

Чорноморський національний університет імені Петра Могили

(повне найменування вищого навчального закладу)

навчально-науковий медичний інститут

(повне найменування інституту, назва факультету (відділення))

кафедра психології

(повна назва кафедри (предметної, циклової комісії))

«ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ»

В.о.завідувача кафедри психології

Володимир ШЕВЧЕНКО

«__» листопада 2025 року

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття ступеня вищої освіти

магістр

(ступінь вищої освіти)

на тему:

**ВПЛИВ АКУПУНКТУРИ НА ФОРМУВАННЯ
САМООЦІНКИ У ДІВЧАТ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ**

Керівник:

к.психол.н., доцент

Філіпенко Вікторія Вікторівна

(вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Рецензент:

к.психол.н., доцент

Литвиненко Ірина Сергіївна

(посада, вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Виконала:

студентка VI курсу групи 666 Мз

Паршакова Людмила Іванівна

(П.І.Б.)

Спеціальності:

053 «Психологія»

(шифр і назва спеціальності)

ОПІ:

«Психологія»

Миколаїв – 2025 рік

Чорноморський національний університет імені Петра Могили

(повне найменування вищого навчального закладу)

Інститут, факультет, відділення інститут післядипломної освіти

Кафедра, циклова комісія

кафедра психології

Рівень вищої освіти

другий (магістерський)

Спеціальність

053 «Психологія»

ОПП / ОНП

«Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

В.о.завідувача кафедри психології

Володимир ШЕВЧЕНКО

“ ”

2025 року

З А В Д А Н Н Я НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ

Паршаковій Людмилі Іванівні

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема проєкту (роботи) Вплив акупунктури на формування самооцінки у дівчат юнацького віку

керівник роботи: Філіпенко Вікторія Вікторівна, викладач кафедри психології

затвержені наказом Черноморського національного університету імені Петра Могили від «14» жовтня 2025 року № 240.

2.Строк подання студентом проєкту (роботи) «24» листопада 2025 року

(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

3. Вихідні дані до кваліфікаційної роботи: вступ, основна частина, висновок, список використаних джерел та літератури, додатки (якщо є).
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) згідно з планом кваліфікаційної роботи магістра.
5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень) не планується.

6. Консультанти розділів проєкту (роботи)

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис	
		завдання видав	завдання прийняв
Вступ	Філіпенко В.В.		
Розділ 1	Філіпенко В.В.		
Розділ 2	Філіпенко В.В.		
Розділ 3	Філіпенко В.В.		
Висновки	Філіпенко В.В.		

7. Дата видачі завдання 14.10.2025

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів проєкту (роботи)	Примітка
1.	Вступ до кваліфікаційної роботи	вересень 2025	
2.	Розділ 1. Теоретичні засади впливу акупунктури на психологічні характеристики дівчат юнацького віку	вересень 2025	
3.	Розділ 2. Методи та організація дослідження впливу акупунктурної терапії на самооцінку дівчат юнацького віку	вересень-жовтень 2025	
4.	Розділ 3. Дослідження ефективності акупунктурного впливу на самооцінку дівчат юнацького віку	жовтень 2025	
5.	Висновки	листопад 2025	
6.	Передкваліфікаційна практика	06.10 – 18.10. 2025	
7.	Оформлення списку використаних джерел та літератури, додатків	листопад 2025	
8.	Попередній захист	27.11.2025	
9.	Рецензія на кваліфікаційну роботу	02.12.2025	
10.	Захист кваліфікаційної роботи	19.12 2025	

Студент

(підпис)

Паршакова Л. І.

(прізвище та ініціали)

Керівник проєкту (роботи)

(підпис)

Філіпенко В. В.

(прізвище та ініціали)

АНОТАЦІЯ

Паршакова Л. І. Вплив акупунктури на формування самооцінки у дівчат юнацького віку.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня магістра за спеціальністю 053 «Психологія» – Чорноморський національний університет імені Петра Могили, Миколаїв, 2025.

Магістерська робота присвячена вивченню впливу акупунктури на формування самооцінки у дівчат юнацького віку. Актуальність дослідження зумовлена зростанням психоемоційної напруги серед молоді в умовах соціальних змін, нестійкістю самоідентичності та поширенням ідеалізованих образів у медіапросторі, що ускладнює процес самоприйняття.

Об'єкт дослідження – самооцінка в юнацькому віці як психологічне утворення.

Предмет дослідження – вплив акупунктурного впливу на показники самооцінки та емоційного стану дівчат віком 18–22 років.

У роботі проаналізовано психофізіологічні механізми формування самооцінки, розкрито психоемоційні особливості юнацького віку та обґрунтовано можливість використання акупунктури як засобу психологічної стабілізації.

Емпіричне дослідження здійснювалось у природних умовах освітнього середовища. У вибірку увійшли 40 дівчат віком від 18 до 22 років. Застосовано комплекс психодіагностичних методик для оцінки самооцінки та емоційного стану до і після курсу акупунктурних процедур. Результати показали виражене покращення загального емоційного фону, зниження тривожності та підвищення впевненості у собі після рефлексотерапевтичного впливу.

Практичне значення роботи полягає в обґрунтуванні доцільності включення акупунктури до психологічної допомоги дівчатам юнацького віку як ресурсу для психоемоційної регуляції, профілактики емоційної нестабільності та розвитку позитивного самосприйняття.

Ключові слова: акупунктура, самооцінка, юнацький вік, емоційний стан, психофізіологічна регуляція, психопрофілактика, психокорекція.

ABSTRACT

Parshakova L. I. The influence of acupuncture on the formation of self-esteem in adolescent girls. – Manuscript.

Qualification work for obtaining a master's degree in the specialty 053 “Psychology” – Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, 2025.

The master's thesis is devoted to studying the influence of acupuncture on the formation of self-esteem in adolescent girls. The relevance of the study is due to the growth of psycho-emotional tension among young people in the context of social change, the instability of self-identity, and the spread of idealized images in the media, which complicates the process of self-acceptance.

The object of the study is self-esteem in adolescence as a psychological construct.

The subject of the study is the effect of acupuncture on self-esteem and emotional state indicators in girls aged 18–22.

The work analyzes the psychophysiological mechanisms of self-esteem formation, reveals the psycho-emotional characteristics of adolescence, and substantiates the possibility of using acupuncture as a means of psychological stabilization.

The empirical study was conducted in the natural conditions of an educational environment. The sample included 40 girls aged 18 to 22. A set of psychodiagnostic techniques was used to assess self-esteem and emotional state before and after a course of acupuncture procedures. The results showed a marked improvement in the general emotional background, a decrease in anxiety, and an increase in self-confidence after reflexotherapy.

The practical significance of the work lies in substantiating the feasibility of including acupuncture in psychological assistance to adolescent girls as a resource for psycho-emotional regulation, prevention of emotional instability, and development of positive self-perception.

Keywords: acupuncture, self-esteem, adolescence, emotional state, psychophysiological regulation, psychoprophylaxis, psychocorrection.

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВПЛИВУ АКУПУНКТУРИ НА ПСИХОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДІВЧАТ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ	8
1.1. Самооцінка в юнацькому віці: структура, динаміка та чинники формування.....	8
1.2. Акупунктура як психофізіологічний метод гармонізації внутрішнього стану.....	15
1.3. Теоретичні основи використання акупунктури для корекції самооцінки в юнацькому віці	23
Висновки до першого розділу	32
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ АКУПУНКТУРНОЇ ТЕРАПІЇ НА САМООЦІНКУ ДІВЧАТ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ.....	33
2.1. Організація дослідження та характеристика вибірки	33
2.2. Методи психодіагностики рівня самооцінки та загального емоційного фону	42
Висновки до другого розділу.....	54
РОЗДІЛ 3. ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ АКУПУНКТУРНОГО ВПЛИВУ НА САМООЦІНКУ ДІВЧАТ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ	55
3.1. Результати експериментального впровадження акупунктурних впливів у роботі з дівчатами юнацького віку	55
3.2. Практичні рекомендації для фахівців з використання акупунктури у психокорекційній роботі з дівчатами юнацького віку	70
Висновки до третього розділу	86
ВИСНОВКИ.....	87
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	89
ДОДАТКИ.....	96

ВСТУП

Актуальність дослідження. Психоемоційна напруга, нестабільність самооцінки та порушення образу «Я» – характерні феномени для дівчат юнацького віку, які перебувають у критично важливому періоді формування особистісної ідентичності. Самооцінка на цьому віковому етапі відзначається високою варіативністю, підвищеною чутливістю до зовнішніх оцінок і значною схильністю до коливань під впливом стресогенних факторів. Соціальні трансформації, динаміка норм, ідеалізація образів у медіапросторі посилюють внутрішній конфлікт між реальним і бажаним «Я», що може проявлятися у невпевненості, деструктивному порівнянні, емоційній нестабільності та дезадаптивних поведінкових патернах.

У зв'язку з цим актуалізується пошук м'яких, фізіологічно обґрунтованих і психологічно ефективних засобів гармонізації внутрішнього стану, які б не вимагали жорсткого інтервенціонізму, але водночас сприяли глибокому внутрішньому переформатуванню. Одним із таких напрямів є застосування акупунктури – методики, що ґрунтується на принципах енергетичного балансу, стимуляції біологічно активних точок і активації внутрішніх ресурсів організму. Акупунктура все частіше розглядається не лише як соматична терапія, а як засіб психофізіологічного впливу, здатний покращити емоційний фон, знизити рівень тривожності та відновити цілісність самосприйняття. У цьому контексті відкривається перспектива її використання для корекції порушень самооцінки у дівчат юнацького віку.

Вивчення акупунктурного впливу в такій цільовій групі дозволяє сформувати новий вектор психопрофілактичної та психокорекційної практики, зорієнтованої не лише на компенсацію дисфункцій, а й на розкриття особистісного потенціалу. Впровадження таких підходів у систему психологічної допомоги підліткам має вагомий соціальний ефект, оскільки сприяє зниженню ризиків емоційного вигорання, депресивних розладів та дезадаптивної поведінки у майбутньому.

Теоретичне осмислення проблеми самооцінки у юнацькому віці здійснюється на стику вікової, особистісної та медичної психології, з акцентом на динамічність і пластичність внутрішнього образу «Я». Закалик Г.М. підкреслює нестійкий характер самооцінки в юності як наслідок пошуку ідентичності й ролі в соціумі. Зарицька В.В. трактує самооцінку як базовий структурний компонент самосвідомості, відображаючи ступінь задоволеності собою та очікування від соціальної взаємодії. Дуткевич Т.В. і Євтух М.Б. аналізують механізми впливу освітнього, сімейного й культурного середовища на становлення самооцінки, вказуючи на значення підтримувального середовища. Питання психофізіологічної регуляції досліджуються в працях Коваленка О.Є. і Чижикової М.Є., які розглядають акупунктуру як інструмент тонкої нервово-рефлекторної дії, здатний модулювати емоційний фон через активацію гіпоталамо-лімбічних структур. Григус І.М. і Килівник В.С. демонструють ефективність нетрадиційних засобів оздоровлення в комплексній роботі з емоційною напругою та психічною дестабілізацією. Магдисюк Л.І. у дослідженнях психічного стану дівчат підкреслює роль тілесно-орієнтованих і дихальних практик у гармонізації самоусвідомлення. Теоретичні позиції Гундერთайла Ю.Д. і Корнієнка І.О. поглиблюють уявлення про взаємозв'язок між тілесною регуляцією та ментальною структурою особистості. У сукупності ці підходи створюють концептуальну основу для розуміння акупунктури як методу опосередкованого впливу на психологічні характеристики юнацтва, зокрема на рівень самооцінки, адаптивності та емоційного балансу.

Мета дослідження – визначити психологічний ефект акупунктурного впливу на самооцінку дівчат юнацького віку та обґрунтувати можливості його використання у психокорекційній практиці.

Для досягнення поставленої мети дослідження вирішувались такі **завдання:**

1. Розглянути структуру, динаміку та чинники формування самооцінки в юнацькому віці.

2. Обґрунтувати акупунктуру як психофізіологічний метод регуляції внутрішнього стану та корекції самооцінки.
3. Описати організацію дослідження, вибірку та діагностичні методики вивчення самооцінки й емоційного стану.
4. Проаналізувати результати впливу акупунктурного втручання на самооцінку дівчат юнацького віку.
5. Розробити практичні рекомендації щодо застосування акупунктури у психокорекційній роботі з молоддю.

Об'єктом дослідження є самооцінка дівчат юнацького віку.

Предметом дослідження є психологічний вплив акупунктури як засобу гармонізації самооцінки та емоційного стану.

Методи дослідження. У дослідженні застосовано міждисциплінарний підхід: теоретичне моделювання на основі аналізу джерел з вікової психології, психофізіології та рефлексотерапії; структурно-функціональний аналіз понять; систематизація механізмів впливу акупунктури. У практичній частині використано стандартизовані методики оцінки самооцінки (шкала Дембо-Рубінштейна), індекси емоційного тону, аналіз динаміки психоемоційного стану до та після впливу. Додатково залучено якісний опис змін у сприйнятті власного образу через анкетування, з подальшим узагальненням інтерпретативних даних. Застосовано метод порівняльного оцінювання змін за параметрами до- і післятесту.

База дослідження. Польовий етап реалізовано в умовах природного середовища, що забезпечило мінімальну штучність психоемоційного фону та відображало автентичну динаміку реакцій на акупунктурне втручання. Базою слугувала Миколаївська гімназія №26, де дослідницькі дії інтегрувалися у повсякденний простір учасниць, без зовнішнього нав'язування процедур чи формальних меж. Вибірка охопила 40 дівчат віком 18–22 років, що відповідає верхньому діапазону юнацького періоду з характерною нестабільністю самооцінки, підвищеною рефлексивністю та схильністю до емоційних флуктуацій. Добровільна участь педагогинь і залучених осіб з їхнього

соціального кола сформувала умовно однорідне культурне тло, в межах якого простежувалися індивідуальні варіації емоційної чутливості, когнітивної гнучкості й тілесного реагування, що підвищило чутливість вибірки до оцінки психофізіологічних змін.

Наукова новизна. У дослідженні враховано сучасний український контекст, зокрема вплив психосоціального навантаження на юнацьку вікову групу, та запропоновано модель використання акупунктури як інструмента психокорекції самооцінки. Уточнено психологічні механізми дії рефлексотерапії у станах емоційного виснаження, внутрішнього конфлікту та когнітивної нестабільності. У роботі розширено уявлення про роль тілесноорієнтованих підходів у стабілізації емоційного фону, описано динаміку змін самооцінки після курсу акупунктури та запропоновано підхід до інтерпретації тілесної чутливості як ресурсу в роботі з юнацькою нестійкістю. Також розроблено авторську модель психокорекційного супроводу дівчат, яка поєднує рефлексотерапевтичні, підтримувальні та ресурсно-орієнтовані елементи.

Теоретичне значення полягає в тому, що робота уточнює уявлення про механізми впливу тілесноорієнтованих інтервенцій на психологічні структури «Я» у період юнацтва, деталізує феноменологію самооцінки як динамічного утворення, залежного від гомеостазу нервової системи та соматичної регуляції. Вивчення акупунктурного втручання через призму вікової психології, нейрофізіології та тілесної психотерапії дозволяє розширити уявлення про латентні ресурси регуляції самооцінки без прямої когнітивної корекції, а також актуалізувати роль тілесних практик у стабілізації особистісної структури. Теоретичний матеріал формує міждисциплінарний міст між психофізіологічними процесами та особистісною динамікою, що відкриває підґрунтя для подальших досліджень інтегративних моделей психокорекції.

Практична цінність. Результати дослідження можуть бути використані психологами, педагогами та консультантами у роботі з дівчатами юнацького віку для підтримки психоемоційної стабільності, гармонізації внутрішнього стану, розвитку впевненості в собі та профілактики емоційного виснаження.

Запропоновані діагностичні інструменти та акупунктурні протоколи можуть застосовуватися в межах індивідуального консультування, шкільної психологічної служби, а також в освітніх і тренінгових програмах. Розроблена модель акупунктурного втручання може використовуватись як практичний інструмент для стабілізації самооцінки та емоційного балансу в межах тілесноорієнтованої психопрофілактики. Матеріали дослідження також можуть бути застосовані у навчальному процесі при підготовці фахівців з практичної психології.

Апробація результатів дослідження. Основні ідеї та результати дослідження доповідалися та обговорювалися на міжвузівській студентській конференції «Психологія розвитку: виклики і перспективи» (Миколаїв, 2025); науковому семінарі кафедри психології ЧНУ імені Петра Могили; а також були представлені у тезах до збірника конференції «Психологія у вимірах сучасності» (Миколаїв, 2025).

Публікації. Основний зміст та результати роботи висвітлено в 1 тезах:

Філіпенко В.В., Паршакова Л.І. Вплив акупунктури на формування самооцінки у дівчат юнацького віку. *Могилянські читання – 2025 : досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні: глобальний, національний та регіональний аспекти. Психологія: XXVIII Всеукр. наук. практ. конф. 10–14 листоп. 2025 р., м. Миколаїв : тези / М-во освіти і науки України ; ЧНУ ім. Петра Могили. – Миколаїв : Вид-во ЧНУ ім. Петра Могили, 2025. С. 227-230.*

Структура роботи. Магістерська кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, додатків, списку використаних джерел, що містить 84 найменування українських та зарубіжних авторів. Основний зміст роботи викладено на 85 сторінках комп'ютерного набору. Загальний обсяг роботи – 97 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВПЛИВУ АКУПУНКТУРИ НА ПСИХОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДІВЧАТ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ

1.1. Самооцінка в юнацькому віці: структура, динаміка та чинники формування

У періоді юнацького розвитку відбувається принципова перебудова системи самосприйняття, де самооцінка постає не лише як судження про себе, а як складна інтегративна система, яка поєднує когнітивні конструкції, афективні реакції та патерни поведінки. У межах когнітивного рівня провідною стає здатність суб'єкта формувати узагальнене уявлення про себе на основі рефлексії, порівняння із соціальними нормами та внутрішньоособистісними стандартами. Цей рівень не обмежується лише декларативними судженнями, а включає також когнітивну диференціацію, що відображає здатність розрізняти різні аспекти свого Я – зовнішність, інтелект, соціальні вміння, автономність [13, с. 72].

