

СОЦІАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ; ПСИХОЛОГІЯ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

УДК 159.9:615.851:355.01

DOI <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2026.3/12>**Абасалієва О.М.**<https://orcid.org/0000-0002-4324-5222>

Харківський національний медичний університет

ТІЛЕСНО-ОРІЄНТОВАНА ТЕРАПІЯ У СИСТЕМІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ

У статті розглянуто можливості застосування тілесно-орієнтованої терапії у системі психологічної реабілітації ветеранів, які пережили психотравмуючий досвід унаслідок бойових дій. Обґрунтовано актуальність теми в умовах зростання поширеності травматичних розладів та необхідності впровадження інтегративних, науково обґрунтованих підходів до надання допомоги. Показано, що травматичний досвід має системний характер і охоплює не лише когнітивно-емоційний, а й тілесний вимір, який проявляється у вигляді хронічної м'язової напруги, порушень саморегуляції, дисфункцій автономної нервової системи та відчуження від тілесних відчуттів. Узагальнено сучасні підходи до розуміння тілесної пам'яті травми та ролі нейрофізіологічних механізмів у підтриманні травматичних реакцій.

Окреслено принципи тілесно-орієнтованої терапії, що базуються на цілісному розумінні взаємозв'язку психічного і тілесного. Акцент зроблено на роботі з тілесними відчуттями, диханням, рухом, м'язовою напругою та тілесними межами як засобами відновлення психофізіологічної рівноваги та інтеграції досвіду. Підкреслено, що у ветеранів тілесна сфера часто зберігає наслідки травматизації у вигляді гіперпильності, порушень дихання та труднощів із розслабленням, що зумовлює потребу в цілеспрямованій тілесній роботі.

Доведено, що використання технік заземлення, тілесного сканування, діафрагмального дихання, повільного руху та прогресивної м'язової релаксації сприяє зниженню гіперактивності, нормалізації функціонування нервової системи та формуванню відчуття безпеки і контролю. Такі підходи відновлюють здатність до саморегуляції та зменшують соматизовані прояви стресу.

Наголошено на важливості дотримання принципів травма-інформованого підходу: поступовості, дозування переживань, поваги до меж клієнта та опори на ресурси. Підкреслено, що безпечний терапевтичний простір і обережна робота з тілесними відчуттями запобігають вторинній травматизації та сприяють відновленню цілісності, суб'єктності й базового відчуття безпеки.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, тілесно-орієнтована терапія, психологічна реабілітація, ветерани, психотравма, тілесна пам'ять, саморегуляція, нервова система, психотерапія, соматичний досвід.

Постановка проблеми. У умовах повномасштабної війни проблема збереження та відновлення психічного здоров'я населення, зокрема військовослужбовців і ветеранів, набуває виразної соціальної та науково-практичної значущості. Інтенсивний і пролонгований вплив психотравмуючих

чинників, пов'язаних із безпосередньою загрозою життю, участю у бойових діях, пораненнями, втратою побратимів та перебуванням у стані хронічної небезпеки, зумовлює формування стійких порушень психічного функціонування. Травматичний досвід, сформований у таких умовах, має



продовжений характер і продовжує впливати на особистість навіть після завершення дії стресора, що актуалізує потребу у розробці ефективних, науково обґрунтованих підходів до психологічної допомоги та реабілітації.

Сучасні наукові дослідження засвідчують, що травматичний досвід має системний характер і охоплює не лише когнітивно-емоційний, але й тілесно-нейрофізіологічний рівні функціонування особистості. Він проявляється у вигляді стійких патернів м'язової напруги, порушень дихальної регуляції, соматичних дисфункцій, вегетативної нестабільності, а також змін у процесах тілесного самосприйняття. Важливою характеристикою травматичного досвіду є порушення механізмів саморегуляції, що призводить до фіксації нервової системи у станах гіперактивації (гіпернастороженість, тривожність, постійна мобілізація) або дисоціації (емоційне оніміння, відчуження від тілесних відчуттів, звуження свідомості). У цьому контексті тіло виступає як активний носій травматичного досвіду, зберігаючи його у формі тілесної пам'яті та підтримуючи функціонування організму в режимі «виживання» навіть за відсутності реальної загрози.

