nilsson M., Jörnsten R. Music structure determines heart rate variability of singers // Front Psychol. – 2013. – P. 334.

127. Wang Y., Kondo T., Suzukamo Y., Oouchida Y., Izumi S. Vagal nerve regulation is essential for the increase in gastric motility in response to mild exercise // *Tohoku J Exp Med.* – 2010. – № 222 (2) – P. 155-63.
128. Wenger M. A. Studies of autonomic balance: A summary. / Wenger M. A. - *Psychophysiology*, 2(3), 1966. - С. - 173–186.
129. Westen D. Back to the future: Personality structure as a context for psychopathology. / Westen D., Gabbard G. O., Blagov P. - *Personality and psychopathology*, New York: Guilford, 2006. - С. 335-384.
130. Widiger TA. Neuroticism is a fundamental domain of personality with enormous public health implications. / Widiger TA, Oltmanns JR // *World Psychiatry*, 2017. - Режим доступа: doi: 10.1002/wps.20411.
131. Widiger TA. Handbook of individual differences in social behavior. / Widiger TA. - New York: Guilford, 2009, - С. 129- 46.
132. Williams M. Mindfulness. / Williams M., Penman D., Kabat-Zinn J. - Macmillan Audio, 2011.
133. Wundt, W. Grundzuge der Physiologischen Psychologie, vol. 2. W. Engelmann / Wundt, W. - Leipzig, Germany, 1902. - 704 с.
134. Wylie K. P. The role of the insula in schizophrenia. / Wylie K. P. , Tregellas J. R. - *Schizophrenia Research*, 123(2), 2010. - С. 93–104.
135. Zhang, X. Y. Effects of nuclei ambiguus and dorsal motor nuclei of vagus on gastric H⁺ and HCO₃⁻ secretion in rats. / Zhang X. Y. , Ai, H. B. , Cui X. Y. - *World Journal of Gastroenterology*, 12(20), 2006. - Режим доступа: doi: 10.3748/wjg.v12.i20.3271
136. Zhu, J. Arginine vasopressin injected into the dorsal motor nucleus of the vagus inhibits gastric motility in rats. / Zhu, J. , Chang, L. , Xie, J. , Ai, H. - *Gastroenterology Research and Practice*, 2016.

Порівняння чоловіків і жінок з невротичною організацією особистості за показниками шкал анкети ВРQ.

Стать * Тілесна усвідомленість Crosstabulation

			Тілесна усвідомленість			Total
			Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень	
Стать	Чоловіча	Count	1 _a	15 _a	2 _a	18
		% within Стать	5,6%	83,3%	11,1%	100,0%
	Жіноча	Count	3 _a	34 _a	5 _a	42
		% within Стать	7,1%	81,0%	11,9%	100,0%
Total		Count	4	49	7	60
		% within Стать	6,7%	81,7%	11,7%	100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Тілесна усвідомленість categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

Стать * Реактивність автономної нервової системи (над діафрагмою) Crosstabulation

			Реактивність автономної нервової системи (над діафрагмою)			Total
			Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень	
Стать	Чоловіча	Count	0 _a	14 _a	4 _a	18
		% within Стать	0,0%	77,8%	22,2%	100,0%
	Жіноча	Count	6 _a	26 _a	10 _a	42
		% within Стать	14,3%	61,9%	23,8%	100,0%
Total		Count	6	40	14	60
		% within Стать	10,0%	66,7%	23,3%	100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Реактивність автономної нервової системи (над діафрагмою) categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

Стать * Реактивність автономної нервової системи (під діафрагмою) Crosstabulation

			Реактивність автономної нервової системи (під діафрагмою)			Total
			Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень	
Стать	Чоловіча	Count	2 _a	14 _a	2 _a	18
		% within Стать	11,1%	77,8%	11,1%	100,0%
	Жіноча	Count	5 _a	29 _a	8 _a	42
		% within Стать	11,9%	69,0%	19,0%	100,0%
Total		Count	7	43	10	60
		% within Стать	11,7%	71,7%	16,7%	100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Реактивність автономної нервової системи (під діафрагмою) categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