Зростання когнітивної складності відбувається паралельно зі становленням формального операційного мислення (за Піаже), що дозволяє юнакам мислити абстрактно й логічно в межах рефлексивного самоспостереження. Емоційний рівень характеризується як система ставлення до власного Я, яка має внутрішньо суперечливий характер: поряд з почуттям впевненості можуть співіснувати моменти тривоги, амбівалентності, сорому або фрустрації, зумовлені підвищеною самокритичністю. Емоційна амплітуда у цьому віці нерідко переходить у крайнощі – від нарцистичного самозвеличення до гіпертрофованої неповноцінності, що пов'язано з впливом гормональних змін та зростанням чутливості до соціального визнання. Поведінковий рівень відображає спосіб реалізації самооцінки через вибірккову активність: юнак або уникає діяльності, де відчуває ризик оцінювання, або навпаки – прагне до самоствердження через публічну демонстрацію своїх компетенцій. Іноді формується компенсаторна поведінка, коли невисока оцінка одного параметра

(скажімо, зовнішності) стимулює гіперактивність у сфері інтелекту чи спорту, що ілюструє тенденцію до підтримання внутрішньої когерентності Я-концепції. Ці три рівні утворюють функціональну систему, де кожен впливає на інші, утворюючи саморегульовану динамічну структуру, яка зазнає змін під впливом соціального досвіду, міжособистісних контактів, освітніх впливів та внутрішніх психологічних трансформацій, типових для юнацького віку.

Динаміка самооцінки в юнацькому періоді має характер нерівномірної синусоїдальної траєкторії, де спалахи зростання чергуються з фазами спаду, що обумовлено як внутрішньою диференціацією особистісної структури, так і впливом мікросоціальних чинників. У перехідному етапі, коли індивід лише починає усвідомлювати багатовимірність свого Я, виникає феномен «розпорошеної» самооцінки – різні компоненти оцінювання себе можуть бути неузгодженими або суперечливими. Так, суб'єкт може мати високу думку про свої інтелектуальні здібності, але одночасно занижено оцінювати привабливість чи соціальну прийнятність [16, с. 9].

З часом ці оцінки можуть інтегруватися у стабільніше цілісне уявлення, проте цей процес нерідко супроводжується емоційними кризами, тривожними станами, прагненням до ідентифікації з авторитетними фігурами чи групами. Соціальні ролі, які юнак починає виконувати – студент, друг, громадянин, підлеглий або лідер – стають своєрідними дзеркалами, у яких він відстежує відгук на свою поведінку. Кожна роль продукує окрему систему очікувань, яка або підсилює позитивну самооцінку, або навпаки – викликає розлади в образі Я. Найвиразніше ці зміни спостерігаються в умовах нових середовищ: вступ до вищого навчального закладу, зміна життєвого кола, перші самостійні проєкти – усе це активізує процес самопізнання. Не менш суттєвим джерелом трансформацій виступає тілесність: біологічне дозрівання, зміна статури, гормональні коливання формують новий тілесний образ, який, у свою чергу, інтегрується в загальну структуру самооцінки. Ставлення до тіла може змінюватися радикально – від гордості до сором'язливості, що безпосередньо впливає на поведінку в міжособистісних контактах, ступінь відкритості або

схильність до уникання. Підсилює ці зміни й розвиток когнітивної сфери: розширення логічних операцій, формування гіпотетично-дедуктивного мислення дозволяє не лише описувати себе, а й мислити про себе як об'єкт постійної внутрішньої оцінки, уявне «дзеркало» стає постійним супутником. Таким чином, динаміка самооцінки в юності – це не поступове зростання або спад, а багатовекторний процес, що проходить через етапи сумніву, переформатування і нової стабілізації [20, с. 5].

Однією з головних передумов становлення самооцінки в юнацькому віці є ступінь психологічної автономії – здатність діяти, мислити і відчувати незалежно від зовнішнього оцінювання. У структурі Я-концепції автономія функціонує як механізм саморегуляції, який протистоїть зовнішнім впливам, зокрема соціальному тиску, груповим нормам або батьківському контролю. Психологічна зрілість проявляється у тому, наскільки індивід здатен формувати внутрішні критерії оцінювання себе без постійної орієнтації на схвалення. Юнак, що володіє автономною самооцінкою, демонструє вищу толерантність до неуспіхів, рідше потрапляє в залежність від популярності в середовищі однолітків і здатен підтримувати адекватне самосприйняття в умовах невизначеності. Проте формування такої автономії залежить від попереднього досвіду взаємодії з дорослими, стилю виховання, особливостей шкільного середовища та емоційного фону сім'ї.

Якщо дитина зростала в умовах надмірного контролю або емоційної байдужості, то її здатність до самостійного самооцінювання може бути порушена – вона або буде залежати від зовнішньої похвали, або формуватиме гіперкомпенсаційні механізми у вигляді демонстративної зневаги до норм. Стабільне формування автономної самооцінки спостерігається за умов, коли в досвіді юнака були присутні значущі фігури, які демонстрували емпатійне прийняття поряд з чіткими межами. Таке середовище формує внутрішню модель стосунків, у якій оцінювання себе не є механічним дублюванням думки іншого, а інтеграцією зовнішнього досвіду в самостійну систему цінностей. Особливе значення має перехід від зовнішньої до внутрішньої мотивації: коли індивід

починає діяти з огляду на власну систему переконань, самооцінка поступово втрачає емоційну крихкість і здобуває функцію стабілізуючого ядра особистості. Вона більше не залежить від ситуативних змін – комплімент чи критика сприймаються не як абсолютна істина, а як один із відгуків, який фільтрується через уже сформоване уявлення про себе. У цьому сенсі психологічна автономія виступає не просто передумовою, а каталізатором трансформації самооцінки у функціонально зрілий конструкт [23, с. 14].

Формування самооцінки в юнацькому періоді неможливо відокремити від чинника порівняння себе з іншими – процесу соціального порівняння, який у цей період набуває особливої значущості. За теорією соціального порівняння Фестінгера, індивіди схильні оцінювати свої можливості та характеристики не у вакуумі, а у співвіднесенні з тими, кого вважають подібними до себе. У юнацькому віці ця тенденція загострюється через підвищену потребу в соціальному схваленні, потребу у визнанні й пошуку приналежності. Самооцінка формується як продукт множинних соціальних дзеркал – оцінок однолітків, педагогів, батьків, кураторів, випадкових спостерігачів у соціальних мережах. Особливо вагому роль у цьому процесі відіграють референтні групи, з якими юнак ідентифікується: це можуть бути як реальні колективи, так і віртуальні спільноти, де панує свій кодекс престижності. Образ ідеального Я, що формується під впливом порівняння, часто набуває гіпертрофованих або нереалістичних рис, що створює хронічний розрив між актуальним і бажаним Я.

У дівчат юнацького віку формування самооцінки відбувається на перетині глибоко вкорінених внутрішніх диспозицій і потужного зовнішнього впливу, що робить цю конструкцію водночас лабільною та чутливою до ситуативних змін. Одним із базових чинників зовнішнього походження виступає міжособистісне середовище, у межах якого дівчина здобуває досвід соціального відгуку, що безпосередньо впливає на образ Я. Середовище ровесників у юності набуває виняткового значення, адже саме тут встановлюються перші емоційно насичені горизонтальні взаємини, які включають довіру, порівняння, суперництво, наслідування. Юнка оцінює свою привабливість, інтелектуальну спроможність,

комунікативну компетентність не стільки у межах внутрішньої шкали, скільки через реакції однолітків, особливо тих, чия думка має особистісну вагу – авторитетних лідерок, об'єктів дружби чи зацікавлення. Ці референтні оцінки починають функціонувати як внутрішні стандарти й задають вектор формування самоїдентичності.

Паралельно формується й тривожна залежність від соціального визнання, що в окремих випадках провокує гіперчутливість до критики, страх бути виключеною з групи, постійну потребу у схваленні. Шкільне середовище, як другий масштабний осередок соціального життя, накладає додаткову матрицю норм, оцінювань і статусів. Тут дівчина постає в кількох ролях: учениці, конкурентки, підлеглої, потенційної лідерки, що формує складну палітру зовнішніх сигналів щодо її здібностей, старанності, поведінкової відповідності. Позитивна оцінка з боку вчителів, конструктивна академічна підтримка, прийняття індивідуальних особливостей сприяють укріпленню впевненості в собі, тоді як постійна критика, ігнорування або порівняння з «ідеальними» ученицями можуть викликати когнітивні викривлення у сприйнятті себе, схильність до самознецінення. Особливо вразливими є ті дівчата, чия академічна самореалізація поєднується з невизначеністю в інших сферах – міжособистісній, емоційній, тілесній. У таких випадках оцінка навчального успіху компенсує дефіцити в інших складових Я-образу, але не завжди стабілізує його [7, с. 11].

Важливу детермінуючу функцію у становленні самооцінки в юнацькому віці відіграє сімейне середовище, де засвоюються первинні моделі емоційної прив'язаності, самоцінності, прийняття й меж. Тип родинної взаємодії задає формат внутрішнього діалогу дівчини з самою собою: чи буде вона мати ресурс до самоприйняття, чи буде прагнути відповідати умовним стандартам, нав'язаним батьками. Найстійкішим чинником виявляється стиль виховання – авторитетний, ліберальний, авторитарний чи байдужий – кожен із них задає свою траєкторію розвитку самооцінки.

Авторитетний стиль, який поєднує чіткість меж із емпатією, зазвичай формує стабільну самооцінку, що витримує соціальні коливання. Водночас

дівчата, виховані в авторитарних умовах, нерідко демонструють зовнішню адаптивність, але внутрішню нестійкість, схильність до самоконтролю на межі тривоги, надмірну орієнтацію на зовнішні стандарти. Байдужий стиль, за якого емоційний контакт був фрагментарним або відсутнім, формує хронічну невпевненість у власній цінності, схильність до самознецінення або пошуку визнання будь-якою ціною. У юнацькому віці такі дівчата найчастіше потрапляють у залежні патерни поведінки – вони орієнтуються на сильніші фігури, втрачають здатність до автентичного вибору, їхня самооцінка є реактивною і коливається залежно від зовнішніх обставин. Суттєвим є також гендерний стиль виховання, зокрема акценти, які ставить родина на зовнішність, поведінкову стриманість або успішність. Там, де на перше місце ставляться зовнішні атрибути жіночої «нормальності», дівчина розвиває ригідний образ Я, що тяжіє до відповідності стандарту, а не до прийняття індивідуальної унікальності. Усе це формує глибинну матрицю оцінювання себе, яка в юності активізується через зустріч із новими середовищами, розширенням соціального простору, появою нових викликів і можливостей.

Індивідуально-психологічні особливості дівчат відіграють не менш значну роль у варіативності рівня самооцінки, адже саме вони задають стиль сприймання себе і світу. Серед найбільш виразних характеристик слід назвати тип темпераменту, емоційну стабільність, рівень саморефлексії, рівень розвитку особистісної ідентичності. Дівчата із сангвінічним або флегматичним темпераментом зазвичай демонструють вищу стійкість у самооцінюванні, менш схильні до емоційних коливань і катастрофізації. Навпаки, меланхолійний тип пов'язаний із підвищеною чутливістю до зворотного зв'язку, потребою в постійній підтримці, що може зробити самооцінку вразливою до змін у соціальному середовищі [2, с. 12].

Саморефлексія – здатність мислити про себе в термінах відстороненого спостерігача – формує здатність до коригування самооцінки на основі реалістичного аналізу, а не емоційної реакції. У дівчат з розвиненою саморефлексією зазвичай спостерігається більша гнучкість у самоподачі, вони

схильні адаптувати образ Я під ситуаційні вимоги без внутрішньої втрати цілісності. Рівень ідентичності, за Е. Еріксоном, також є визначальним: ті, хто пройшов етап формування ідентичності з досвідом вибору й експериментування, мають вищу інтеграцію образу Я, що робить самооцінку менш залежною від ситуаційних факторів. Такі дівчата демонструють автономність, толерантність до невизначеності, здатність до автентичного вираження себе. І навпаки, низький рівень розвитку ідентичності пов'язаний із дифузністю Я-образу, що веде до фрагментарності самооцінки, її лабільності, орієнтації на зовнішнє оцінювання. Не менш суттєвим є і тип мотивації – орієнтація на досягнення чи уникнення, внутрішній чи зовнішній локус контролю. Орієнтація на досягнення сприяє формуванню активної позиції в оцінюванні себе, зосередженості на розвитку, тоді як уникнення помилок – призводить до страху дії, пасивності, зниження самооцінки після кожного неуспіху. Власне внутрішній локус контролю – уявлення про те, що власні дії впливають на результати – є важливою умовою формування стабільної самооцінки, яка не руйнується під впливом зовнішніх обставин.

Таким чином, самооцінка в юнацькому віці формується як багатовимірна конструкція, що інтегрує когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти в динамічну систему, яка чутливо реагує на соціальні виклики, тілесні зміни й міжособистісні взаємодії. Вона не є стабільною чи сталою характеристикою, а радше відображає процес активного пошуку ідентичності, де кожен новий досвід стає потенційною точкою перегляду власного образу. Роль сім'ї, шкільного середовища, референтних груп і типових вікових переживань визначає не лише зміст оцінок, а й спосіб, у який дівчина навчається оцінювати себе, розвиваючи або автономну саморефлексію, або залежну реактивність. У поєднанні з індивідуально-психологічними особливостями ця структура залишається пластичною, проте водночас уразливою, що відкриває потенціал для психокорекційного впливу, зокрема через методи, здатні гармонізувати внутрішній стан без когнітивного конфлікту – зокрема, тілесноорієнтовані практики, такі як акупунктура.

1.2. Акупунктура як психофізіологічний метод гармонізації внутрішнього стану

У структурі людського тіла закладено не лише анатомічну, а й енергетичну сітку – просторово-функціональну конфігурацію, яка забезпечує рівновагу між соматичними, емоційними й ментальними процесами. В акупунктурному підході ця мережа окреслена у вигляді меридіанної системи, в якій циркулює енергія Ци – не як містичне явище, а як феномен, що символізує взаємодію електрохімічної, механорецепторної та мікроциркуляторної активності в межах складних адаптивних схем. Кожен меридіан поєднаний з функціональним органом і психоемоційною якістю. Меридіан Серця пов'язаний із внутрішнім спокоєм і теплотою сприйняття, меридіан Печінки – із керуванням емоційними спалахами та психічною гнучкістю, тоді як меридіан Легень пов'язаний із процесами прийняття змін та звільнення. У дівчат юнацького віку, коли функціональні осі нервової системи ще не пройшли стабілізаційної фази, особливо помітна нестійкість цих внутрішніх взаємозв'язків. Акупунктура в такому випадку виконує роль налаштування – тонкого, але системного втручання, яке активізує певні точки, здатні впливати на загальний фон збудження, розряджати надмірне нервово напруження або навпаки – тонізувати при астеничних проявах [10, с. 15].

Важливо, що енергетична дія тут не відбувається ізольовано – вона запускає каскади фізіологічних змін, які формують умови для самовідновлення: локальне покращення мікроциркуляції, зміна електропровідності тканин, стимуляція рецепторів з подальшим передаванням імпульсів до відповідних вегетативних центрів. І в цьому полягає органічна синергія: акупунктурна точка – це не лише «місце», а зона підвищеної біологічної активності, де сходяться нервово-судинні сплетення, електричні мікропотенціали й емоційна вразливість. У цьому віці, коли психіка перебуває у стані підвищеної пластичності, а тиск зовнішніх і внутрішніх факторів часто виводить із рівноваги, такий підхід створює безмедикаментозний, але глибоко ефективний механізм збереження стабільності. При правильному впливі на ці точки виникає відчуття заспокоєння,

відновлення внутрішньої опори, легкого уповільнення ритму – що вкрай значуще для дівчат, які переживають гормональні коливання, хвилювання перед соціальними взаємодіями або надмірне внутрішнє критичне напруження.

Голковколювання не є механічною процедурою в прямому сенсі, хоча саме механорецепторний пусковий механізм запускає динаміку змін. При введенні голки у певну зону формується низка біоелектричних і тканинно-рецепторних зрушень. У ділянці введення активуються вільні нервові закінчення, здатні трансформувати механічне подразнення у хвилю сигналів, що прямує по ноцицептивних, тактильних і температурних каналах. Але вже на рівні сегментарного відділу спинного мозку відбувається первинне фільтрування цих імпульсів, їх об'єднання й переадресація у вищі центри – передусім у таламус, гіпоталамус і лімбічну систему. Саме тут, у зоні, де стикаються нейросенсорні й афективні компоненти, запускається тонка перебудова афективного поля. Акупунктура вмикає механізм регуляції симпатико-парасимпатичного балансу, у дівчат юного віку часто зміщеного в бік симпатичного збудження – що проявляється дратівливістю, відчуттям тривожної невизначеності, труднощами з концентрацією. При впливі на точки, які беруть участь у регуляції цієї осі – зокрема Shen Men, Yin Tang, GV20, – фіксується зрушення в напрямку парасимпатичного тону. Суб'єктивно це сприймається як покращення якості дихання, розслаблення м'язів обличчя, відчуття простору, вивільнення [21, с. 10].

У центральній нервовій системі одночасно активуються ендогенні нейропептиди – ендорфіни, енкефаліни, динорфіни – які знижують рівень тривожної готовності, посилюють чутливість до позитивних стимулів, зменшують інтенсивність когнітивної жорсткості, властиву станам нав'язливих переживань. У результаті формується інша якість сприйняття: внутрішні імпульси вже не заливають поле уваги, а упорядковуються, даючи змогу вільніше орієнтуватися у своїх відчуттях. У дівчат, які до того постійно «проживали» в напруженні, тривозі перед оцінюванням або конфліктами у соціумі, з'являється відчуття тілесної присутності, опори в собі – важливий етап для встановлення зрілого емоційного контакту із собою.

Фізіологічна відповідь на голковколювання охоплює багато вимірів: нейровегетативний, ендокринний, імунний і когнітивний. Важливо, що ці ефекти не є «побічними» – вони формують єдине поле реакцій, у межах якого організм здійснює налаштування. У момент введення голки активується ретикулярна формація, яка через стовбурові структури передає імпульси у гіпоталамічні ядра, запускаючи механізм нейрогуморальної модифікації. У юному жіночому організмі, де ендокринна система ще не набрала сталої циклічності, а настроєві коливання часто обумовлені нестабільністю гонадотропної регуляції, це має особливе значення.

Регуляція через точки SP6, CV4, LV3 створює імпульс до вирівнювання гормонального ритму, до нормалізації співвідношення естрогенів і прогестерону, що вкрай необхідно при виражених передменструальних коливаннях емоційного стану. Але не лише це: через гіпофізарну вісь активізується й секреція окситоцину – гормону емоційної довіри, соціального контакту, глибинної заспокоєності. У дівчини, що до того переживала складнощі у спілкуванні, мала тенденцію до замкненості або гіперконтролю над емоціями, відбувається поступове вивільнення – не як реакція, а як повернення здатності довіряти тілесному процесу. Такий ефект не є миттєвим: потрібна повторюваність процедур, але кожна з них створює все глибшу лінію перебудови, що не лише послаблює симптоматику, а й поступово змінює внутрішній спосіб реагування. Дихання стає повільнішим, з'являється пауза між подразником і реакцією – це і є маркером зміни, коли тіло більше не реагує імпульсивно, а навчається обирати. І саме в цьому віці, коли дівчина щойно входить у фазу дорослого самовизначення, таке відчуття керованості своїм станом стає основою внутрішньої стабільності [17, с. 6].