Попри значні досягнення сучасної психотерапевтичної науки, домінування вербально орієнтованих підходів, зосереджених переважно на когнітивно-емоційному опрацюванні переживань, зумовлює недостатнє врахування соматичного виміру травматичного досвіду. Така редукція обмежує ефективність реабілітаційних втручань, перешкоджає відновленню порушених механізмів саморегуляції та ускладнює інтеграцію травматичного досвіду. Особливо це проявляється у осіб із вираженими дисоціативними реакціями, зокрема тих, хто пережив насильство, де тілесне відчуження виступає як захисний механізм, але водночас ускладнює процес психотерапевтичного опрацювання.

За таких умов особливої значущості набуває впровадження інтегративних психотерапевтичних підходів, спрямованих на відновлення цілісності функціонування особистості через поєднання психічних і тілесних процесів. Одним із перспективних напрямів у цьому контексті є тілесно-орієнтована терапія, яка передбачає роботу з тілесними відчуттями, рухом і фізіологічними реакціями як ключовими індикаторами внутрішнього стану людини та ресурсом її відновлення. Застосування цього підходу дозволяє здійснювати комплексний вплив на різні рівні переживання травматичного досвіду – від нейрофізіологічного

до когнітивно-емоційного – сприяючи відновленню регуляторних механізмів, інтеграції досвіду та підвищенню ефективності психологічної реабілітації.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблема тілесного виміру психотравми є однією з ключових у сучасній психологічній та психотерапевтичній науці й активно досліджується в контексті пошуку ефективних підходів до подолання наслідків травматичного досвіду. У наукових працях останніх десятиліть простежується тенденція до переосмислення травми як феномену, що охоплює не лише когнітивно-емоційні, але й тілесні аспекти функціонування особистості.

Значний внесок у розробку цієї проблематики зробив Б. ван дер Колк, який обґрунтував положення про те, що травматичний досвід може зберігатися у вигляді тілесно зумовлених реакцій і проявлятися незалежно від рівня свідомого опрацювання події [12]. Його дослідження стали підґрунтям для формування уявлень про тілесну пам'ять травми та необхідність інтеграції соматичного компонента у психотерапевтичну практику.

Важливе значення для розуміння нейрофізіологічних механізмів травматичного реагування має полівагусна теорія С. Порджеса, яка пояснює роль автономної нервової системи у формуванні реакцій мобілізації, захисного завмирання та відчуття безпеки [10; 11]. У межах цього підходу тілесні реакції розглядаються як ключовий індикатор психоемоційного стану та як важливий ресурс для відновлення процесів саморегуляції.

У прикладному аспекті значний внесок у розвиток тілесно-орієнтованих підходів до роботи з травмою зробив П. Левін, який розробив метод Somatic Experiencing, спрямований на усвідомлення та поступове завершення незавершених захисних реакцій організму [5; 6; 7]. Схожі ідеї реалізовано у підході Д. Берселлі (TRE) [1; 2], що передбачає використання природних фізіологічних механізмів, зокрема тремору, для зниження накопиченої напруги та відновлення рівноваги нервової системи.

Інтегративний підхід до роботи з травматичним досвідом представлений у сенсомоторній психотерапії П. Огден, яка поєднує тілесні, емоційні та когнітивні компоненти психотерапевтичного процесу, забезпечуючи більш цілісне опрацювання травми [8; 9]. Водночас у дослідженнях М. Фельденкрайза акцент зроблено на ролі усвідомленого руху, тілесного самосприйняття та формування образу тіла як чинників, що сприяють

покращенню саморегуляції та функціонального стану людини [3; 4].

Таким чином, сучасні наукові підходи до розуміння психотравми засвідчують необхідність урахування тілесного компонента як невід'ємної складової травматичного досвіду. Водночас, попри значну кількість теоретичних і прикладних досліджень, питання системного впровадження тілесно-орієнтованих методів у практику психологічної реабілітації ветеранів залишається недостатньо розробленим, що й зумовлює актуальність даного дослідження.

Постановка завдання. Метою статті є теоретичне узагальнення сучасних наукових підходів до тілесного виміру психотравми та обґрунтування ефективності тілесно-орієнтованої терапії як складової системи психологічної реабілітації ветеранів.