ДОДАТОК Б

Аналіз результатів описових статистик за шкалами опитувальника

KON-2006

		Statistics																							
		Почта залежності від оточення	Активні	Негативна самооцінка	Імпульсивність	Труднощі прийняття рішень	Почта відчуження	Демобілізація	Сильність до ризику	Труднощі в умовах стресу	Брак витальності	Почта безпечності	Почта браку контролю	Почта браку незалежності	Мрійливість. Втеча у фантазію	Почта провини	Труднощі в міжособистісних стосунках	Задатість	Нарцисична поведінка	Почта небезпечності	Екзальтація	Іраціональність	Піддатливість	Римовидна сильність до обидваності	Почта переважати жмені
N	Valid	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Mean	.58	.50	.53	.75	.62	.78	.40	1.02	.22	.55	.62	.43	.62	.92	.80	.45	.80	.52	.72	.50	.52	.80	.43	1.05
	Median	1.00	.00	.00	1.00	1.00	1.00	.00	1.00	.00	.00	1.00	.00	1.00	1.00	1.00	.00	1.00	.00	1.00	.00	.00	1.00	.00	1.00
	Mode	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1
	Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Maximum	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

ДОДАТОК В

Аналіз результатів зв'язку показнику невротизації X-KON, шкалами опитувальника ВРQ та активностей, якими займаються респонденти.

			X-KON	Тісна усвідомленість	Реактивність автономної нервової системи (над діафрагмою)	Реактивність автономної нервової системи (під діафрагмою)	Зайняття йогою	Зайняття бойові мистецтва	Зайняття тілесною психотерапією	Зайняття танцювальною психотерапією	Зайняття mindfulness-практиками	Зайняття медитацією	
Spearman's rho	X-KON	Correlation Coefficient	1,000	,360**	,354**	,196	-,225	-,174	-,125	,070	-,282*	-,016	
		Sig. (2-tailed)	.	,005	,005	,133	,085	,185	,341	,596	,029	,901	
		N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
	Тісна усвідомленість	Correlation Coefficient	,360**	1,000	,686**	,539**	-,093	-,119	,083	-,126	-,149	-,128	-,128
		Sig. (2-tailed)	,005	.	,000	,000	,482	,364	,526	,337	,257	,330	,330
		N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
	Реактивність автономної нервової системи (над діафрагмою)	Correlation Coefficient	,354**	,686**	1,000	,512**	-,143	-,199	,003	-,168	-,063	-,052	-,052
		Sig. (2-tailed)	,005	,000	.	,000	,277	,128	,981	,201	,633	,695	,695
		N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
	Реактивність автономної нервової системи (під діафрагмою)	Correlation Coefficient	,196	,539**	,512**	1,000	,066	-,070	,071	-,081	,042	,152	,152
		Sig. (2-tailed)	,133	,000	,000	.	,617	,593	,588	,540	,748	,247	,247
		N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Зайняття йогою	Correlation Coefficient	-,225	-,093	-,143	,066	1,000	,065	,243	,175	,460**	,358**	,358**	
	Sig. (2-tailed)	,085	,482	,277	,617	.	,621	,061	,182	,000	,005	,005	
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	
Зайняття бойові мистецтва	Correlation Coefficient	-,174	-,119	-,199	-,070	,065	1,000	,143	,012	,061	,122	,122	
	Sig. (2-tailed)	,185	,364	,128	,593	,621	.	,276	,927	,642	,354	,354	
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	
Зайняття тілесною психотерапією	Correlation Coefficient	-,125	,083	,003	,071	,243	,143	1,000	,171	,446**	,223	,223	
	Sig. (2-tailed)	,341	,526	,981	,588	,061	,276	.	,191	,000	,086	,086	
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	
Зайняття танцювальною психотерапією	Correlation Coefficient	,070	-,126	-,168	-,081	,175	,012	,171	1,000	,065	,304*	,304*	
	Sig. (2-tailed)	,596	,337	,201	,540	,182	,927	,191	.	,621	,018	,018	
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	
Зайняття mindfulness-практиками	Correlation Coefficient	-,282*	-,149	-,063	,042	,460**	,061	,446**	,065	1,000	,395**	,395**	
	Sig. (2-tailed)	,029	,257	,633	,748	,000	,642	,000	,621	.	,002	,002	
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	
Зайняття медитацією	Correlation Coefficient	-,016	-,128	-,052	,152	,358**	,122	,223	,304*	,395**	1,000	1,000	
	Sig. (2-tailed)	,901	,330	,695	,247	,005	,354	,086	,018	,002	.	.	
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

ДОДАТОК Г

Аналіз шкал X-KON та шкал опитувальника ВРQ за коефіцієнтом кореляції Пірсона.