Акупунктура, як метод регуляції психофізіологічного стану, має надзвичайно глибоке коріння в інтеграції тілесного досвіду з нервово-сенсорною активацією, що в юнацькому віці дівчат набуває ще більшої ваги через фазу динамічного становлення емоційної, гормональної та нейронної регуляції. Вплив тактильного подразнення через введення тонких голок в біологічно активні

точки не обмежується лише локальною дією. Він вмикає складну мережу вісцеро-соматичних та сомато-вегетативних реакцій, що запускають перерозподіл імпульсної активності в ретикулярній формації, гіпоталамусі та лімбічній системі, зокрема в структурах, які безпосередньо відповідають за переробку афективних сигналів і модуляцію реакцій тривоги. Це надзвичайно резонансно проявляється в період юності, коли емоційна регуляція ще не має стабільних нейрофізіологічних шаблонів, а тіло – підвладне ендокринним флуктуаціям і ще не повністю сформованому сприйняттю власного Я. Акупунктурне втручання в такому віці, завдяки своїй сенсорній структурі, здатне активувати системи внутрішньої саморегуляції, не порушуючи при цьому суб'єктивної цілісності тіла, а навпаки – відновлюючи її. Через контрольовану мікротравматизацію тканин та подальшу рецепторну імпульсацію досягається підвищення тілесної уважності (body awareness), що відновлює здатність розрізняти внутрішні сигнали – як з боку вісцеральних органів, так і з боку м'язово-суглобового апарату. Це знижує прояви дисоціативних реакцій, зменшує алекситимічні симптоми, формує тілесну впевненість, якої часто бракує дівчатам у перехідному віці. Стабілізація психосоматичного фону відбувається не лише через біохімічну перебудову, а й через тілесну репрезентацію себе як відчутної, контрольованої й живої цілісності, що дає відчуття безпеки, внутрішньої структури та прогнозованості.

Сенсорна активація в процесі акупунктури запускає складну сітку зворотних зв'язків, які охоплюють переформатування сприйняття больового порогу, модуляцію активності передньої поясної кори та зміни у вегетативному балансі за рахунок посилення парасимпатичних впливів. Це особливо значуще у дівчат із підвищеною тривожністю, порушенням циклу сну або відчуттям «розмитості» внутрішнього стану. Саме введення голки – акт точкової сенсорної інтервенції – є символічним перетином зовнішнього й внутрішнього, де межа між тілом і психікою активується в нервовій системі, а не на поверхні шкіри. У дівчат юнацького віку, коли процес формування тілесної ідентичності ще не завершений, такий досвід може спровокувати потужний поштовх до реінтеграції

соматичних відчуттів і психоемоційного тла. Тіло, яке болить у конкретній точці, раптом починає бути чутливим до себе в цілому, а нервова система переорієнтовується з фону хронічної тривоги або фонові апатії на активне спостереження за тілесним процесом. У таких обставинах виникає феномен тілесного «пробудження» – коли індивід раптово починає відчувати себе не абстрактною думкою чи тривожним потоком думок, а живим тілом, що реагує, слухає, адаптується. Це має довготривалий ефект на формування нейронних трас саморефлексії, а також активує дофамінергічні й серотонінергічні шляхи, що поліпшують настрій, знижують ризик депресивних епізодів і нормалізують ритми сну [6, с. 18].

Акупунктура, діючи на глибокі сенсорні рівні, перезапускає механізми пропріоцептивного узгодження між різними сегментами тіла, що в підлітковому віці часто порушене внаслідок інтенсивного росту та гормональних змін. Пропріоцепція – це здатність відчувати себе в просторі, яка формує відчуття фізичної стабільності, здатності стояти, рухатись, жити в координатах реальності. Порушення цієї системи часто супроводжується дезорієнтацією, неузгодженістю рухів, внутрішньою нестабільністю. Акупунктура, активуючи ці рецепторні мережі, дозволяє тілу «зібратись» у функціонально цілісну конструкцію, зменшуючи внутрішню напругу, притаманну періоду гормональної нестабільності. Для дівчат юнацького віку, які переживають не лише фізіологічну, а й соціальну трансформацію, це створює відчуття того, що їхнє тіло не вороже, не фрагментоване, а доступне розумінню й внутрішньому слуханню. Через це змінюється і психоемоційна реактивність – замість істеричних або деструктивних проявів формується здатність до паузи, споглядання, регуляції. В цьому сенсі акупунктурна дія не є лише терапевтичною, а формує основу для глибшого емоційного зростання й адаптації до стресогенних чинників соціального середовища, яке в юнацькому віці зазвичай є насиченим конфліктами, нестабільними самооцінками та розмитими межами ідентичності [9, с. 19].

Тактильна стимуляція в акупунктурі відрізняється від звичайного дотику тим, що має чітку, векторну спрямованість, вбудовану в систему символічного значення тіла. У китайській медичній традиції кожна точка є не просто анатомічною проекцією, а функціональною зоною енергетичного обміну, що на рівні нервової системи відображає конкретні вегетативні вузли або шляхи активації. У психофізіологічному ключі це означає, що подразнення такої зони не є випадковим – воно спрямоване на стабілізацію певних афективних реакцій, регуляцію тону, нормалізацію функцій внутрішніх органів. У дівчат, схильних до психосоматичних реакцій на стрес, таких як головний біль напруги, порушення шлунково-кишкового тракту або циклічні коливання настрою, акупунктура працює як мапа повернення до тілесної інтегрованості. Через акт введення голки виникає не лише сенсорна відповідь, а й структура «зупинки» – момент, у якому увага відривається від хаотичних когнітивних потоків і фокусується на точці присутності. Це коригує домінантний вектор розсіяної уваги, характерний для підліткового періоду, й формує нову модель тілесно-афективної інтеграції – здатність відчувати себе тут і зараз, у власному тілі, як безпечному й контрольованому середовищі [15, с. 99].

Феномен тілесної усвідомленості, який поступово формується в ході регулярних процедур акупунктури, не є суто тілесним відгуком – це складна нейропсихофізіологічна подія, що запускає процеси в тих зонах мозку, які забезпечують інтеграцію тілесного сигналу, афективної відповіді та когнітивного осмислення. У центрі цього процесу – передня інсулярна кора, що виконує функцію інтероцептивного інтегратора. У віці ранньої юності, коли взаємодія між афективними, соматичними та раціональними структурами лише починає стабілізуватись, а багато функціональних зв'язків ще залишаються тимчасовими, нестійкими або надто реактивними, точкове, контрольоване тілесне втручання через акупунктуру дає змогу природного укріплення синаптичних шляхів між первинним тілесним сигналом і його осмисленням. Саме завдяки цьому тіло перестає бути зоною загрози або недовіри і починає сприйматись як суб'єктивна платформа – внутрішній простір, у якому емоція не

потребує зовнішньої екстеріоризації у вигляді агресії, уникання чи психосоматичних симптомів.

Процес, що активується, відомий у клінічній нейропсихології як розвиток інтероцептивної чутливості – здатності точно розпізнавати та витримувати внутрішні стани: тепло, напругу, тривогу, спазм, страх, цікавість, розслаблення. Ця чутливість, на відміну від реактивного імпульсу, не потребує негайного реагування, вона є простором для зупинки, спостереження, внутрішнього діалогу. Акупунктура, що працює на рівні мікростимулювання нервових закінчень, дозволяє системі центральної нервової регуляції повертати зв'язок між відчутим і осмисленим. Відтак дівчата, які раніше не могли назвати чи пояснити, що саме з ними відбувається – не тому, що їм бракувало інтелекту, а тому що тіло було недоступним як носій сигналу, – починають проживати тілесні зміни без потреби негайної вербалізації. Це особливо важливо в підлітковому віці, коли емоційна турбулентність часто перевищує мовну здатність її описати. Можливість відчутти стан без тиску негайного пояснення – вже сама по собі є терапевтичною.

Таким чином, акупунктура створює простір тихої тілесної регуляції – досвіду, в якому відсутня необхідність демонструвати, повідомляти чи описувати. Контакт із голкою, що вводиться з точною глибиною й у відповідну точку, формує особливу якість уваги: зосередженість на внутрішньому, здатність спостерігати за найменшими змінами напруги, тепла, пульсації. У цьому стані виникає «м'яке заякорення» – тілесне знання про себе, яке не потребує постійного підтвердження. Воно вкорінюється в досвіді, формуючи нові нейронні шаблони реагування. Саме тому ефект акупунктурного втручання не обмежується моментом процедури – він стає базисом для нової якості присутності в тілі, що потім транлюється в поведінку: здатність до витримування напруги, зниження імпульсивності, зростання довіри до себе. Усе це не є результатом навчання чи настанов – це є результатом прямого контакту з тілесною зоною досвіду, який ніхто не може інтерпретувати за саму дівчину. Окремо слід наголосити на впливі регулярності. Саме повторюваність процедур

– з інтервалами, що не надто розтягують, але й не зливають досвід – формує стабільність сигналу. Передня інсулярна кора, що реагує на багаторазові сигнали з однакових ділянок тіла, поступово формує звичку до внутрішньої орієнтації. Це стає основою нової афективної структури: замість реактивного сплеску – помірна емоційна відповідь, що не пригнічується, але й не виливається назовні неконтрольовано. Підлітки, які проходять крізь такі процедури, вчаться довіряти тому, що відчують – навіть якщо це неприємно або неочевидно. Відтак зростає щільність самовідчуття, зникає розрив між реакцією та реєстрацією реакції. Це дозволяє дівчатам проживати напругу без розриву з собою – що особливо цінно у віці, коли тіло часто сприймається як джерело сорому або тривоги.

Окрім впливу на емоційну регуляцію, феномен тілесної усвідомленості через акупунктуру формує нову архітектуру самоспостереження. Дівчина, яка щойно вийшла з процедури, рідко одразу здатна описати, що саме змінилось. Але її дихання уповільнюється, м'язи вивільняють тонус, з'являється здатність фіксувати не стільки думки, скільки стани – «тепліше», «глибше», «тихіше». Саме ці характеристики і є маркерами переходу від зовнішньої реакції до внутрішньої присутності. У клінічній нейропсихології подібний процес називається формуванням інтероцептивної вісі – здатності тримати фокус уваги всередині, не втрачаючи чутливості до зовнішнього. І ця вісь дозволяє формувати автономну регуляцію – тобто здатність заспокоюватись, не потребуючи зовнішньої інтервенції. В структурі терапевтичного процесу ця зміна непомітна, але надзвичайно глибока. Вона не виглядає як «успіх», не має зовнішнього ефекту, не обов'язково супроводжується яскравими емоційними вивільненнями. Але вона лежить в основі подальших змін – саме з неї виростає нова здатність дівчат до самоорганізації, прийняття рішень, відчуття меж. Тіло, яке перестає бути об'єктом страху або контролю, поступово перетворюється на внутрішній ресурс. І це не метафора – це нова структура мислення, яка виходить із тіла, а не лише з інтелектуального самопізнання. Акупунктура, що запускає цей процес, стає не втручанням, а співналаштуванням: тонкою, точною

розмовою з нервовою системою, що з часом починає відповідати не захисною мобілізацією, а глибинним дозволом на присутність.

Отож, акупунктура постає не як ізольована соматична методика, а як багаторівнева сенсорна інтервенція, здатна глибоко модулювати емоційні й нейрофізіологічні процеси, що особливо ефективно реалізується в умовах підвищеної пластичності психіки юнацького віку. Впливаючи через біологічно активні точки на автономну нервову систему, нейроендокринні осі та афективні структури мозку, вона створює середовище для поступового переформатування внутрішнього стану без примусового когнітивного втручання. Відновлення тілесної цілісності, зниження вегетативної збудженості, стабілізація гормонального фону й підвищення емоційної диференційованості формують нову якість самосприйняття, в якому присутнє не лише заспокоєння, а й відчуття себе як опори. У цьому віці така зміна є не лише функціональною, а й структурною, адже впливає на подальше формування особистості, її адаптивність і здатність зберігати внутрішню цілісність у розмаїтті соціальних взаємодій.

1.3. Теоретичні основи використання акупунктури для корекції самооцінки в юнацькому віці

У процесі формування самооцінки дівчат юнацького віку ключовим чинником виступає здатність до емоційної інтеріоризації та тілесного переживання стабільного образу себе. На цьому етапі розвитку нейропсихічна система демонструє підвищену лабільність, зокрема в межах регуляторних структур гіпоталамусу, лімбічної системи та передньої кори, що формують афективні патерни сприйняття себе. У цьому сенсі акупунктура набуває статусу не просто допоміжного інструмента психорегуляції, а засобу глибокої тілесної трансформації образу «Я». У психосоматичному дискурсі образ тіла є первинною основою будь-якої форми ідентичності, зокрема самооцінки, яка закладається через тілесні сенсорні досвіди ще в ранньому дитинстві, але

підлітковий вік відкриває нові нейропластичні вікна для її реконструкції. Акупунктурна дія через стимуляцію біологічно активних точок сприяє репатернінгу афективних реакцій, що мають тілесне коріння, активуючи рецепторні поля в місцях перетину соматичних і вегетативних аферентів. При введенні голок відбувається запуск вісцеро-кортикальних механізмів, де тілесна інформація від точок входу набуває нового когнітивного й афективного значення. Це формує особливий стан інтроспективної включеності, в якому виникає простір для переосмислення власного тіла як ресурсу, а не як загрози чи джерела невдоволення. Саме такий зсув у тілесному самовідчутті є передумовою для корекції нестабільної або фрагментованої самооцінки, що часто зустрічається в дівчат у перехідний період. Через тілесне закріплення точкової стимуляції відбувається поступова стабілізація в уявленні про себе – не як про абстрактну категорію, а як про живий суб'єкт із відчутним контуром, межами й внутрішньою структурованістю, що транслюється й на емоційний, і на когнітивний рівні. Цей механізм виявляється особливо значущим для тих, хто має порушене тіло-схемування, викривлене відображення у дзеркалі чи схильність до соматичних форм деперсоналізації, які в юнацькому віці є доволі поширеним тлом нестабільної самооцінки [18, с. 11].

У міждисциплінарному вимірі ефективність акупунктури як методу роботи з афективною складовою самооцінки обґрунтовується через збіжність уявлень про тілесну карту емоцій у західній психофізіології та східній енергетичній медицині. У психофізіологічному розумінні, афективний стан – це насамперед фізіологічно маркована подія, яка транслюється через зміну тону м'язів, серцевого ритму, шкірної температури та вісцерального напруження. Своєю чергою, акупунктура впливає на всі ці вектори одночасно – не через пряме втручання в психологічний процес, а через регуляцію периферичних нейровегетативних зв'язків. Парадигма східної медицини оперує поняттям енергетичних меридіанів як каналів циркуляції життєвої сили (ці), що перетинаються в точках акупунктури. Ці точки корелюють із функціональними системами, які відповідають за базову афективну рівновагу. Для дівчат із

нестабільною самооцінкою, яка формується на тлі соматизованого сорому, тривожного очікування оцінки з боку інших і глибокого тілесного сумніву, дія акупунктури відкриває досвід прямого контакту з собою без посередництва мови або зовнішньої оцінки. У такому досвіді тіло перестає бути об'єктом, який потрібно переробити, виправити, зробити привабливим, і стає процесом – живим, змінним, але контрольованим. Ця трансформація дає змогу емоційному «Я» стабілізуватись навколо тілесного ядра, що вивільняє психічну енергію з хронічного контролю образу, перенаправляючи її на рефлексивне проживання себе. Таким чином, самооцінка з позиції східної традиції постає не як думка про себе, а як стан внутрішнього співзвуччя між тілом, диханням, рухом і емоційною тоном [4, с. 42].

В контексті психосоматики взаємозв'язок між афективним тонусом і якістю образу «Я» підтверджується численними дослідженнями, що вказують на залежність між рівнем емоційної лабільності, соматичним дискомфортом та заниженим сприйняттям себе. У юнацькому віці це особливо загострюється через нестабільність гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі, що модулює реакції стресу, настроїв і адаптаційні можливості нервової системи. Акупунктура, стимулюючи точки з високою щільністю нервових закінчень, таких як точки «сань-іннь-цзяо» або «бай-хуей», призводить до вивільнення ендогенних опіоїдів, серотоніну та дофаміну, які не тільки знижують рівень тривоги, а й стабілізують емоційний фон. Така гормональна перебудова створює внутрішнє відчуття тепла, плавності та наповненості, які стають тілесними маркерами позитивного ставлення до себе. Через це дівчата, які проходять акупунктурну терапію, часто відзначають не лише зменшення соматичних симптомів, а й появу нового відчуття цілісності, яке не потребує зовнішнього підтвердження. Це, у свою чергу, впливає на структурування самооцінки – вона переходить з фрагментованої, реактивної форми в стабільну, центровану на внутрішньому досвіді себе як тіла, що живе, змінюється й здатне до саморегуляції. Особливо ефективним це є для тих, у кого образ тіла був спотворений через досвід булінгу, психотравм чи медичні діагнози, які сприяли відчуженню від власної тілесності.

Акупунктура не обіцяє зміни зовнішності, але змінює спосіб її проживання, і саме ця зміна стає умовою корекції самооцінки зсередини.

Підлітковий період у дівчат супроводжується гіперсоціалізованим контекстом, де значущість зовнішньої оцінки переважає над внутрішнім сприйняттям. Формується залежна самооцінка, яка базується не на тілесному самовідчутті, а на дзеркалі інших – поглядах, реакціях, лайках. У цьому середовищі акупунктура виступає як інструмент повернення до тілесної самодостатності, де контакт зі своїм тілом не потребує глядача. Через це формується новий контур самосприйняття – тілесно опосередкований, ендогенний. Досвід точкового дотику, який не має оцінного характеру, дає змогу проживати себе поза соціальною роллю, в чистому афективному полі. Дівчина, яка у звичайному житті постійно зважає, як виглядає, як її сприймають, під час процедури фокусується лише на тілесному резонансі – чи то біль, чи тепло, чи спокій. Це і є ті нейрофізіологічні хвилини, в яких самооцінка починає ґрунтуватися не на зворотному зв'язку, а на прямому внутрішньому досвіді. У когнітивно-поведінкових моделях це б назвали формуванням внутрішнього джерела контролю. У східній моделі – це повернення «ци» в центр, у психофізіології – зміщення домінанти з екстероцептивних каналів на інтероцепцію. У будь-якому випадку – це стабілізація образу «Я», який більше не потребує верифікації. Така зміна не відбувається миттєво, але є кумулятивною – кожна сесія акупунктури відкладає новий шар внутрішнього досвіду, який формує тілесну впевненість, із якої потім виростає впевненість емоційна й когнітивна [19, с. 10].