Виклад основного матеріалу. Психічна травма розглядається як складний мультикомпонентний психофізіологічний феномен, що виникає у відповідь на екстремальні події, які виходять за межі звичайного життєвого досвіду та супроводжуються загрозою життю або цілісності особистості. У ветеранів бойових дій формування травматичного досвіду детерміноване тривалим впливом інтенсивних стресорів, зокрема безпосередньою участю у бойових діях, переживанням втрат, пораненнями та функціонуванням в умовах хронічної небезпеки. Унаслідок цього травматичний досвід набуває системного характеру та інтегрується у різні рівні функціонування особистості – когнітивний, емоційний, нейрофізіологічний і тілесний.

Ключовою ознакою травматичного досвіду є дезорганізація механізмів нейропсихофізіологічної регуляції, що проявляється у стійкій фіксації нервової системи у станах гіперактивації або дисоціації. У стані гіперактивації домінують реакції мобілізації, гіпернастороженість і підвищена тривожність, тоді як дисоціація виступає як захисний механізм, що забезпечує «відключення» від інтенсивних переживань через звуження свідомості, емоційне оніміння, деперсоналізацію або дереалізацію. Особливо виражені дисоціативні прояви спостерігаються у осіб, які пережили насильство, де травматичний досвід має інтерперсональний характер і супроводжується порушенням базового відчуття безпеки та довіри. У таких випадках дисоціація виконує адаптивну функцію у момент травми, однак у подальшому ускладнює інтеграцію досвіду та відновлення психічної цілісності.

Сучасні наукові підходи підкреслюють, що травматичний досвід закарбовується не лише на рівні психічних уявлень, але й у тілесних і нейрофізіологічних процесах, формуючи стійкі патерни реагування організму. Травма порушує інтеграцію між кортикальними та підкорковими структурами мозку, змінює функціонування автономної нервової системи та призводить до фіксації організму у станах хронічної гіперактивації або гіпоактивації. Унаслідок цього виникають тривалі тілесні прояви, що включають м'язову напругу, соматичні дисфункції, порушення дихального ритму, вегетативну нестабільність, а також специфічні сенсорні та моторні патерни, які підтримують травматичний стан.

Особливе місце у структурі тілесних проявів травматичного досвіду займають феномени тілесної дисоціації, які відображають порушення зв'язку між свідомістю та тілесними відчуттями. Вони можуть проявлятися у вигляді зниження або викривлення інтероцептивної чутливості, втрати відчуття окремих частин тіла, деперсоналізаційних переживань або відчуття «відокремленості» від власного тіла. У осіб, які зазнали насильства, тілесна дисоціація часто набуває більш вираженого та стійкого характеру, оскільки виступає як первинний захисний механізм, що дозволяє психіці мінімізувати інтенсивність травматичних переживань у момент їх виникнення. Водночас у посттравматичному періоді цей механізм перешкоджає інтеграції досвіду та ускладнює відновлення цілісного відчуття себе.

У цьому контексті тіло постає не лише як пасивний «носіє» симптомів, а як активний компонент переживання травми, що зберігає інформацію про травматичні події у вигляді сенсомоторних, вегетативних і афективних реакцій. Відтак ефективне психотерапевтичне втручання потребує цілеспрямованого включення тілесного виміру у процес опрацювання травматичного досвіду, з урахуванням особливостей функціонування нервової системи та індивідуальних стратегій реагування.

Водночас робота з тілесними аспектами травми, особливо у осіб із вираженими дисоціативними проявами або досвідом насильства, вимагає підвищеної клінічної чутливості, чіткої структурованості терапевтичного процесу та неухильного дотримання принципів травма-інформованого підходу. У таких випадках тіло може виступати носієм інтенсивних, фрагментованих або недостатньо усвідомлених переживань, які не мають вербального оформлення, але здатні швидко актуалізуватися під впливом навіть

незначних стимулів. Надмірно інтенсивне або передчасне занурення у тілесні відчуття, особливо без достатнього рівня ресурсності клієнта, може спричинити реактивацію травматичних спогадів, посилення дисоціативних станів (деперсоналізації, дереалізації), різке підвищення тривоги або втрату відчуття контролю над власним станом.