Correlations

		Тісна усвідомленіс ть	Реактивність автономної нервової системи (над діафрагмою)	Реактивність автономної нервової системи (під діафрагмою)
Почуття залежності від оточення	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,072 ,584 60	,096 ,464 60	-,032 ,811 60
Астенія	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,239 ,066 60	,255* ,049 60	,118 ,370 60
Негативна самооцінка	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,451** ,000 60	,376** ,003 60	,135 ,305 60
Імпульсивність	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,214 ,101 60	,113 ,391 60	,002 ,989 60
Труднощі у прийнятті рішень	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,094 ,474 60	,180 ,168 60	,022 ,869 60
Почуття відчуження	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,417** ,001 60	,308* ,017 60	,043 ,746 60
Демобілізація	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,294* ,022 60	,275* ,034 60	,203 ,120 60
Схильність до ризику	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,116 ,379 60	-,157 ,232 60	-,192 ,141 60
Труднощі в емоційних стосунках	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,201 ,123 60	,207 ,113 60	,127 ,335 60
Брак вітальності	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,134 ,309 60	,172 ,188 60	,066 ,616 60
Почуття безпечності	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,149 ,257 60	,110 ,401 60	,086 ,512 60
Почуття браку контролю	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,193 ,140 60	,199 ,128 60	,203 ,120 60
Почуття браку незалежності	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,251 ,053 60	,105 ,423 60	,165 ,208 60
Мрійливість. Втеча у фантазії	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,066 ,615 60	-,112 ,395 60	-,032 ,808 60
Почуття провини	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,515** ,000 60	,465** ,000 60	,213 ,102 60
Труднощі в міжособистісних стосунках	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,372** ,003 60	,321** ,012 60	,109 ,408 60
Заздрість	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,206 ,114 60	,078 ,553 60	,007 ,955 60
Нарцисична позиція	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,077 ,558 60	,029 ,827 60	-,079 ,547 60
Почуття небезпеки	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,401** ,002 60	,491** ,000 60	,175 ,180 60
Екзальтація	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,155 ,237 60	-,078 ,552 60	-,015 ,909 60
Ірраціональність	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,165 ,208 60	-,212 ,104 60	-,079 ,546 60
Педантичність	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,055 ,677 60	,161 ,220 60	-,089 ,498 60
Румінація, схильність до обдумування	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,387** ,002 60	,390** ,002 60	,154 ,239 60
Почуття перенавантаженості	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,113 ,391 60	,123 ,348 60	-,010 ,937 60