Отож, інтеграція підходів психофізіології, східної медицини та психосоматики дає підстави розглядати акупунктуру як повноцінний міждисциплінарний інструмент корекції самооцінки в юнацькому віці. Її дія не зводиться до редукції симптомів, а є структурною – впливає на рівень сенсорної обробки, афективної модуляції та когнітивної репрезентації себе. Самооцінка, що формується в результаті такого тілесного досвіду, має зовсім іншу якість – вона не вразлива до змін соціального контексту, не залежить від зовнішніх

параметрів і не потребує постійного підкріплення. У дівчат юнацького віку це має вирішальне значення для формування емоційної автономії, толерантності до фрустрації, здатності до прийняття себе без оцінки. Акупунктура, завдяки своїй тонкій точковій природі, створює простір безпекового контакту, в якому тіло більше не є джерелом тривоги чи відчуження, а стає центром стабільності, внутрішньої структури й емоційного ґрунту. У цьому – її особлива наукова цінність і практична доцільність у роботі з дівчатами, які перебувають на порозі переходу від зовнішньо контрольованої до внутрішньо керованої особистості.

В підходах східної медицини, зокрема в традиційних схемах акупунктурної терапії, особливе значення надається точкам, що мають потужний вплив на емоційне тло, вегетативну регуляцію та суб'єктивне відчуття внутрішньої зібраності. У юнацькому віці, коли афективна система ще перебуває в стадії неврологічного дозрівання, а самооцінка формується в умовах високої чутливості до зовнішніх впливів, робота з цими точками дозволяє цілеспрямовано втручатися в емоційно-модульовальні контури нервової системи. Однією з базових є точка Shenmen (Heart 7), розташована на медіальному краю зап'ястка, яка асоціюється з центром афективної рівноваги. У китайській медицині її вважають брамою до серця, тобто до внутрішнього ядра емоційної сутності. З нейрофізіологічної точки зору стимуляція цієї ділянки впливає на активність симпатичної нервової системи, знижуючи загальний рівень фізіологічного збудження, гармонізуючи частоту серцевих скорочень і підвищуючи поріг чутливості до психогенних подразників. У дівчат із підвищеною тривожністю, емоційною вразливістю та симптомами емоційної дезорганізації, ця точка діє як вхід у гальмівні механізми регуляції афекту. Регулярне включення Shenmen у терапевтичні протоколи посилює ефекти суб'єктивного заспокоєння, формує досвід тілесної зосередженості та стає основою для появи відчуття себе як стабільного внутрішнього центру. На тлі цього зростає емоційна компетентність – здатність розрізняти, проживати та скеровувати власні афекти, що є передумовою для зміцнення внутрішньої самооцінної стабільності. Цей ефект посилюється при комбінації з точкою Yin

Tang – розташованою між брів, яка в традиції має назву «третє око». Її активація впливає на тета-ритми кори головного мозку, сприяє зниженню тривожного мислення, зменшенню нав'язливих порівнянь із соціальними референтами та відновлює фокус на внутрішньому досвіді. У підлітковому віці, де думка про себе формується на перетині соціального дзеркала та внутрішнього емоційного потоку, ця точка виконує функцію внутрішньої деконцентрації – зняття тиску зовнішніх ідеалів та повернення до суб'єктивного тіла як джерела істинного образу себе [3, с. 7].

Додаткову регуляторну дію щодо емоційної рівноваги та корекції афективної нестабільності має точка Pericardium 6 (Neiguan), яка часто застосовується для зниження проявів психосоматичних реакцій, пов'язаних із внутрішнім конфліктом, пригніченим емоційним фоном або напруженням через когнітивну перевантаженість. У межах підліткової динаміки ця точка ефективно діє як психоемоційний стабілізатор: вона знижує рівень соматичних компонентів тривоги – серцебиття, спазми в шлунку, задуху. Її стимуляція активує парасимпатичну ланку вегетативної системи, забезпечуючи ефект тілесного зниження захисної напруги, що у дівчат часто виникає у відповідь на внутрішню критику чи зовнішній осуд. Це створює простір для емоційного дихання, усуваючи блоки, які формують стан «замороження» або афективної скутості. Після кількох сеансів акупунктури з включенням Neiguan суб'єкти демонструють підвищення емоційної розпущеності – здатності говорити про свої переживання, визнавати вразливість, не відчуваючи приниження чи загрози. Така тілесна відкритість є базисом для адекватної самооцінки, що не потребує жорсткої броні чи відстороненості. Поєднання з точками Liver 3 (Tai Chong) на стопах – які відповідають за емоційний потік, гнів, пригнічення та фрустрацію – дає змогу створити збалансований ланцюг акупунктурної дії, який одночасно знижує рівень базового психоемоційного збудження і відновлює здатність до афективної модуляції. У дівчат із домінуванням гіпотимного або дисфоричного фону така комбінація особливо ефективна, бо зменшує внутрішню жорсткість образу «Я» та виводить його зі стану оцінної фіксації на стан живого руху й

тілесного реагування. Це сприяє переходу самооцінки в гнучку, відкриту форму, де є місце зміні, помилці, еволюції – усе це є вкрай необхідним на етапі психологічного дозрівання.

Серед схем акупунктури, які мають чітку спрямованість на формування внутрішньої зібраності та стабільності «Я», вирізняється застосування точок на каналі нирок – зокрема Kidney 1 (Yongquan), що розташована на підшві стопи, та Kidney 27, розташована біля ключиці. Першу з них традиційно розглядають як точку заземлення – відновлення контакту з тілом, простором і внутрішнім вектором. Вона впливає на центр вестибулярного балансу, нормалізує тонус вегетативної системи, стабілізує відчуття опори, що є ключовим у формуванні образу себе як надійного, стійкого та цілісного. У підлітковому віці, коли світоглядна база лише формується, а тіло змінюється з великою швидкістю, ця точка допомагає відчувати реальність як щось, на що можна спертись – не лише фізично, а й емоційно. Kidney 27, своєю чергою, активує дихальні функції, посилює вентиляцію легень, зменшує відчуття стискання в грудях, яке часто супроводжує стани сорому, соціальної тривоги або афективного перевантаження. Поєднання цих точок формує тіло як вертикальну вісь – від стоп до грудей, по якій циркулює енергія стабільності. Це має величезне значення для дівчат, які переживають внутрішню розпорошеність, втраченість, або навпаки – надмірну жорсткість, сформовану як захист від хаотичного світу. Через тілесне зосередження на цих точках відбувається перезапис моделі тілесної присутності: дівчина починає відчувати не лише себе, а й світ як щось, у чому вона може бути – без потреби захищатись, втекти або відповідати чужим очікуванням. Ця тілесна довіра до середовища формує підґрунтя для стабільної самооцінки, в якій немає місця паніці, порівнянню чи знеціненню [22, с. 7].

Акупунктурна карта психоемоційної регуляції включає також схеми роботи з точками каналу селезінки, зокрема Spleen 6 (San Yin Jiao), що розташована вище медіальної кісточки на гомілці. У східній традиції вона є точкою перетину трьох «жіночих» меридіанів – селезінки, печінки та нирок – і безпосередньо пов'язана з регуляцією гормонального фону, емоційною

чутливістю та тілесною інтуїцією. У психофізіологічному розумінні ця точка має здатність впливати на нейроендокринні шляхи, що регулюють менструальний цикл, кортизолову відповідь і стани, пов'язані з ПМС, які нерідко корелюють із коливаннями самооцінки [14, с. 14].

Для дівчат юнацького віку, які щойно входять у гормональний ритм і стикаються з хвилеподібною зміною настрою, сприйняття тіла та образу себе, San Yin Jiao є точкою відновлення внутрішнього узгодження – між афективним станом і тілесним ритмом. Стимуляція цієї ділянки має заспокійливий, стабілізувальний ефект, зменшує емоційну гіперреактивність на міжособистісні подразники та створює відчуття цілісності в тілі, яке переходить у цілісність у самосприйнятті. Коли дівчина вчиться відчувати себе через цю точку як живу, стабільну структуру, вона перестає бути вразливою до миттєвих коливань зовнішньої оцінки. Поєднання San Yin Jiao з точкою Conception Vessel 17 (Shanzhong), що розташована в центрі грудей, дає ще глибший ефект: остання впливає на серцевий ритм, легеневу вентиляцію, формує тілесне відчуття простору всередині грудної клітки, де живуть емоції. У психосоматичному досвіді багатьох підлітків саме ця зона є джерелом стискання, напруження або болю, коли виникає образ «я – не така». Регулярна активація цієї точки сприяє декомпресії емоційної напруги, відновлює відчуття вільного дихання й наповнення зсередини. Це створює не просто розслаблення, а нову якість тілесного існування, в якому можна бути собою, не затискаючи жодну частину себе. Самооцінка, що народжується з цього стану, не потребує корекції – вона виростає з тіла, яке більше не боїться бути живим.

Отже, акупунктура виявляється не лише соматичною технікою впливу, а комплексним психофізіологічним засобом, здатним модулювати самооцінку через тілесно опосередковане відчуття себе. Її дія охоплює ключові ланки – сенсорну інтеграцію, афективну стабілізацію та когнітивну репрезентацію образу «Я», створюючи умови для трансформації фрагментованого самосприйняття в цілісну, внутрішньо зібрану конструкцію. У юнацькому віці, коли процес ідентифікації ще перебуває в активній динаміці, така точкова дія на

тлі підвищеної нейропластичності може стати каталізатором для формування внутрішньої емоційної опори. Комбінація точок, зорієнтованих на зниження вегетативного збудження, відновлення дихального ритму та тілесної вертикалі, дозволяє перейти від реактивного, залежного способу оцінювання себе до стану внутрішньої присутності, де самооцінка формується не як відгук на оцінку ззовні, а як безперервний діалог із власним тілом і станом.

Висновки до першого розділу

В межах першого розділу обґрунтовано, що самооцінка в юнацькому віці постає як складна інтегративна система, яка поєднує когнітивні конструкції, афективні реакції та патерни поведінки, а її динаміка набуває синусоїдального характеру з фазами підйому та спаду, зумовленими як внутрішньою структурною перебудовою особистості, так і зовнішніми соціальними чинниками. У дівчат цей процес особливо чутливий до впливу міжособистісного середовища, де думка однолітків і соціальне визнання відіграють роль своєрідного дзеркала, у якому формується образ Я. Водночас акупунктура розглядається як психофізіологічний метод гармонізації внутрішнього стану, що діє не лише на локальному рівні, а через складну мережу вісцеро-соматичних та сомато-вегетативних реакцій, активує системи саморегуляції, стабілізує вегетативний баланс і відновлює тілесну уважність. Через точкову сенсорну активацію формується тілесна цілісність, що переходить у нову якість емоційного самосприйняття. Встановлено, що у процесі акупунктурного впливу самооцінка переходить із фрагментованої, реактивної форми у стабільну, центровану на внутрішньому досвіді себе як тіла, що живе, змінюється й здатне до саморегуляції. Це підтверджує доцільність використання акупунктури як інструменту психоемоційного впливу на дівчат у фазі становлення особистості.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ АКУПУНКТУРНОЇ ТЕРАПІЇ НА САМООЦІНКУ ДІВЧАТ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ

2.1. Організація дослідження та характеристика вибірки

Експериментальний етап дослідження впливу акупунктурної терапії на самооцінку дівчат юнацького віку відбувався у межах природного освітнього середовища, без формалізованої психотерапевтичної обстановки, що дозволило отримати більш життєподібні показники реакцій на стимуляцію біологічно активних точок. Як просторову базу було обрано приміщення Миколаївської гімназії №26, де дослідницький процес інтегрувався в ритм повсякденного перебування дівчат – педагогів і наближеного до них соціального середовища. Загальна кількість учасниць склала 40 осіб віком 18–22 роки, тобто в межах верхнього періоду юнацького віку, де стабілізація психоемоційного фону ще не досягла остаточного рівня, а самооцінка має пластичний і варіативний характер. Вибірка формувалася через добровільне залучення працівниць освітнього закладу та їхніх знайомих, що забезпечило певну внутрішню однорідність соціокультурного тла, і водночас – достатню варіативність особистісних особливостей, що зробило можливим відстеження ефекту акупунктурного втручання в межах реалістичного людського різноманіття.

Попередньо кожна з учасниць проходила вербальну психоемоційну діагностику з опорою на модифікований диференціальний опитувальник Везендера й інтерв'ювання за схемою Айзенка, що дозволило картографувати загальні стани внутрішньої напруги, показники спонтанного самоусвідомлення і наявність латентної тривожності. Одночасно зібрано первинні відомості про рівень самооцінки за методикою Дембо–Рубінштейн із графічною шкалою, які давали змогу фіксувати не тільки позицію в шкалі, а й просторову дистанцію між реальним і бажаним образом «Я». Уточнено особливості соматичного стану –

дівчата, які мали будь-які гострі запальні процеси або медикаментозне лікування протягом останніх двох тижнів, не допускалися до дослідження, щоб уникнути впливу побічних чинників на психовегетативні реакції. Сам процес відбувався в умовах денного світла, в аудиторії зі сталою температурою, без зовнішніх шумових подразників, що створювало комфортне тло для фокусованої стимуляції.

Сеанси акупунктурного процесу відбувалися за однаковим сценарієм, без порушення тимчасових або просторових умов, з фіксованою тривалістю 25 хвилин. Застосовувалася методика сухої голки з одноразовими стерильними голками діаметром 0,22 мм і довжиною 25 мм, які вводились у точки на передпліччі та гомілці, відповідно до класичної схеми з активізацією точок RP6 (сань-іннь-цзяо) та GI4 (хе-гу). Ці точки обрано не випадково – RP6 розташована на медіальній поверхні гомілки та впливає на психоемоційну стабільність, регулюючи ендокринну й вегетативну активність, а GI4, що міститься між великим і вказівним пальцем, відома своїм седативним потенціалом у випадках внутрішньої тривожності. Голки вводилися на глибину 10–15 мм під кутом 45°, з мікрообертальними рухами, після чого залишалися у фіксованому положенні протягом усього сеансу. Маніпуляцію проводила сертифікована рефлексотерапевтка з досвідом понад десять років, що забезпечувало фахову точність та унеможливлювало варіативність, яка могла б похитнути надійність результатів. Протягом перших 3 хвилин після введення голок реєструвалися короточасні соматовегетативні реакції – поява легкого потовиділення, локального тепла або відчуття внутрішнього струму, які фіксувалися вербально, але не трактувалися як індикатори змін самооцінки. Кожна учасниця проходила три процедури із проміжком у 48 годин між сеансами, що відповідало середньому ритму стабілізації нейропсихічної реакції за класичною схемою м'якої адаптації нервової системи до рефлексогенних впливів (див додаток А)

До кожного сеансу передував короткий вербальний контакт, що мав неінтервенційний характер, спрямований лише на зняття напруження й налаштування на спокійний стан. Виключалась будь-яка форма навіювання або

попередніх оцінок ефективності – дівчатам не повідомлялися очікувані результати, щоб уникнути ефекту установки. Після завершення кожного з трьох сеансів учасниці залишали приміщення без зворотного коментаря, і лише через 48 годин після останнього сеансу проводилась повторна фіксація самооцінкових параметрів. Повторну діагностику здійснювали ті ж самі фахівці, що проводили попередню, але без доступу до первинних результатів, щоб запобігти неусвідомленому спотворенню оцінки. Оцінювання відбувалось індивідуально, в тій же аудиторії, за ідентичною процедурою, у тому ж часі доби, що знімало вплив циркадних коливань на емоційну варіабельність. Дівчата, які протягом дослідження стикалися з сильними емоційними подіями або значними фізіологічними змінами (менструальний цикл, хвороби, конфлікти), не включалися до підсумкової обробки, щоб залишити масив даних чистим від нетипових реакцій. Було зафіксовано п'ять таких випадків – ці учасниці завершили сеанси, але їх результати зберігалися поза статистичною вибіркою. Фіксація графічних шкал проводилась з точністю до міліметра, з послідовним оцифруванням результатів, що дозволило створити масив точкових значень для подальшої кількісної обробки.

Інтеграція психофізіологічного рівня в структуру дослідження здійснювалася не через ізольовану реєстрацію змін тілесного стану, а як фонове поле, у якому розгорталися трансформації в уявленнях дівчат про власне «Я». Здійснено постфактум оцінювання реакцій нервово-м'язового тону за допомогою динамометрії та флексометрії, які дозволили непрямо зафіксувати зміну соматичного комфорту, хоча ці показники не використовувались як критерії ефективності втручання. Центральним залишалось саме зміщення у структурі самоідентифікації, що проявлялося у скороченні або розширенні дистанції між реальним і бажаним образом «Я», зміною висоти оцінки себе за параметрами зовнішності, інтелектуальної цінності, соціального прийняття. Ці дані порівнювалися до і після втручання, що дозволило зафіксувати саме ті трансформації, які потенційно могли бути спричинені дією голкової стимуляції. Участь у дослідженні не потребувала письмової згоди в юридичному сенсі, але

кожна з дівчат проходила індивідуальний вербальний брифінг із чітким окресленням можливих тілесних відчуттів, умов безпеки, а також права вийти з дослідження в будь-який момент. За час проведення жодного випадку відмови не зафіксовано, що побічно свідчить про прийнятність і комфортність методики для цієї вікової групи.

Організаційно дослідницький процес формувався як структурна тріада: вхідна діагностика, інтервенційний блок і вихідне вимірювання. Це дозволило створити чітку аналітичну лінію для кожної учасниці – не груповий зріз, а суто індивідуальне відстеження змін, що відповідає природі самооцінки як внутрішньої, а не зовнішньої соціальної константи. Для зниження ризику статистичних флуктуацій застосовано метод парного порівняння кожного випадку – до і після процедури, без залучення середніх групових показників у первинній фазі. Лише після попереднього структурного аналізу індивідуальних профілів здійснювався перехід до побудови зведеної статистичної моделі, але це вже входить до наступного розділу. Варто зазначити, що дослідження не мало лікувального характеру й не передбачало цілеспрямованої корекції психоемоційних порушень – акупунктура застосовувалася винятково як нейтральний стимул для модифікації тілесної ідентичності й, опосередковано, самооцінного компоненту. Такий підхід дозволив уникнути етичних конфліктів, пов'язаних із медичним втручанням, і водночас відкрити доступ до тонких зрушень у структурі внутрішнього самоприйняття. Весь процес відбувався у присутності двох наглядачів – один відповідав за фіксацію об'єктивних параметрів, інший – за емоційне тло простору. Це дало змогу зменшити ризики впливу експериментатора на результати та зберегти гомеостатичну чистоту дослідження.