У зв'язку з цим принципово важливим є дотримання поетапності терапевтичного процесу, що забезпечує безпечне та контрольоване наближення до травматичного досвіду. На першому етапі пріоритет надається стабілізації, формуванню базового відчуття безпеки та передбачуваності, а також розвитку навичок саморегуляції. Це включає навчання клієнта простим, екологічним тілесним технікам, що не викликають перевантаження: вправам на заземлення (усвідомлення опори стоп, контакту з поверхнею), орієнтацію у просторі («назви 5 речей, які бачиш»), регуляцію дихання (повільне подовження видиху, діафрагмальне дихання), відновлення відчуття тілесних меж (легкий тиск, обійми, робота з уявною «захисною оболонкою»). Важливим є також формування навичок відстеження власного стану (рівня напруги, частоти дихання, тілесних сигналів) та розвиток здатності своєчасно знижувати активацію. Ключовим завданням цього етапу виступає поступове відновлення контакту з тілом без інтерпретації тілесних відчуттів як небезпечних чи загрозливих.

Лише після досягнення достатнього рівня стабілізації можливий обережний перехід до роботи з більш складними тілесними переживаннями та травматичним матеріалом. Така робота передбачає використання принципів «титрації» (дозованого наближення до переживань) та «маятника» (чергування контакту з напруженням і ресурсом), що дозволяє уникати перевантаження нервової системи. Обов'язковим є постійний моніторинг стану клієнта (зміни дихання, м'язового тону, рівня напруги, ознак дисоціації) та гнучке регулювання інтенсивності терапевтичного впливу. За необхідності терапевт повертає клієнта до стабілізаційних технік, підтримуючи відчуття контролю і безпеки. Такий поетапний підхід мінімізує ризик ретравматизації, сприяє поступовій інтеграції травматичного досвіду та забезпечує відновлення відчуття цілісності, суб'єктності й довіри до власного тіла.

Застосування принципів дозування (titration), поступового наближення до травматичного матеріалу, чергування активації та стабілізації, а також опора на ресурси клієнта дозволяє мінімізувати

ризик перевантаження психіки та забезпечити більш безпечне опрацювання травматичного досвіду. Тілесно-орієнтована робота потребує не лише використання відповідних технік, але й глибокого розуміння механізмів травматичного реагування, що забезпечує ефективність і безпечність психотерапевтичного втручання.

У цьому контексті тілесно-орієнтована терапія постає як перспективний інтегративний підхід, спрямований на відновлення регуляторних функцій нервової системи, розвиток інтероцептивної та пропріоцептивної усвідомленості, а також поступову інтеграцію розщеплених компонентів досвіду. Використання тілесних технік, зокрема заземлення, діафрагмального дихання, тілесного сканування та прогресивної м'язової релаксації, дозволяє знижувати рівень гіперактивації, стабілізувати стан клієнта та формувати базове відчуття контролю над власним тілом.

Крім того, тілесно-орієнтовані практики сприяють відновленню цілісності образу тіла, який унаслідок травматичного досвіду часто зазнає фрагментації, спотворення або відчуження. У багатьох клієнтів це проявляється у вигляді зниження тілесної чутливості, «випадіння» окремих частин тіла з поля усвідомлення, відчуття нереальності власного тіла або, навпаки, надмірної фіксації на окремих зонах напруги чи болю. Такі порушення ускладнюють саморегуляцію, знижують відчуття контролю та підсилюють тривожні і дисоціативні стани.

Цілеспрямована робота з усвідомленим рухом (повільні, контрольовані зміни пози, відстеження мікрорухів), тілесними межами (вправи на відчуття «свого простору», диференціацію «я – не я», робота з опором і контактом) та сенсорним досвідом (фокус на дотику, температурі, тиску, опорі стоп, контакті з поверхнею) дозволяє поступово відновлювати інтегроване сприйняття тіла. Важливим елементом є також практики «сканування тіла», які допомагають клієнту послідовно повертати увагу до різних ділянок, формуючи цілісну карту тілесних відчуттів.

Поступове включення таких технік сприяє формуванню відчуття тілесної присутності «тут і тепер», підвищує здатність розпізнавати сигнали напруження і розслаблення, а також відновлює базове відчуття безпеки через досвід стабільної опори та контролю над рухом. У цьому процесі важливо уникати перевантаження, забезпечуючи дозованість і можливість зупинки у будь-який момент. Завдяки цьому тілесно-орієнтована робота створює умови для м'якої інтеграції

травматичного досвіду, зменшення внутрішньої фрагментації та поступового відновлення цілісності особистісного переживання.