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ДОДАТОК Д

Correlations

		Зайняття Йогою	Зайняття бойові мистецтва	Зайняття тлесною психотерапією	Зайняття танцювальною психотерапією	Зайняття mindfulness- практиками	Зайняття медитацією
Почуття залежності від оточення	Pearson Correlation	-.137	-.169	.044	.138	-.264*	-.093
	Sig. (2-tailed)	.296	.197	.740	.292	.042	.478
	N	60	60	60	60	60	60
Астенія	Pearson Correlation	-.380**	-.090	-.083	-.101	-.257*	-.096
	Sig. (2-tailed)	.003	.496	.529	.442	.047	.467
	N	60	60	60	60	60	60
Негативна самооцінка	Pearson Correlation	-.202	-.111	-.013	-.045	-.266*	-.166
	Sig. (2-tailed)	.122	.399	.924	.732	.040	.205
	N	60	60	60	60	60	60
Імпульсивність	Pearson Correlation	-.274*	.152	.369**	.114	-.129	-.029
	Sig. (2-tailed)	.034	.247	.004	.386	.326	.825
	N	60	60	60	60	60	60
Труднощі у прийнятті рішень	Pearson Correlation	-.210	-.249	-.048	.110	-.319*	-.149
	Sig. (2-tailed)	.107	.055	.716	.401	.013	.255
	N	60	60	60	60	60	60
Почуття відчуження	Pearson Correlation	-.196	-.054	-.101	.119	-.408**	-.187
	Sig. (2-tailed)	.134	.684	.443	.365	.001	.154
	N	60	60	60	60	60	60
Демобілізація	Pearson Correlation	-.313*	-.247	-.170	-.106	-.284*	-.168
	Sig. (2-tailed)	.015	.057	.195	.420	.028	.200
	N	60	60	60	60	60	60
Схильність до ризику	Pearson Correlation	.090	.293*	.246	-.005	.207	.196
	Sig. (2-tailed)	.494	.023	.058	.969	.112	.134
	N	60	60	60	60	60	60
Труднощі в емоційних стосунках	Pearson Correlation	-.147	-.074	-.039	-.165	-.162	.011
	Sig. (2-tailed)	.261	.572	.768	.208	.216	.935
	N	60	60	60	60	60	60
Брак вітальності	Pearson Correlation	-.307*	-.181	-.159	-.115	-.253*	-.181
	Sig. (2-tailed)	.017	.167	.226	.381	.052	.167
	N	60	60	60	60	60	60
Почуття безпомірності	Pearson Correlation	-.319*	-.185	-.091	-.060	-.220	-.060
	Sig. (2-tailed)	.013	.156	.492	.651	.091	.648
	N	60	60	60	60	60	60
Почуття браку контролю	Pearson Correlation	-.125	-.068	.017	.060	-.271*	-.080
	Sig. (2-tailed)	.342	.605	.896	.650	.036	.544
	N	60	60	60	60	60	60
Почуття браку незалежності	Pearson Correlation	-.207	-.140	-.135	-.071	-.280*	-.144
	Sig. (2-tailed)	.113	.285	.303	.591	.030	.271
	N	60	60	60	60	60	60
Мрійливість. Втеча у фантазії	Pearson Correlation	.088	-.031	.189	.177	.137	.163
	Sig. (2-tailed)	.503	.812	.147	.176	.298	.213
	N	60	60	60	60	60	60
Почуття провини	Pearson Correlation	-.091	.037	.161	-.026	-.125	-.080
	Sig. (2-tailed)	.487	.781	.219	.842	.341	.543
	N	60	60	60	60	60	60
Труднощі в міжособистісних стосунках	Pearson Correlation	-.147	-.103	.027	.068	-.304*	-.091
	Sig. (2-tailed)	.261	.435	.839	.608	.018	.491
	N	60	60	60	60	60	60
Заздрість	Pearson Correlation	-.176	-.277*	.050	-.081	-.080	-.038
	Sig. (2-tailed)	.177	.032	.702	.539	.543	.771
	N	60	60	60	60	60	60
Нарцисична позиція	Pearson Correlation	.035	.077	.376**	.197	.207	.428**
	Sig. (2-tailed)	.789	.558	.003	.131	.113	.001
	N	60	60	60	60	60	60
Почуття небезпеки	Pearson Correlation	-.228	-.211	.085	.136	-.097	.010
	Sig. (2-tailed)	.079	.105	.519	.299	.459	.937
	N	60	60	60	60	60	60
Екзальтація	Pearson Correlation	.117	-.010	.123	.097	.144	.084
	Sig. (2-tailed)	.375	.941	.350	.461	.271	.524
	N	60	60	60	60	60	60
Ірраціональність	Pearson Correlation	.320**	-.011	.231	.347**	.373**	.330**
	Sig. (2-tailed)	.013	.935	.076	.007	.003	.010
	N	60	60	60	60	60	60
Педантичність	Pearson Correlation	.119	.052	.059	.070	-.013	-.263*
	Sig. (2-tailed)	.366	.693	.656	.594	.924	.042
	N	60	60	60	60	60	60
Румінація, схильність до обдумування	Pearson Correlation	-.105	-.150	.077	.130	-.043	-.061
	Sig. (2-tailed)	.425	.252	.558	.322	.746	.643
	N	60	60	60	60	60	60
Почуття перенавантаженості	Pearson Correlation	.113	.109	-.042	-.011	-.021	-.102
	Sig. (2-tailed)	.389	.406	.750	.937	.876	.438
	N	60	60	60	60	60	60

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).