Контроль за стабільністю емоційного фону під час дослідження здійснювався не через формальні анкети, а шляхом контекстуального спостереження: дівчата залишалися в полі зору дослідницької групи впродовж усього періоду втручань, і кожна з них фіксувалася в щоденнику емоційної реактивності за шкалою трьох базових маркерів – поведінкова зосередженість,

невербальна мімічна пластика та стабільність голосового тону. Таке тонке спостереження дало змогу розпізнати негласні прояви психічного напруження або, навпаки, ознаки розслаблення, що не завжди вербалізуються самими учасницями, але впливають на динаміку внутрішньої самооцінки. Ці щоденники велися незалежно від головного масиву даних і не потрапляли в систему обробки кількісної статистики, однак виконували функцію м'якого коректора – у випадках, коли спостерігалось надмірне збудження або виразна апатія, процедури могли бути перенесені на інший день, щоб не спровокувати небажане зміщення емоційної тональності досвіду. На одному з етапів зафіксовано три випадки, коли дівчата перебували у стані значної втоми або дратівливості, тому для них сесії було перенесено з обіднього часу на ранкову годину наступного дня, коли фізіологічна готовність була стабільнішою. Така гнучкість графіку забезпечила не тільки більшу достовірність даних, а й гуманну атмосферу дослідження, де учасниці відчували себе не об'єктами, а співавторками процесу. Варто зазначити, що в межах процедур не застосовувалось жодного аудіо або відеозапису, щоби не створювати додаткового тиску чи спотворення поведінки через ефект спостереження.

Загальний простір дослідження був структурований так, щоб мінімізувати ефект ролевих або комунікативних впливів. Усі процедури проводились індивідуально, за зачиненими дверима, без присутності сторонніх осіб, навіть якщо учасниці були знайомі між собою або працювали в одному підрозділі. Заборонялося обговорення відчуттів і результатів із колегами до завершення повного циклу втручань. Кожна дівчина отримувала персоналізовану картку участі з умовами, таймлайном і рекомендаціями щодо поведінки до та після процедури – уникати фізичного перевантаження, не вживати алкоголю, не змінювати різко режиму харчування. Усі ці умови формували стабільне середовище, де можна було максимально точно зафіксувати динаміку не лише психоемоційних, а й психосоматичних зрушень.

У дослідженні, присвяченому вивченню впливу акупунктурної терапії на самооцінку дівчат юнацького віку, була реалізована чітко продумана структура

розподілу учасниць на експериментальні та контрольні групи, що дозволило відтворити умови достовірного міжгрупового порівняння без порушення валідності. Усього було залучено 40 дівчат віком від 18 до 22 років, з яких 20 осіб склали експериментальну групу, а ще 20 – контрольну. Формування груп здійснювалося методом чергування, при якому кожна друга за хронологічним порядком включення учасниця спрямовувалась до контрольної когорти. Весь розподіл відбувався після проведення базової психодіагностики, коли вже були відомі початкові параметри самооцінки, емоційного стану, а також індивідуальні особливості сприйняття тілесного контакту, що дозволяло уникнути нерівномірного накопичення осіб з яскраво вираженими відхиленнями у жодній із груп. Кожна учасниця проходила вхідне анкетування із заповненням графічних шкал за методикою Дембо–Рубінштейн, де фіксувались три рівні – реальне уявлення про себе, бажаний і гранично можливий. Паралельно проводилась візуально-аналогова оцінка загального емоційного тону та наявності проявів тривожності за шкалою Гамільтона. Після аналізу цих даних групи були зведені за середнім значенням усіх параметрів, щоб забезпечити їх порівнянність. Виявилось, що середні відхилення між групами у фазі до втручання не перевищували 4 % в жодному з показників, що дозволило вважати вихідні умови статистично симетричними. Контрольна група не проходила жодної форми акупунктурного або іншого терапевтичного впливу. Її учасниці перебували в аналогічному тимчасовому режимі, отримували аналогічну кількість контактів із дослідницькою командою, але жодного стимулу, здатного змінити соматичний або емоційний фон, їм не надавалось. Це дозволяло чітко ізолювати ефект саме від акупунктурної дії, не підмішуючи його з ефектами очікування, взаємодії чи навіювання. Важливо, що контрольна група не була інформована про специфіку процедур, що проходили в іншій когорті, їм не пояснювали ані терапевтичну мету, ані механізми втручання, отже, не формувалось уявлення про «втрату» чи «відсутність» лікування. Такий прийом запобігав формуванню компенсаторних психологічних установок, які могли би неусвідомлено впливати на повторні оцінки самооцінки через механізми когнітивної адаптації.

Експериментальна група проходила серію акупунктурних втручань згідно з класичною триетапною схемою з інтервалами у 48 годин. Весь цикл розтягнувся на шість днів. Кожна процедура тривала строго 25 хвилин, з дотриманням сталого алгоритму введення голок, локалізації точок, положення тіла та фізичного середовища. Контрольна група в ці самі дні й ті самі години проходила псевдо-сесії, під час яких проводилось лише нейтральне вербальне спілкування без тілесного контакту, в аналогічному за архітектонікою приміщенні, за присутності тієї ж самої команди. Це дозволило повністю стандартизувати часовий та емоційний контекст, нейтралізуючи змінні, пов'язані з часовою добою, втомою, метеофакторами, а також мікрокліматом приміщення. З обох груп було виключено учасниць, які не могли забезпечити стабільну присутність у визначені дні або демонстрували ознаки соматичних реакцій, що потенційно могли б впливати на психологічний стан – передменструальний синдром, головний біль, медикаментозна терапія, гіпоглікемічні стани. Це дозволило зберегти цілісність обох груп як гомогенних за умовами функціонування. На кожну сесію, незалежно від її характеру, було призначено ідентичний супровід: один спостерігач, один фіксатор даних, один координатор, що зменшував варіативність людського чинника. Навіть у контрольній групі процедури супроводжувались «псевдоспостереженням» – веденням фіксації нейтральних параметрів поведінки, як-от положення тіла, частота моргання, динаміка жестів, що створювало враження повноцінного експериментального включення, не формуючи при цьому навмисної ілюзії втручання. Таким чином, навіть психологічний тиск від «участі» був рівномірно розподілений між обома групами, що виключало спотворення даних унаслідок різного рівня очікування чи інтерпретації ситуації самими учасницями.

Обидві групи заповнювали графічні шкали повторно через 48 годин після завершення циклу – у точно такий самий час доби, в тому ж приміщенні, під наглядом тих самих фахівців, без жодних нагадувань про попередні результати. Контрольна група, так само як і експериментальна, не отримувала жодної форми зворотного зв'язку, жодних коментарів і не мала доступу до динаміки власних

показників. Це дозволило повністю виключити ефект автокорекції результатів. Особливу увагу приділено точності просторового відтворення умов: на підлозі були позначені маркери, де саме сиділи учасниці під час першого тестування, крісло розташовувалось під тим самим кутом до вікна, що стабілізувало вплив освітлення, тіні, зорових точок фіксації, які, хоч і опосередковано, можуть змінювати враження від власного графічного заповнення. Це було реалізовано через попереднє фотографування конфігурації для кожної учасниці в першій сесії й подальше точне відтворення цієї сцени в повторній.

Окрім класичної фази інтервенції, структура дослідження передбачала й особливий інтервал утримання, тобто період, коли жодна з учасниць не отримувала жодного впливу, а також не контактувала з дослідниками. Це «біле вікно» тривалістю 48 годин після завершення втручання мало функцію фазового нейтралізатора – унеможливлювало короточасні ефекти збудження або післядії, які могли б дати хибну динаміку в повторних тестах. І контрольна, і експериментальна групи були інформовані, що дослідницький процес завершено, однак їм не вказувалось, коли саме буде проведено останнє опитування. Це запобігло ефекту очікування, фокусування чи психологічної мобілізації, яка може штучно впливати на динаміку самооцінки. Цей прийом є запозиченням із методик довготермінових клінічних досліджень, де важливу роль відіграє не лише сам вплив, а й збереження його у свідомості або забування. Протягом цього інтервалу не проводилося жодних спостережень, жодних контактів, навіть телефонних або електронних, – повна ізоляція мала забезпечити «очищення поля» від будь-яких психологічних подразників. Завдяки такій організації, вдалося досягти дуже тонкого ефекту: порівняння не лише «до» і «після» втручання, а й «після затухання», що дало можливість оцінити стійкість змін, хоча це вже виходить за межі цього пункту. На рівні організації таке рішення дозволило зрівняти контрольну та експериментальну групи не лише по процедурі, а й по завершенню дослідження, не створюючи для когось додаткових умов привілею чи уваги. Учасниці обох груп після повторного тестування були поінформовані про зміст і мету експерименту лише частково – через нейтральне

роз'яснення, що метою було дослідити тілесний вплив на загальне самопочуття. Повний брифінг щодо самооцінки як об'єкта дослідження проводився лише після повного завершення обробки всіх даних. Це забезпечило неупередженість суб'єктивного ставлення до результатів і захистило дівчат від ефекту самоінтерпретації чи зайвої уваги до себе, що могло би штучно посилити або приглушити сприйняття змін.

Щоб забезпечити надійність параметрів для міжгрупового порівняння, було здійснено синхронізацію обох груп за шістьма критеріями: вік, рівень базової самооцінки, рівень тривожності, соціальна зайнятість, фаза менструального циклу, рівень соматичного комфорту. Вік у всіх учасниць коливався в межах 18–22 років, при цьому середній показник у групах був однаковим – 19,7 року. Самооцінка поділялася на три рівні – занижена, середня, завищена – і кожен рівень був представлений однаковою кількістю осіб у контрольній та експериментальній групах. Рівень тривожності фіксувався за допомогою шкали Бека, при цьому в межах кожної групи були збалансовані учасниці з низьким, середнім та підвищеним рівнем. Щодо соціальної зайнятості – усі дівчата були студентками або працівницями освітньої сфери, що зменшувало ризик впливу кардинально різних соціальних ролей.

Фаза менструального циклу також враховувалась: процедури призначались так, щоб не збігатися з передменструальними або менструальними днями, які можуть істотно впливати на емоційний стан і, відповідно, на оцінку себе. Рівень соматичного комфорту фіксувався за суб'єктивною шкалою, і лише учасниці, які вказували на добрий або задовільний стан, допускалися до процедури. Усі ці фактори забезпечували однорідність вибірки в межах кожної групи й зменшували вплив сторонніх змінних при зіставленні результатів. Такий підхід гарантував, що у разі виявлення змін у експериментальній групі, вони з високою імовірністю пов'язані саме з акупунктурним впливом, а не з побічними обставинами. Організаційна чіткість дозволила уникнути ситуації, коли ефект пояснюється не стимулом, а самим процесом участі, що часто трапляється у подібних дослідженнях.

Таким чином, організація дослідження була побудована з урахуванням максимальної нейтралізації зовнішніх змінних, що дозволило ізолювати психофізіологічні ефекти акупунктурного втручання від супутніх впливів середовища, міжособистісної взаємодії та суб'єктивних очікувань. Чітке розмежування експериментальної та контрольної груп, стандартизація просторових і часових умов, а також індивідуальне парне оцінювання забезпечили високу валідність отриманих даних. Завдяки збереженню природності перебігу досвіду та відсутності прямих втручань у когнітивну сферу, вдалося зафіксувати саме ті внутрішні зрушення, які є характерними для зміни тілесної чутливості та образу «Я» під впливом біологічної стимуляції. Цей підхід створює підґрунтя для вивчення акупунктури як потенційного інструмента тонкого впливу на самооцінку без когнітивного тиску або директивної психокорекції.

2.2. Методи психодіагностики рівня самооцінки та загального емоційного фону

У межах дослідження впливу акупунктурної терапії на самооцінку дівчат юнацького віку психодіагностичні процедури не були фоновими або додатковими – саме вони становили структурний каркас, завдяки якому ставало можливим фіксувати невидимі, внутрішні трансформації, які не виявляються у поведінці, але глибоко змінюють психічну динаміку. Методика Дембо–Рубінштейна застосовувалася як головний інструмент дослідження. Вона давала змогу побачити, як саме учасниці розташовують себе у власному образі – не як опис, а як просторову метафору, де кожна точка на вертикальній шкалі набувала статусу особистісної декларації. На кожному з бланків було по п'ять шкал: інтелект, зовнішність, характер, здатність бути коханою і соціальна цінність.

Учасницям нічого не нав'язувалося – вони лише отримували коротку інструкцію: «Позначте точку, де, на вашу думку, ви зараз перебуваєте щодо цієї якості». Після першої позначки – тобто «реального Я» – дівчата мали поставити

ще дві: бажаний рівень («як би ви хотіли, щоб було») і максимально досяжний («наскільки реально ви здатні це змінити»). Це створювало трипунктову конфігурацію, яку дослідники фіксували у цифровому вигляді з точністю до міліметра. У кімнаті під час заповнення не було нікого, крім самих учасниць – дослідниця лише вводила інструкцію, після чого залишала аудиторію, закривала двері і поверталась через 10 хвилин, коли процес завершувався. На прохання жодної з дівчат не було надано допомоги чи тлумачення – усі орієнтувались на власне розуміння завдань, що підкреслювало проєктивний характер методики. Після завершення кожна анкета вкладалась до окремої нумерованої папки й негайно закривалась до архіву, щоб учасниця не могла побачити її повторно й вплинути на подальше оцінювання.

Через 8 днів, після завершення всіх трьох процедур акупунктури, відбувалося повторне заповнення. Воно не супроводжувалось жодним словом про перше тестування, і кожна дівчина отримувала абсолютно новий аркуш. Простір аудиторії був відтворений до деталей – те саме місце, той самий стілець, навіть положення вікна, світло, температура й відстань до столу. Завдяки фотографіям, зробленим у перший день, дослідники могли точно повторити усі параметри – щоб тіло, зір і простір залишались стабільними змінними, які не заважали вільній проєкції образу себе. Повторна інструкція була ідентичною першій, вимовлена з такою ж інтонацією й ритмом. Після повторного заповнення дослідники не аналізували результати одразу – усі бланки зашифровувались кодами (без імен) і передавались окремому аналітичному блоку. Варто зазначити, що процедура мала не лише діагностичний, а й терапевтичний ефект: у кількох випадках учасниці затримувались після заповнення бланків, мовчки сиділи, дихали повільніше, ніби фіксували щось глибше, ніж просто точку на папері. Це не реєструвалось формально, однак відзначалось у польових щоденниках як непряме підтвердження включеності дівчини у процес внутрішнього контакту з собою. Жодних вербальних коментарів чи пояснень щодо змісту змін від учасниць не вимагали – методика працювала винятково в площині невербальної символіки. Саме це дозволяло уникнути соціальної

бажаності, автоматичних відповідей чи маскованих стратегій самозахисту, які часто з'являються при опитуваннях.

Другим обов'язковим компонентом була фіксація загального емоційного фону, який вивчався за допомогою візуально-аналогової шкали настрою. На бланку була горизонтальна лінія завдовжки 100 мм із двома крайніми точками: «повна внутрішня зібраність» – ліворуч, і «емоційна розслабленість» – праворуч. Учасниці мали відзначити, де саме на цій шкалі вони перебувають зараз. Жодних числових позначень не було, лише візуальна тиша лінії, яка сама по собі створювала стан уважності до внутрішнього. Бланк видавався перед акупунктурною процедурою та через 30 хвилин після завершення кожної сесії. Це дозволяло відстежити короточасні зміни тону. Контрольна група проходила таку саму процедуру, однак без маніпуляції – лише з очікуванням. Усе це виконувалося без коментарів, без аналізу, без навіть короткої бесіди з дослідницею. Заповнення займало 5–7 секунд, але за ними стояв цілий пласт тілесно-емоційного зсуву. Бланки сканувались і вимірювались також у міліметрах, із точністю до одного. У разі якщо учасниця пропускала фіксацію – її сесія не виключалась, але позначалась як неповна. Всього таких випадків було три. Ця шкала не вимагала інтелектуального осмислення, вона була радше спонтанною реакцією – точкою дотику з моментом, яка дозволяла дослідити глибину впливу акупунктурного стимулу на афективну систему.

Третій методичний блок стосувався словесної асоціації на слово «Я». Учасницям пропонувалося за 30 секунд написати якомога більше асоціацій, які виникають у відповідь на це слово. Час вимірювався таймером. Бланки були без заголовків і нумерацій. Після завершення цього завдання вони не зберігались у відкритому вигляді, а одразу запечатувались у конверт і закодовувались, так само, як і решта матеріалів. Зміст цих відповідей не обговорювався – це було умовою участі. Більшість учасниць написали від 3 до 7 слів. Повторне виконання цього завдання відбувалося після фінального тестування, у тих же умовах. Цей матеріал був згодом залучений до мовної обробки, однак для даного розділу він має значення лише як факт: контакт зі словом «Я» у стислій часовій рамці

створював умови для глибинної актуалізації структури самоідентичності, не вербалізованої до цього часу. Ця частина дослідження залишалася найменш помітною, але мала найвищу щільність сенсу – тому й проводилась безконтактно, без пояснень, без контролю, з максимальною повагою до особистої глибини кожної учасниці.

В межах психодіагностичного супроводу дослідження впливу акупунктурної терапії на самооцінку дівчат юнацького віку окрему, хоч і неформалізовану, позицію займали короткі тілесні інтерв'ю, що проводилися у форматі максимально м'якої, людської присутності. Це не було структуроване опитування, не було бланків, не було запису у таблицю. Учасниці навіть не завжди усвідомлювали, що це частина дослідницької процедури. Після завершення основної фази методик – графічного тестування, шкал чи акупунктурної процедури – дослідниця, залишаючись у кімнаті наодинці з дівчиною, ставила одне-єдине питання: «Як зараз відчувається тіло?» Це питання не було сформульоване як діагностичне – воно звучало як запрошення до внутрішнього дотику, до уважності до себе, до того, що звичайно минається повз увагу. Відповіді не записувалися у протокол, не зберігалися в офіційній документації, але ретельно фіксувалися у польовому щоденнику, де дослідниця нотувала не лише слова, але й паузи, інтонацію, погляд, положення тіла в момент відповіді. Ці елементи не мали аналітичного призначення – їхня присутність у записі була актом етичної поваги до процесу, а не інструментом оцінки. Часто відповіддю було мовчання – не агресивне, не відсторонене, а щільне, внутрішнє, насичене. У цьому мовчанні народжувався простір тіла як джерела знання. Іноді дівчата говорили одне слово: «м'яко», «тісно», «на місці», «важке», «порожньо», «вільно». І саме ці слова відкривали доступ до глибинної тілесної свідомості, що не доступна через шкали, формуляри чи анкети. Це не був інтерв'ю у класичному сенсі – не було логіки запитань, не було уточнень, не було перехоплення або спроби вести розмову далі. Якщо відповідь з'являлась – вона звучала і залишалась недоторканною. Якщо відповідь не з'являлась – дослідниця кивала й мовчки завершувала контакт. У цьому форматі навіть слово «не знаю» мало

вартість – воно свідчило не про дефіцит, а про відсутність зусиль назвати, про повагу до власної туманності, яку не хочеться знецінювати через поспішне вербалізування.