Висновки. Таким чином, тілесно-орієнтована терапія є ефективним напрямом психологічної допомоги особам із посттравматичним стресовим розладом. Інтеграція тілесних практик у програми

психосоціальної підтримки сприяє стабілізації нервової системи, відновленню образу тіла та підвищенню рівня саморегуляції. Використання даного підходу у роботі з ветеранами дозволяє забезпечити більш цілісний процес реабілітації шляхом одночасного впливу на психічні та соматичні компоненти травматичного досвіду.

Список літератури:

1. Berceli D. The Revolutionary Trauma Release Process: Transcend Your Toughest Times. Charleston : BookSurge Publishing, 2005. 210 p.
2. Berceli D. Shake It Off Naturally: Reduce Stress, Anxiety, and Tension with TRE. Charleston : BookSurge Publishing, 2011. 230 p.
3. Feldenkrais M. Awareness Through Movement. New York : Harper & Row, 1972. 168 p.
4. Feldenkrais M. The Elusive Obvious. Cupertino : Meta Publications, 1981. 182 p.
5. Levine P. A. In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness. Berkeley : North Atlantic Books, 2010. 384 p.
6. Levine P. A. Trauma and Memory: Brain and Body in a Search for the Living Past. Berkeley : North Atlantic Books, 2015. 292 p.
7. Levine P. A., Frederick A. Waking the Tiger: Healing Trauma. Berkeley : North Atlantic Books, 1997. 274 p.
8. Ogden P., Fisher J. Sensorimotor Psychotherapy: Interventions for Trauma and Attachment. New York : W. W. Norton & Company, 2015. 384 p.
9. Ogden P., Minton K., Pain C. Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy. New York : W. W. Norton & Company, 2006. 350 p.
10. Porges S. W. The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation. New York : W. W. Norton & Company, 2011. 347 p.
11. Porges S. W. Polyvagal Theory: A Biobehavioral Journey to Sociality. New York : W. W. Norton & Company, 2021. 256 p.
12. Van der Kolk B. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma. New York : Viking, 2014. 464 p.

Abasaliieva O.M. BODY-ORIENTED THERAPY IN THE SYSTEM OF PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF VETERANS

The article examines the application of body-oriented therapy in the psychological rehabilitation of veterans who have experienced combat-related trauma. The relevance of the study is substantiated by the growing prevalence of trauma-related disorders among military personnel and the need for integrative, evidence-based approaches to psychological care. It is demonstrated that traumatic experience has a systemic nature, encompassing not only cognitive and emotional components but also a bodily dimension. This dimension manifests in chronic muscle tension, dysregulation of physiological processes, autonomic nervous system dysfunctions, and a sense of disconnection from bodily sensations.

The paper reviews contemporary theoretical perspectives on bodily memory of trauma and highlights the role of neurophysiological mechanisms in maintaining trauma-related responses. Special attention is given to the importance of integrating bodily processes into psychotherapeutic interventions, as trauma is often encoded and retained at a somatic level.

The main principles of body-oriented therapy are outlined, emphasizing work with bodily sensations, breathing, movement, and bodily boundaries as key tools for restoring psychophysiological balance and facilitating the integration of traumatic experience. It is argued that techniques such as grounding, body scanning, diaphragmatic breathing, controlled movement, and progressive muscle relaxation effectively reduce hyperarousal, improve self-regulation, and support the normalization of nervous system functioning. These practices contribute to the development of a basic sense of safety, stability, and control over one's internal states.

Particular emphasis is placed on adherence to trauma-informed principles, including gradual pacing, careful titration of emotional intensity, respect for individual boundaries, and a resource-oriented approach. It is highlighted that safe and structured therapeutic work with the body helps prevent retraumatization, enhances emotional regulation, and promotes the restoration of personal integrity and subjective well-being.

Ke words: post-traumatic stress disorder, body-oriented therapy, psychological rehabilitation, veterans, psychological trauma, bodily memory, self-regulation, nervous system, psychotherapy, somatic experience.

Дата першого надходження статті до видання: 31.03.2026

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 21.04.2026

Дата публікації (оприлюднення) статті: 19.05.2026