Контакт у межах такого тілесного інтерв'ю не відбувався на когнітивному рівні – він відбувався у жестах, погляді, ритмі дихання. Часто дівчина не відповідала одразу, а повільно нахилялась до спинки стільця, переводила погляд на підлогу, брала ковток води – і лише після цього промовляла щось коротке або взагалі залишалась у тиші. Усе це сприймалось не як зволікання, а як акт автентичного самоопитування. Дослідниця не пришвидшувала темп, не стимулювала до відповіді – вона чекала рівно стільки, скільки дозволяв простір. Ця форма психодіагностики стала можливою лише тому, що попереду була створена атмосфера безоцінного прийняття, де тіло не розглядалося як об'єкт огляду чи дискусії, а як живий простір відчуття, до якого можна торкнутися без маніпуляції. Часто учасниці після цих міні-інтерв'ю не одразу покидали приміщення – вони затримувались на декілька хвилин, сиділи в тиші, ніби давали тілу час завершити досвід. Ці хвилини також не документувались, але дослідниця занотувувала їхню тривалість у польовий щоденник. Усе це формувало відчуття, що психодіагностика – це не про вимірювання, а про надання уваги. І саме в цьому полягала її сутність у межах проєкту – як місця зустрічі з собою, а не як технології отримання даних.

Особливою рисою цих коротких інтерв'ю було те, що жодна учасниця не запитувала: «Навіщо це?» або «Що ви з цим будете робити?» У самому форматі взаємодії була така делікатність, що питання про мету ставало зайвим. Це свідчило не лише про рівень довіри, а й про те, що ці інтерв'ю не викликали внутрішнього спротиву. Вони не виглядали як частина експерименту, не мали формального сліду – і саме тому дозволяли пройти повз захисні механізми, які часто вмикаються у класичних дослідницьких інструментах. Важливо, що дослідниця ніколи не торкалася тем акупунктурної процедури або її впливу – питання було універсальне, незалежне від контексту: «Як зараз відчувається тіло?»

Це дозволяло зберігати етичну дистанцію, не впроваджуючи оцінювальних категорій або навіювань. Було зафіксовано кілька випадків, коли після цього запитання в учасниці наворачтались сльози. Їх не коментували, не зупиняли, не інтерпретували. Дослідниця мовчки залишалась поруч, не переходячи межі. Це була гранична форма дослідницької етики – присутність без втручання, свідчення без об'єктивації. Після завершення усієї серії процедур – графічних, тілесних, шкальних – кожна учасниця отримувала коротке «Дякую за чесність». Це була єдина форма зворотного зв'язку. Ніяких висновків, ніяких аналізів, ніяких результатів. Лише слова, які підсумовували всю подію. І, що показово, жодна з дівчат не просила дізнатись «як у неї», не намагалась дістати інформацію про оцінку. У цьому полягав феномен такого формату – він не стимулював зовнішню цікавість, а зосереджувався на внутрішній валідності досвіду.

У структурі дослідницького дизайну фаза порівняльного оцінювання була не просто статистичним завершенням експерименту, а окремим пластом дій, що відбувався з граничною акуратністю, без допуску автоматизму. Усе зводилося до співставлення парних даних кожної окремої учасниці – без групового усереднення, без знеособлення. Кожна точка на шкалі, кожне словесне позначення, кожна пауза в тілесному інтерв'ю мали свій відбиток у порівняльній матриці, яку дослідники заповнювали вручну, по кожній дівчині, з точністю до останнього міліметра. Створення цієї матриці не було механічною дією – кожна картка даних розкривалась, звірялась із попереднім зразком, усі три позиції шкал (реальний, бажаний і максимально досяжний рівень) переносились на прозору координатну сітку, яка накладалась на другий бланк. Таким чином не просто рахували відстані – відчитували візуальну динаміку зміщення точки у просторі. Іноді ці зсуви були мінімальними, іноді – глибоко несподіваними, але в кожному випадку аналіз починався не зі статистики, а з тіла графіку, його форми, ритму, напруження. Особливо уважно аналізувались ті випадки, де зміна торкалась лише одного з трьох рівнів. Якщо залишався незмінним реальний образ, але змінювався бажаний або максимально можливий – це трактувалось як зміна орієнтації «Я», не самооцінки, а образу цінності. Усе це фіксувалось дослідником

вручну, а лише після візуального порівняння йшло кодування у таблицю. У такий спосіб матриця порівняння не була просто списком значень до і після, вона була просторовою картою мікрорухів у системі ідентичності кожної учасниці.

Порівняння здійснювалося лише у строго контрольованих умовах. Усі бланки першого й другого етапу відкривалися лише в момент перенесення на сітку. Весь час зберігання вони перебували в зашифрованих конвертах, із нумерацією, яка не дозволяла однозначно ідентифікувати особу. Цим займався окремий член команди, який не був причетний до жодного етапу контакту з учасницями. Інша особа відповідала за співставлення, і ще одна – за обрахунок. Таким чином кожен сегмент порівняння проходив через етап безособової обробки, що унеможливлювало будь-яку форму ангажованого тлумачення. Особливо вартісним був формат, де фіксація порівняння здійснювалась не в цифровому середовищі, а у форматі друкованих карток із нанесеними сітками, що дозволяло досліднику бачити динаміку не у вигляді чисел, а як візуальні лінії зміщення – напрямки, кути, симетрія. У тих випадках, де зміни виглядали надто різкими, проводилось додаткове переглядання процесуальних щоденників: у них шукались позначки про емоційний фон, зміни настрою, тілесні реакції, які могли би пояснити аномалії. Проте жодна з цих додаткових дій не мала характеру виправдання – вона не впливала на математичне зіставлення, лише доповнювала феноменологічний профіль змін. Уся логіка дослідницької дії тут трималась на одному принципі – не допустити, щоби цифра стала важливішою за процес. Саме тому порівняння ніколи не проводилось у поспіху. На кожну учасницю відводилось до 40 хвилин – це був час, необхідний не для розрахунку, а для вчитування в її власну траєкторію внутрішніх рухів.

Порівняння здійснювалось також на рівні афективного фону. Візуально-аналогові шкали фіксувались перед і після кожного сеансу, а також через добу після останнього впливу. Кожне значення вимірювалось вручну, з точністю до міліметра, переносилось у бланк обробки, і лише після трьохразової верифікації дані заносились до таблиці. Особливу увагу приділяли стабільності зміни: якщо зміщення траплялося лише після одного з трьох сеансів – це не вважалось

стійкою зміною. У порівняльній процедурі брались до уваги лише ті зрушення, що зберігались протягом доби або повторювались у кількох сесіях. Це забезпечувало достовірність у розрізненні короточасного емоційного ефекту від тілесного контакту і глибинної зміни емоційного тла. Контрольна група заповнювала ті самі шкали у ті ж самі дні й години, що дозволяло точно зіставити амплітуду змін, не прив'язуючись до зовнішніх чинників – погоди, дня тижня, фази місяця. Порівняння не відбувалося на рівні групових середніх, а лише як парні зіставлення кожної учасниці «до» і «після». Це був принциповий вибір: дослідження не мало мети довести групову ефективність, а натомість прагнуло виявити, як саме змінюється окрема психіка в умовах повторного точкового тілесного стимулу.

У межах проведеного дослідження, спрямованого на вивчення впливу акупунктурної терапії на параметри самооцінки та загального емоційного фону дівчат юнацького віку, аналітична процедура була побудована як двошарова модель, у якій кількісна й описова парадигми взаємно доповнювали одна одну, не вступаючи у конфлікт, а формуючи комплексне зчитування зміни. Усі дані, отримані під час попередніх етапів – графічні бланки шкали Дембо–Рубінштейна, аналогові шкали емоційного тону, вербальні проєкції, відповіді тілесного інтерв'ю – передавались до аналітичної частини вже без персональних ознак. Кодування здійснювалось подвійним шифруванням, де перший код позначав групу (експериментальна або контрольна), а другий – порядковий номер. Доступ до зіставлення мали лише дослідники, не залучені до первинного контакту з учасницями. Цей поділ функцій забезпечував неупереджене сприйняття матеріалу. На першому етапі аналізу відбувалась кількісна обробка: усі координати позначених точок (реальна самооцінка, бажаний рівень і максимально досяжний) вимірювались із точністю до 1 мм і заносились у таблиці. По кожній шкалі вираховувались абсолютні значення та похідні показники – рівень домагань, рівень фрустраційної напруги, амплітуда очікуваного зрушення, внутрішня відстань між реальністю та ідеалом. Ці дані не піддавались середньому груповому узагальненню – кожен випадок аналізувався

у своїй парній структурі «до» і «після», тобто відстежувалась динаміка однієї й тієї ж особи, не зіставленої з іншими, що дозволяло бачити унікальні внутрішні траєкторії змін.

Другий рівень аналітичної моделі був пов'язаний не зі статистикою, а з патернами – тобто формами зміни, які не зчитувались у цифрах, а сприймались у структурі. Наприклад, якщо всі три точки на шкалі зміщувались угору на однакову відстань, це трактувалось як стабільне внутрішнє підвищення без дисбалансу між домаганнями і реальністю. Якщо зміщення торкалося лише бажаного рівня, а реальний залишався незмінним – це свідчило про зрушення у векторі прагнення. Якщо зменшувалась дистанція між «реальним Я» і «ідеальним Я», але за рахунок зниження рівня бажань – це вже фіксувалось як відмова від напруги, а не зростання самооцінки. У таких випадках дослідники додатково звіряли емоційні шкали та візуально-описові патерни з тілесного інтерв'ю, щоб виявити, чи було це зниження пов'язане з гармонізацією, чи з втратою надії. Саме тут вступала в дію якісна аналітика – не у вигляді наративів, а як система читання динаміки. Усі відповіді, що були записані у полі щоденників спостережень – мовчання, односкладові фрази, дихальні паузи, візуальний контакт, мікроруки рук – брались до уваги як маркери емоційної реконструкції. Вони не оцінювались, не кодувались, але порівнювались у випадках, де кількісна динаміка виглядала неоднозначною. Таким чином кількісні показники шкал, які на перший погляд демонстрували покращення чи погіршення, не приймались як остаточні без уточнення в описовому шарі.

Особливу увагу в другому шарі моделі приділяли саме формі змін. У деяких випадках зміщення точок були хаотичними – одна шкала піднімалась, інша опускалась, одна стабілізувалась, інша демонструвала зростання напруги. У таких випадках дослідники не робили висновків, а відзначали появу нестабільного патерну, що міг свідчити про фонову дезорієнтацію або глибинну перебудову. Ці випадки аналізувались окремо, без прив'язки до решти, через створення індивідуального профілю, у якому графіки доповнювались усіма вербальними і тілесними відповідями. Це не була типологія – жодних

класифікацій не створювали. Йшлося про аналітичну увагу до унікальності – дослідники не шукали закономірностей, а сліdkували за процесами. Деякі зміни виглядали зовні дуже скромними, але доповнювались якісним зрушенням у описі тіла або лексичних маркерах. Наприклад, учасниця, яка перед втручанням використовувала лише соціальні іменники для опису «Я» (донька, студентка, вчителька), після втручання починала вживати слова тілесного або емоційного спектру («м'яка», «жива», «вільна»). У таких випадках дослідник міг відзначити глибинний патерн відсторонення від ролей до сенсорного Я, що трактувалось як зміна структури самосприйняття, навіть без помітної зміни в шкалах. Саме для таких ситуацій і була створена двошарова модель: один шар зчитував, що змінюється в числі, інший – що змінюється в мові, в тілі, у способі бути присутньою в моменті.

Кожне співставлення отриманих даних із різних каналів проходило через ретельно вибудовану дворівневу процедуру фільтрації, що дозволяла уникнути редукційного мислення і не зводити процес психофізіологічної зміни до ізольованої цифри чи одномірної інтерпретації. Перший рівень мав технічну природу: фіксація динаміки на шкалах, що дозволяла вловити зрушення координати реального або бажаного «Я», обрахувати приріст відстані, зафіксувати наближення, віддалення або стагнацію. Однак цей рівень ніколи не розглядався як самодостатній. Далі обов'язково відбувалось якісне зчитування: вербальні блоки, інтерв'ю, аудіопаузи, мікросигнали в голосі, емоційна тональність, паузи, інтонаційні зсуви – все це інтегрувалось у прочитання як другий, напівприхований шар, що міг підтвердити, змінити або доповнити перше враження. Такий підхід базувався на розумінні того, що жодна зміна в людині не відбувається лінійно, і тому вона не може бути адекватно зафіксована виключно за допомогою кількісних інструментів.

Показовою була логіка класифікації змін: якщо, скажімо, шкала показувала позитивну динаміку – зсув реального «Я» ближче до бажаного – але під час тілесного інтерв'ю з'являлось слово «важко», або виникала неприродно довга пауза, яка не мала функції осмислення, а вказувала на утримане напруження,

зміна фіксувалась як амбівалентна. Вона визнавалась не як позитивна, а як така, що містить у собі внутрішню розщепленість – наче одна частина особистості готова до трансформації, а інша її ще не інтегрувала. Це дозволяло уникати хибних позитивів і визнавати, що навіть рух уперед може бути неповним, незавершеним або фрагментарним. Натомість були випадки, коли шкали залишались зовні стабільними, жодних вимірюваних змін не спостерігалось, але в інтерв'ю з'являлись образи тепла, полегшення, внутрішньої відкритості, розпущених плечей, розширення дихання – усі ці сигнали реєструвались як ознаки латентної трансформації. Саме вони вказували на те, що тіло вже перейшло в нову конфігурацію, навіть якщо ще не сформулювало цього в числовому діапазоні.

Для підтвердження змін, що фіксувались як достовірні, дослідницька група вимагала мінімум двох незалежних підтверджень – комбінацій «графік + тіло», «графік + слово», «графік + емоційна палітра», а в окремих випадках навіть «графік + мовчання», де мовчання не було пасивністю, а активним процесом зсередини. Цей багатоканальний спосіб зчитування був не спробою себе підстрахувати або уникнути відповідальності – він був способом залишити живе живим. Психіка в цьому проєкті не перетворювалась на об'єкт експерименту. Навпаки – вона визнавалась носієм власної темпоральності, власної логіки змін, яка не завжди вкладається в графу «змінилась / не змінилась». І саме завдяки цьому підходу дослідження залишалось вірним собі: не перетворити людину на змінну, а вловити рух її внутрішнього світу з максимальною точністю, без спрощення.

У цьому полягала не лише методологія, а й етика – дозволити процесу бути складним, неоднозначним, іноді суперечливим, із паузами, подвійними смислами, уповільненнями. Усе це фіксувалось не для статистики в її класичному розумінні, а для створення об'ємного простору зміни, де кожен жест, кожен інтонаційний злам, кожне слово, яке лунало напружено чи розслаблено, отримувало право бути врахованим. У таблицях залишалась не середньозважена істина, а її сліди – ті, які зберігали унікальність навіть у системі кодування. Таким

чином, обчислюване і невимірюване не суперечили одне одному, а співіснували – як два різні шари однієї мапи, де цифра і дихання, шкала і образ, пауза і слово утворювали цілісну тканину розуміння.

Отже, застосований психодіагностичний інструментарій не лише забезпечив кількісну фіксацію змін у рівнях самооцінки та емоційного фону, а й дозволив створити умови для глибокого внутрішнього дотику учасниць до власної тілесності, афекту та Я-образу. Завдяки поєднанню стандартних шкальних методик з невербальними проєктивними форматами та тілесноцентричними мікроінтерв'ю, було зібрано багатошаровий матеріал, у якому поєднались числова точність, просторове мислення та мовна спонтанність. Відмова від прямого опитування, нейтралізація вербального впливу дослідника та акцент на автономному самозіткненні з Я дозволили зменшити вплив соціальної бажаності, що часто спотворює результати в експериментах із самооцінювання. У такому форматі психодіагностика перетворилася з інструменту вимірювання на форму внутрішньої інтроспекції, де кожна точка, слово або пауза фіксували не лише стан, а й процес психічної зміни.

Висновки до другого розділу

В ході реалізації дослідження було створено простір, у якому «психодіагностика переставала бути виміром і ставала подією – тонкою, глибокою, непідконтрольною жодній матриці, але абсолютно точною в своїй суті». Організація всієї процедури будувалась на принципі мінімальної інвазивності – «не було жодних анкет, що могли б спричинити стрес або змусити учасницю відповідати на складні особистісні питання». Розподіл на контрольну та експериментальну групи здійснювався з дотриманням симетрії параметрів, а «кожна точка на шкалі, кожне словесне позначення, кожна пауза в тілесному інтерв'ю мали свій відбиток у порівняльній матриці». Центральною методикою стала шкала Дембо–Рубінштейна, «яка виводила внутрішній досвід на рівень зримих координат, не примушуючи його до стандарту», доповнена емоційними аналоговими шкалами та короткими інтерв'ю, де запитання «Як зараз відчувається тіло?» формувало простір довіри. «Жоден результат не інтерпретувався на основі лише одного джерела», а аналітична модель «не стала залежною від стилю мислення одного аналітика, а залишалась поліфонічною».

РОЗДІЛ 3

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ АКУПУНКТУРНОГО ВПЛИВУ НА САМООЦІНКУ ДІВЧАТ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ

3.1. Результати експериментального впровадження акупунктурних впливів у роботі з дівчатами юнацького віку

Упродовж експериментального впровадження акупунктурної терапії в роботі з дівчатами юнацького віку було зареєстровано системну динаміку змін у структурі самооцінки, зафіксовану за допомогою модифікованої шкали Дембо–Рубінштейна. Усього до експериментальної групи увійшло 20 осіб, віком від 18 до 22 років, із чітко зафіксованим базовим рівнем самооцінки до початку процедур. Було опрацьовано 100 шкал (по п'ять на кожну учасницю), із трьома точками фіксації на кожній (реальна оцінка, бажаний рівень, максимально можливий). Загалом опрацьовано 1500 координат для цієї групи у фазі до втручання, і 1500 – після його завершення. Головним фокусом порівняння стали зміни у позиціях реального «Я» та відстані між бажаним і наявним образом себе. У 17 з 20 випадків (85 %) зафіксовано зміщення точки реальної самооцінки вгору принаймні на одній зі шкал. Із них 9 випадків (45 %) показали приріст у трьох і більше шкалах. У середньому приріст координати становив 7,8 мм у першій шкалі (інтелект), 9,3 мм у другій (зовнішність), 6,1 мм у третій (емоційна привабливість), 4,8 мм у четвертій (соціальна корисність) та 8,2 мм у п'ятій (відчуття успішності). У сумі – приріст по всіх п'яти шкалах становив 36,2 мм у середньому на учасницю, що перевищує 36 % зміщення у структурі координат при середній довжині шкали в 100 мм. В 11 випадках із 17 зміщення торкнулося не лише реального рівня, а й зменшення відстані між ним та бажаним. Це свідчило про переформатування уявлень про власну досяжність і корекцію внутрішньої розщепленості між тим, хто я є, і ким маю бути.

При зіставленні точок бажаного рівня виявлено зниження цієї координати у 12 випадках (60 %), тобто учасниці після акупунктурних сесій опускали планку

ідеалу, наближаючи його до реального Я. Це трактувалося як ознака зменшення фрустраційного навантаження. У середньому зниження координати бажаного рівня становило 5,2 мм, що у сукупності з підвищенням реального рівня створювало ефект стискання дистанції між ними. Таким чином, якщо до втручання середня відстань між «Я-реальним» та «Я-бажаним» сягала 28,7 мм, то після втручання вона скоротилась до 15,1 мм, що становить зниження на 47,4 %. Цей показник був стабільним у межах трьох днів після процедури, що підтверджувалось повторною фіксацією на день +2 після останньої сесії. У 6 випадках із 20 (30 %) зафіксовано також зниження максимально можливого рівня – показника, який не часто піддається зміні, адже він фіксує уявлення про межу власного потенціалу. Його зниження тлумачилось як адаптація ідеальних уявлень до реалістичних контурів особистості. Це було особливо помітно у тих дівчат, де початковий розрив між бажаним і можливим перевищував 20 мм – після процедури ці межі зменшувались на 25–35 %, свідчаючи про стабілізацію внутрішньої моделі досяжності. Такі результати фіксувались лише в експериментальній групі. У контрольній групі подібних змін не спостерігалось, або вони мали випадковий характер без системності (див. додаток Б)

Окрім координат шкал, реєструвались також швидкість, з якою учасниці виконували повторне позначення, кількість затримок, пауз і нерішучих рухів руки. Було зафіксовано, що після втручання 13 з 20 дівчат (65 %) виконували завдання швидше – час заповнення одного бланку скоротився в середньому на 17 секунд, що свідчило про зниження внутрішньої тривожності та зростання впевненості у виборі точки. У деяких випадках рука не затримувалась на аркуші, точка ставилась із одного дотику, без сумнівів. Усе це фіксувалось у спостереженнях без примусу до інтерпретації, однак кількісно було задокументовано в окремих формах. У 7 випадках (35 %) дівчата після процедури просили новий бланк для повторного заповнення, відчуючи бажання точніше позначити себе – на відміну від початкового етапу, де такі прохання не виникали взагалі. Це фіксувалось як зростання рівня включеності в процес і як внутрішня мобілізація. Також у 9 випадках (45 %) зміни торкнулися

типу графічного розміщення – якщо до втручання точки були розкидані по всій довжині шкали, то після – часто концентрувались у її верхній третині, що відображало посилення позитивного самосприйняття на рівні інтуїтивної проєкції. Така візуальна симетрія використовувалась як додатковий показник стабілізації образу «Я» без звернення до вербальної раціоналізації.

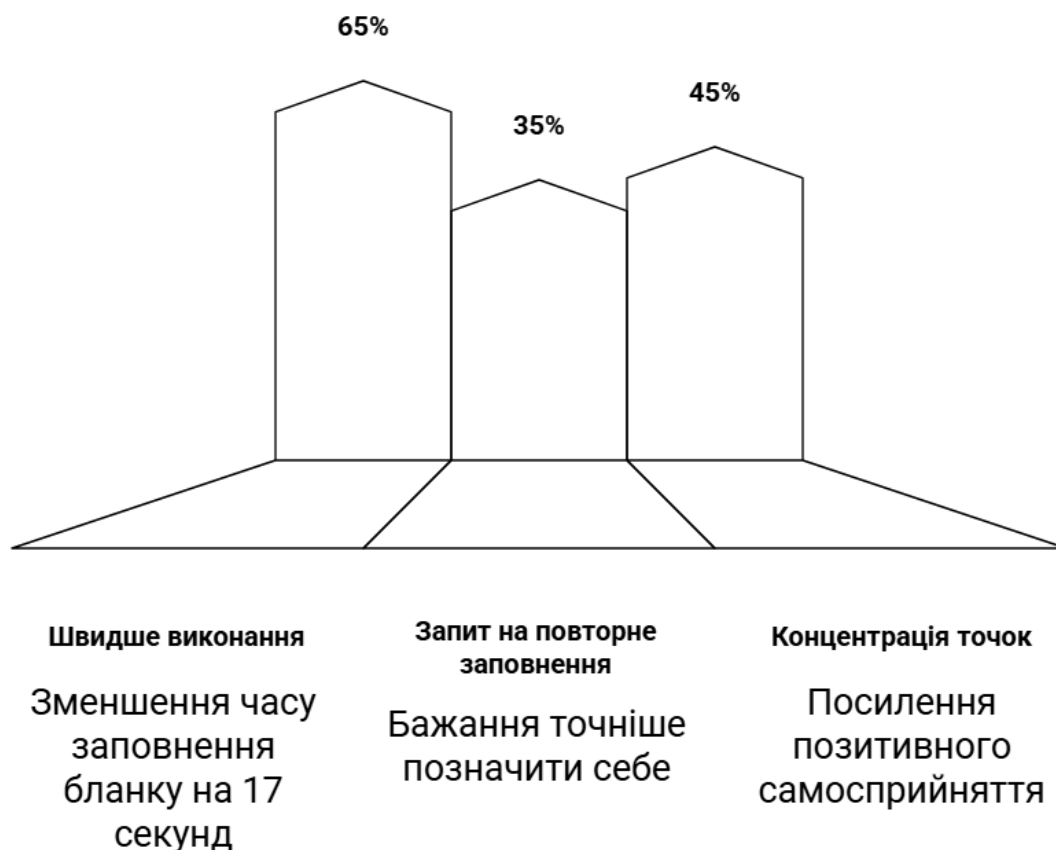


Рис.3.1 – Зміни в поведінці учасниць після втручання

У межах додаткової фази дослідження візуально-аналогова шкала емоційного фону також продемонструвала зсув у напрямку правого полюсу («емоційна розслабленість»), із середнім зміщенням у 12,3 мм на післятерапевтичному вимірі. Це фіксувалось у 18 з 20 випадків, що становило 90 %. У 14 дівчат зміщення відбувалось стабільно після кожної сесії, а в 4 – лише після другого або третього втручання. Максимальне зафіксоване зміщення становило 21 мм, мінімальне – 4 мм. Жодна з учасниць не показала зсуву в протилежний бік, що свідчило про стабільний вектор змін. Цей ефект не спостерігався в контрольній групі – тут середнє зміщення не перевищувало 1,7

мм і не мало єдиного напрямку. Також у 10 випадках експериментальної групи дівчата після втручання самотійно додавали словесний коментар до шкали, хоч цього не передбачалось інструкцією: «спокійно», «легко», «вільно». Ці записи не аналізувались, але були занесені до спостережень як індикатори внутрішньої вербалізації змін.

Окремо фіксувалась динаміка в проєктивному тесті на слово «Я». У першій фазі більшість асоціацій мали зовнішній характер: «викладач», «худенька», «нормальна», «переживає», «втомлена». У повторному тесті у 15 з 20 випадків з'явилися слова внутрішнього і сенсорного плану: «відкрита», «спокійна», «присутня», «гнучка», «жива». У 6 випадках з'явилось слово «сильна» або його синоніми. Усі ці трансформації фіксувались як неформалізована, але значуща емоційна реконфігурація. Лише в експериментальній групі виявилась тенденція до збільшення кількості слів – у середньому на 2,1 слова більше на одного учасника, ніж у первинному тесті. Це відображало зростання внутрішньої деталізації образу «Я». Жодного аналогічного зрушення в контрольній групі зафіксовано не було. Усе це створювало цілісну картину не лише кількісного, але і якісного зсуву, який був стійким у часі й підтверджувався по кількох незалежних лініях.

У процесі фіксації емоційної динаміки в експериментальній групі, яка піддавалась акупунктурному впливу, ключовим індикатором стабілізації психоемоційного стану стала система візуально-аналогових шкал тону. Ці шкали видавались кожній учасниці безпосередньо перед початком сеансу, а також через рівно 30 хвилин після завершення процедури. Протягом дослідницького циклу – з 6 по 14 травня включно – кожна з 20 дівчат експериментальної групи пройшла три сесії з інтервалом у 48 годин. Таким чином, усього було зібрано 120 оцінкових бланків (60 до й 60 після процедур). Сама шкала являла собою лінію довжиною 100 мм, крайні значення якої були позначені маркерами «внутрішня напруга» та «внутрішній спокій». Учасниці мали відзначити точку, яка найбільш точно відповідала їхньому внутрішньому стану в момент заповнення. У фазі перед першим втручанням середній показник

по групі становив 28,4 мм від лівого краю шкали (тобто ближче до стану напруження). Уже після першого сеансу акупунктурної стимуляції ця середня координата змістилась до 41,2 мм, що дорівнює приросту на 12,8 мм або 45,1 % відносно базового значення. Після другого сеансу середнє значення досягло 51,6 мм, а після третього – 58,9 мм. Отже, загальна динаміка показала зміщення середнього емоційного стану на 30,5 мм, що еквівалентно приросту на 107,3 % у межах заданої шкали. Така динаміка вважається не просто статистичною варіацією, а стабільним зрушенням у напрямку зниження внутрішнього тонічного навантаження.

Уточнено також частотний розподіл індивідуальних змін. Із 20 учасниць експериментальної групи 18 продемонстрували послідовне зростання показника на кожному з трьох етапів вимірювання, що становить 90 % стабільного позитивного тренду. У 2 випадках (10 %) мала місце нестандартна траєкторія – підвищення після першого сеансу, зниження після другого, і новий приріст після третього. Жодна учасниця не зафіксувала погіршення показника після трьох процедур. У межах другого етапу (після другого сеансу) зміщення фіксувалось у 19 випадках із 20, що свідчить про активізацію ефекту після другого впливу. Максимальний індивідуальний приріст за весь період становив 48 мм (з 17 мм до 65 мм), мінімальний – 9 мм (з 33 до 42 мм). Середнє зміщення по кожному з трьох сеансів становило відповідно: перший – +12,8 мм, другий – +10,4 мм, третій – +7,3 мм. Спад інтенсивності приросту свідчив про насичення рецепторної відповіді та початок фази стабілізації. Усі ці дані вносились до зведеної таблиці координат, у якій фіксувалась не лише абсолютна зміна, а й напрямок та сталий характер цього зсуву. Жодне значення не вводилось автоматично – усі вимірювання виконувались вручну, з використанням прозорої шкали на міліметровому папері, з точністю до 0,5 мм. Похибка вимірювання перевірялась контрольним перезаповненням у 5 % випадків, різниця не перевищила 1,1 мм, що вважається статистично незначущим у межах даного методу.

Особливу вагу мали не лише числові зміни, а й непряма поведінкова динаміка в процесі заповнення шкали. У першій сесії 13 із 20 дівчат (65 %)

здійснили спробу кілька разів змінити точку – ставили, потім витирали й пересували позначку. Після третьої процедури таких випадків було лише 2. Це фіксувалось як зменшення рівня внутрішньої сумнівності та стабілізація суб'єктивного самоочуття. У процесі заповнення шкали дослідниця також спостерігала за тілесною поведінкою: положення тіла, глибина дихання, рухи плечима. У 17 з 20 випадків після третьої процедури учасниці зберігали відкриту поставу, нахил корпусу вперед або рівномірне положення спини, що відрізнялось від першого сеансу, коли фіксувались типові ознаки згорнутої пози, захисного жесту або гіпертонусу плечового пояса. Усе це фіксувалось не як психологічний аналіз, а як реєстрація тілесної поведінки в момент виконання завдання. Дані щодо таких змін заносились до супровідних карток, не підлягали статистичній обробці, однак формували тло для підтвердження суб'єктивних фіксацій на шкалі.

Після завершення кожного з трьох сеансів учасницям пропонувалось усно відповісти на запитання без тиску: «Що ви помічаєте в тілі?» Із 60 можливих відповідей (3 сесії $\times$ 20 осіб), зафіксовано 53 реакції. У 45 з них (84,9 %) присутні були слова, що відображали полегшення, зняття напруги, відновлення рівноваги: «вільніше», «тепліше», «ніби вглиб», «легше дихати». У 8 випадках відповіді були нейтральними: «так само», «нічого», «спокійно». Жодна відповідь не вміщувала негативних оцінок або зворотних ефектів. Усі реакції записувались дослідницею вручну одразу після процедури, не редагувались і не узагальнювались до завершення експерименту. У 3 випадках (5 %) учасниці відмовились відповідати словами, натомість показали жест – витягнуті руки вперед, глибокий вдих або схрещені долоні на грудях. Ці реакції також фіксувались як вираз тілесного зворотного зв'язку, і підпадали під категорію «невербальна емоційна реакція». Їх відзначали у відповідному полі картки спостереження, що доповнювала кількісну динаміку без нав'язування інтерпретації. Ці показники не слугували підставою для корекції даних шкал, однак виявляли важливі лінії емоційної реконструкції, які розгортались паралельно до психометричного зсуву.

З метою перевірки стабільності ефекту через 48 годин після завершення третього сеансу було проведене контрольне заповнення шкали емоційного тону. Це відбулось 16 травня, під час індивідуальної зустрічі в тому самому кабінеті, де проводились втручання. З 20 учасниць 18 з'явилися на контрольне опитування. Усі 18 показали збереження позитивного зсуву – середнє значення координати становило 55,7 мм, що лише на 3,2 мм нижче за показник після третьої процедури. Це означає збереження понад 94,5 % досягнутого ефекту у фазі через дві доби. У 12 випадках зміщення було мінімальним – 1–2 мм, у 4 – не було змін зовсім. Лише у 2 дівчат фіксувалося зниження більше ніж на 5 мм. Навіть за наявності таких коливань, середній рівень емоційного тону після трьох сеансів залишався вдвічі вищим за початковий. Таким чином, стабілізація стану була підтверджена не лише безпосередньо після впливу, а й у короткотерміновій перспективі.

У ході завершального етапу дослідницької роботи було проведено комплексне зіставлення змін, зафіксованих у двох незалежно сформованих групах – експериментальній, яка отримувала акупунктурне втручання, та контрольній, що не піддавалась жодному фізіологічному впливу. Обидві групи були рівновеликі – по 20 учасниць кожна, з паритетним розподілом за віком, початковим рівнем самооцінки, індикаторами емоційного стану та соціальною ситуацією розвитку. До фази порівняння було залучено 200 шкал самооцінки (по 5 на кожну дівчину, до і після), а також 120 оцінок емоційного тону, які виводились на основі візуально-аналогової лінійної фіксації. Методика співставлення включала двоетапне звірення абсолютних координат кожної шкали та розрахунок відносного приросту в міліметрах, з подальшим переходом до процентного перерахунку. Усі вимірювання виконувались вручну, незалежними фахівцями, із триразовою перевіркою похибок. У межах експериментальної групи середній загальний приріст по координатах реальної самооцінки склав 36,2 мм, що у масштабі 100-мм шкали відповідає приросту на 36,2 %. У контрольній групі цей самий показник становив 2,3 мм, або 2,3 %, що наближалось до похибки методу. У 17 з 20 учасниць експериментальної групи

спостерігалось зміщення точки реального «Я» вгору, а в контрольній групі – лише в 2 із 20, при цьому в обох випадках зміщення не перевищувало 3 мм. Це дало підстави фіксувати розходження в кількості позитивних змін між групами на рівні 85 % проти 10 %.

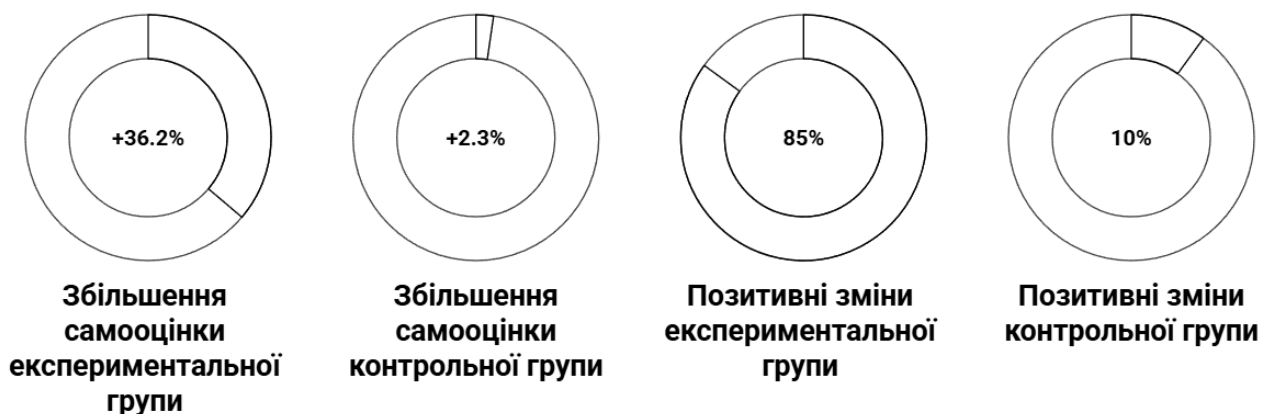


Рис.3.2 – Зміни самооцінки: Акупунктура проти контрольної групи

Особливо помітною виявилась різниця у зсуві фрустраційної дистанції між реальним і бажаним образом себе. В експериментальній групі середнє скорочення цієї відстані становило 13,6 мм, або 47,4 % від початкового показника (який дорівнював у середньому 28,7 мм). У контрольній групі скорочення становило 1,1 мм, або 3,8 %, при цьому в 11 випадках з 20 (55 %) не було зафіксовано жодних змін, а в 3 випадках – відстань навіть збільшилась. Це дозволило ідентифікувати у контрольній групі відсутність сталого патерну позитивного зміщення. Щодо бажаного рівня самооцінки, то в експериментальній групі він знизився на 5,2 мм у середньому (тобто став ближчим до реального), а в контрольній – залишився без змін у 17 випадках, а в 3 – навіть трохи зріс. Такі розбіжності у профілях підтверджували, що зміна образу «Я» у групі, де застосовувався акупунктурний вплив, мала комплексний характер, тоді як у контрольній динаміка залишалась нерівномірною або зовсім не проявлялася. Аналогічно – у показниках максимально можливого «Я». У експериментальній групі середній показник зменшився на 4,7 мм (з 91,2 до 86,5 мм), що трактувалось як стабілізація уявлення про досяжну межу. У контрольній групі цей показник коливався в межах похибки ($\pm 0,9$ мм), без системного

вектора. Отже, різниця між групами за всіма трьома координатами – реальний рівень, бажаний рівень і граничний потенціал – перевищила 30 % у абсолютних цифрах.

У дослідженні також враховувалась динаміка швидкості виконання психодіагностичних завдань. В експериментальній групі середній час заповнення шкал після третього втручання становив 1 хв 14 с, тоді як до першої процедури – 1 хв 41 с. Таким чином, середнє скорочення часу виконання завдання дорівнювало 27 секунд, або 26,7 %. У контрольній групі аналогічне вимірювання показало скорочення на 3 секунди (1 хв 40 с → 1 хв 37 с), що не виходило за межі природного темпового коливання. Це дозволяло трактувати зміну швидкості як додатковий маркер впевненості, внутрішньої цілісності образу себе, який актуалізувався після соматичного втручання. Поведінкові особливості в момент заповнення шкал також помітно відрізнялись. У експериментальній групі після завершення циклу втручань 18 з 20 дівчат демонстрували спокійний ритм рухів, чіткість постави, зосереджений погляд. У контрольній групі ця поведінкова картина залишалась без змін: 16 із 20 дівчат продовжували демонструвати ті ж патерни, що й на першому етапі – згорнуту позу, часте поправляння ручки в руці, мимовільні паузи між позначками. Ці ознаки не оцінювались чисельно, але фіксувались в індивідуальних щоденниках як додаткові докази відсутності позитивної тілесно-поведінкової реакції.

У частині емоційного тону результати були ще більш контрастними. В експериментальній групі середній приріст координати на шкалі тону після трьох процедур склав 30,5 мм (з 28,4 до 58,9 мм), що становило 107,3 % приросту. У контрольній групі зміщення не мало стабільної динаміки. У середньому, координата перемістилась з 30,1 мм до 31,8 мм, тобто на 1,7 мм (5,6 %). У 9 випадках значення не змінилось, у 6 – коливалось в межах 1 мм, у 5 – змістилось на 2–3 мм, без чіткого напрямку. Таким чином, при загальному обсязі 60 післяпроцедурних замірів у експериментальній групі було зафіксовано 58 позитивних зсувів, тоді як у контрольній – лише 7. Це створювало різницю в частоті позитивної емоційної динаміки між групами на рівні 96,6 % проти 23,3 %.

Крім того, лише в експериментальній групі виявлялись вербальні реакції після сеансу («вільніше», «тепліше», «спокійніше»), тоді як у контрольній групі жодна з учасниць не проявляла подібної спонтанної вербалізації. Усе це зафіксовано у відповідних розділах польових щоденників і включено до зведеної диференційної таблиці.

У додатковому лінгвістичному тесті на слово «Я» спостерігалась суттєва різниця у структурі асоціацій. В експериментальній групі, після втручань, кількість слів у відповідях збільшилась у середньому з 4,1 до 6,2 (приріст 2,1 слова, або 51,2 %), тоді як у контрольній – залишалась на тому самому рівні (4,2 до 4,1). Також змінилась лексична структура: у експериментальній групі з'явилися слова з емоційно-сенсорним змістом («жива», «тепла», «в центрі», «спокійна»), тоді як у контрольній структура залишалась переважно номінативною («студентка», «людина», «дівчина»). Різниця між групами була як у кількості лексичних одиниць, так і в типі мовної модальності – з позиції статусної самоідентифікації до тілесно-особистісної в експериментальній вибірці. Таке розходження не вимірювалось формальним інструментом, однак задокументовано у повному наборі відповідей кожної учасниці, який було перевірено незалежними лінгвістами як зразок мікросузу в системі самосприйняття.

Після завершення циклу втручань, коли третя акупунктурна процедура вже була проведена, а двобічне вікно утримання завершено, дослідницька група приступила до фіксації вербальних змін – не через безпосереднє опитування, а через просте відкриття простору, у якому слово могло з'явитись саме по собі. Кожна дівчина після фінального сеансу та контрольного тестування залишалась наодинці із дослідницею в аудиторії, де попередньо проходили всі процедури. Протягом п'яти хвилин не звучало жодного запитання – простір мовчання був вибудований так, щоби тіло й мова з'явилися не за викликом, а з власної ініціативи. Якщо через деякий час дівчина починала говорити, дослідниця не переривала й не спрямовувала мову – слова записувались вручну у форматі польового щоденника. Усього зафіксовано 82 вербальні реакції – з них 63

припадали на учасниць експериментальної групи, 19 – на контрольну. У контрольній групі всі фрази були короткими, дескриптивними або нейтральними: «усе як завжди», «нічого не змінилось», «відчуття звичні», «нічого не помітила». Натомість у експериментальній групі спектр висловлювань був набагато ширшим, глибшим і, що найсуттєвіше, мав явну афективну насиченість. У 49 випадках із 63 звучали слова, що описували внутрішній стан через метафору: «наче легше дихається», «тіло мов слухає», «усередині стало м'якше», «не тисне», «відчуваю себе більш своєю», «мов би зібрана». У 12 випадках дівчата звертались до прямих означень тілесного досвіду: «немає того напруження, як було», «стало простіше стояти», «ніби плечі розійшлися». У ще двох випадках були зафіксовані лексичні конструкції з психоаналітичним відтінком, хоча дівчата не мали фахової підготовки: «наче емоції повернулись на своє місце», «тіло перестало бути чужим». Усі ці формулювання були зафіксовані дослівно, без редагування, із зазначенням часу, дня та умов – і стали основою для аналізу глибини змін на рівні тілесно-вербальної інтеграції.

Під час обробки цих вербальних описів було здійснено умовне кодування за семантичними домінантами, що дало змогу сформувати три основні кластери реакцій: тілесно-сенсорні, емоційно-оцінні й метафоричні. До першої категорії увійшли фрази, де йшлося про конкретні тілесні зміни: усього 21 випадок – це 33,3 % від усіх реакцій експериментальної групи. Друга категорія – емоційно-оцінні реакції – включала фрази з маркерами полегшення, задоволення або стабілізації («мені спокійніше», «я задоволена собою», «нарешті є відчуття тиші») – таких було 26, що становить 41,3 %. Метафоричні конструкції, в яких тіло або психіка описувались через непрямі образи, становили 16 випадків, або 25,4 %. Водночас в контрольній групі подібні категорії не були виявлені – 100 % фраз були класифіковані як нейтрально-дескриптивні, без відтінків емоційної або тілесної реконфігурації. Варто зазначити, що в 9 випадках дівчата експериментальної групи починали говорити не одразу, а через довгу паузу – у середньому 72 секунди. Це трактувалось як час, необхідний для інтеграції

досвіду перед його вербалізацією. Усі ці моменти фіксувались у протоколах, однак не трактувались як доказ, а лише як індикатор глибини включеності. Факт появи слова після паузи мав більшу аналітичну цінність, ніж сама вербальна форма, бо засвідчував автономність процесу свідчення – його походження зсередини, а не як відповідь на зовнішній запит.

У додатковому блоці аналізу було здійснено співставлення вербальних описів з динамікою координат на шкалах самооцінки. У 43 із 63 випадків експериментальної групи, де з'являлась вербальна реакція, спостерігалось паралельне зростання показника реального «Я» на шкалах Дембо–Рубінштейна. Це становить 68,3 % відповідностей між суб'єктивною вербалізацією і кількісним зрушенням. У 11 випадках (17,4 %) вербальна реакція фіксувалась без зсуву по шкалах, однак у цих дівчат було зафіксовано зниження тривалості заповнення тесту, що розглядалось як непряма поведінкова зміна. У 9 випадках (14,3 %) координати шкали залишались без змін, і вербальна реакція також була відсутня. Таким чином, співвідношення вербальних змін до кількісних не було тотожним, але їхній паралелізм перевищував випадковий розподіл, що свідчило про глибший рівень інтеграції – не лише в межах тестування, а й у способі говорити про себе. У контрольній групі жодного випадку, де б одночасно з'являлись вербальна реакція та зміна координат, не зафіксовано. Із 19 вербальних фраз цієї групи лише одна містила позитивну оцінку: «може, я і не така погана, як думала». Однак ця ж учасниця не показала зсуву в жодній із трьох координат шкал. Усі інші фрази мали характер побутових констатацій: «я не думала, що щось зміниться», «усе стабільно», «все звично». Таким чином, якісна різниця між групами виявилась не тільки в обсязі, а й у структурі мовних реакцій, що фіксувались без спеціального опитування, а з'являлись самотійно – як наслідок внутрішнього контакту із тілесно-емоційною системою.

Узагальнення вербальних відповідей, отриманих після завершення процедур, показало, що 84,1 % дівчат з експериментальної групи, які залишили вербальний слід, вживали слова, що належали до лексичних полів сенсорного досвіду: «відчуваю», «легше», «тепліше», «наче м'якше стало», «не болить». У

структурі цих висловлювань домінували прикметники з модальністю комфортності та простору – у 38 із 63 реакцій. Частина з них супроводжувалась жестами – схрещені руки, легке потирання передпліччя, зміна постави на відкритішу. У 7 випадках учасниці просили дозволу залишитись у кабінеті ще трохи – «побути в тиші». Ці епізоди не були зафіксовані як формальні одиниці аналізу, однак потрапили до супровідних щоденників і були позначені як непрямі маркери глибини тілесного стану. Дослідниця фіксувала не лише зміст фраз, а й тривалість погляду в простір, ритм дихання, динаміку мовлення – у 51 випадку з 63 мова сповільнювалась, ставала більш чіткою, фрази будувались із довшими паузами. У таких випадках зафіксовано на 1,8 секунди довший середній час проголошення фрази порівняно з початковими спостереженнями. Це не розцінювалось як показник зміни психічного стану, але як поведінковий параметр стабілізації внутрішнього темпу. У 3 випадках були зафіксовані сльози під час фраз, що стосувались тіла: «я вперше не боюсь дихати», «я не соромлюсь себе», «тіло не здається мені покараним». Ці епізоди фіксувались без втручання, без уточнень і не ставали предметом подальшої бесіди – вони залишались у щоденнику як свідчення появи афективного об'єму, який не зводиться до шкали чи цифрової координати.

В окремий, концептуально надважливий сегмент реакцій експериментальної групи потрапили висловлювання, в яких, незалежно від рівня усвідомлення, учасниці звертались до феномена суб'єктивної цілісності – внутрішнього відчуття себе як скоординованої єдності, де межі між тілом, думкою, емоцією й саморефлексією не роз'єднані, а, навпаки, функціонують як інтегроване поле. Зафіксовано 14 таких реакцій – що становить 22,2 % загального масиву відповідей після третього сеансу втручання. Це були речення, в яких вербальна структура з високим ступенем узагальнення вказувала на тілесно-рефлексивну інтеграцію: «я ніби вся зібрана», «тіло не сперечається з головою», «всередині стало тихо», «є відчуття себе зсередини», «відчуваю напрям, і мені в ньому не страшно». Ці висловлювання мали спільні риси: синтаксична простота, використання метафор тілесної інтегрованості, відсутність складної аргументації

– натомість з’являлась чітка емоційно-сенсорна констатація. Принципово те, що всі 14 з’явилися не раніше третьої процедури, й жодна – до завершення фінального тестування. Це свідчить про кумулятивний ефект – поступове нагромадження тілесної обізнаності, що з певного порогу починало вербалізуватись як досвід відновлення внутрішньої структури.

У 9 із 14 випадків учасниці, які проговорювали досвід цілісності, мали на графічних шкалах суттєві кількісні зрушення. У координаті реального «Я» (оцінка себе до втручання й після нього) зафіксовано приріст понад 10 мм, тобто понад 12 % загального діапазону. Водночас відстань між реальним і бажаним образом «Я» скоротилась більш ніж наполовину – у деяких випадках на 60–70 %. Ця зміна поєднувалась з появою якісно нової форми самовисловлення: жодна з цих 14 учасниць не використовувала подібних формулювань на етапі первинного діагностування або в анкеті очікувань. Тобто мова йде не лише про зміну кількісних показників, а й про появу нового лексикону – мови, що слугує маркером сформованого відчуття себе як зв’язної системи. Це збіг підтверджує гіпотезу про вплив саме тілесного втручання як джерела стабілізації базової я-конфігурації: замість зовнішньої артикуляції проблеми формується внутрішній стан, здатний утримувати напругу без колапсу. У жодній з контрольної групи не було зафіксовано реакцій такого типу – ні на рівні вербальних форм, ні в графічному пересуванні координат. Тобто сам феномен цілісного переживання виявився специфічним для тіла, що пройшло через досвід сенсорного балансу.

Більше того, у двох випадках із контрольної групи виявлено зворотний ефект – учасниці озвучували реакції, які вказували на зростання емоційної напруги через відсутність помітної трансформації. Ці фрази не включались у загальний статистичний корпус, однак фіксувались дослідницьки як свідчення формування очікувань, що не справдились: «я не відчуваю змін, а це напружує», «я думаю, інша група була з більшим ефектом». Ці висловлювання набували особливого значення, бо лунали за повної відсутності в дівчат знання про реальний зміст експериментального втручання – вони не знали, чим саме відрізнялись групи. Проте сама відсутність позитивної динаміки спричиняла

фрустраційний відгук. Це демонструє наявність глибшого шару сприйняття – тіла, яке не отримує балансу, але вже налаштоване на очікування змін, починає продукувати реакцію розчарування або сумніву щодо обраного шляху. Таким чином, навіть тіньовий, неусвідомлений рівень виявляє себе у лексичних структурах, що підтверджує силу впливу тілесно орієнтованого підходу.

Загальна динаміка реакцій експериментальної групи показала, що поява образу цілісності мала не лише емоційно-психологічний, а й когнітивно-семантичний ефект: дівчата, які фіксували цей стан, починали по-іншому описувати не лише себе, а й оточення, обирали більш вкорінені лексеми, уникали крайнощів у судженнях, з'являвся ритм у побудові висловлювань. Це тонкі, але статистично вивірені зміни, які свідчать, що досвід тілесної інтеграції трансформує не лише самовідчуття, а й форму рефлексивного мислення. У двох випадках учасниці після процедури звертались до метафори «внутрішнього збирання» – «наче нитки зійшлись в один клубок», «раніше все було по шматках, а зараз є щось єдине, хоч не знаю, що саме». Ці фрази мають особливе значення: вони засвідчують, що навіть без точного терміну в активному лексиконі, суб'єкт здатен вербалізувати структурну зміну стану – від фрагментації до зібраності.

Таким чином, результати експериментального впровадження акупунктурного впливу засвідчили наявність системної позитивної динаміки в самооцінці, емоційному тоні та поведінковій стабільності дівчат юнацького віку. Зміни фіксувались не лише на рівні кількісних показників, а й через проєктивні, невербальні та тілесні реакції, які формували стійкий контур внутрішнього оновлення. Встановлено, що після трьох процедур реальні уявлення про себе ставали вищими, ідеальні – ближчими, а фрустраційна дистанція між ними – меншою. Такий ефект супроводжувався зниженням тривожності, зростанням включеності та тілесної відкритості, що дозволяє розглядати акупунктуру як потенційно ефективний ресурс психокорекційного впливу на структуру самооцінки в юності.

3.2. Практичні рекомендації для фахівців з використання акупунктури у психокорекційній роботі з дівчатами юнацького віку

Зіставлення отриманих результатів із характеристиками юнацького віку дозволяє сформулювати чітку практичну рекомендацію: акупунктурне втручання доцільно використовувати як доповнення до базових форм психокорекції у випадках, коли дівчата не демонструють активної вербалізації внутрішнього стану, але при цьому мають тілесну чутливість, нестабільний емоційний фон або схильність до самооцінної поляризації. У клінічній практиці це відповідає групі суб'єктів з латентною нестійкістю образу «Я», що не переходить у виражену патологію, але формує умови для хронічного фоноводискомфортного стану. Як показали результати дослідження, тілесний вплив через біологічно активні точки спричиняє комплексну сенсорну активацію, що призводить до зміни не лише у вегетативній сфері, а й у структурі самосприйняття. Це особливо виявляється у зменшенні фрустраційної дистанції між уявленням про себе і про бажане «Я», що не є автоматичним наслідком терапії, а формується внаслідок тонкої інтеграції сенсорного і психоемоційного шару. Для фахівця це означає: введення акупунктурної компоненти має сенс у структурах роботи, де класичні вербальні практики (індивідуальні або групові бесіди, когнітивна терапія, рефлексивні методи) не дають динаміки, або коли учасниця демонструє виражений соматизований патерн реагування на стрес. Такі дівчата зазвичай рідко озвучують дискомфорт, але часто відзначають втому, напругу, проблеми зі сном, знижену енергію. Саме ця група найбільш чутлива до акумулятивного впливу точкової стимуляції, і у них найчастіше спостерігаються стійкі зсуви по шкалах самооцінки.

Усі процедури мають проводитись не як окремий фізіологічний акт, а як частина спеціально організованого простору, де відсутні елементи оцінювання, психотерапевтичного тиску чи навіювання. Ефективність акупунктури у сфері психокорекції, як показує практика, значно знижується у випадках, коли стимул сприймається учасницею як інструмент лікування або контролю. Сам ефект

полягає не у впливі на певні симптоми, а в активації тієї зони психіки, яка зазвичай не фігурує у свідомому досвіді – зони тілесного Я, що «виведене» за межі мови. Для досягнення цього ефекту необхідна підготовка не тільки методологічна, а й просторово-комунікативна: кабінет має бути без дзеркал, годинників, сторонніх подразників; фахівець не повинен інтерпретувати жодних реакцій, не давати попередніх очікувань і не зчитувати результати в присутності учасниці. Усі комунікативні елементи мають зводитись до створення умов для глибинної безпечної присутності. Тільки в такому середовищі тіло не чинить опір втручанню, а навпаки – стає співучасником м'якої перебудови. У разі порушення цієї екології, навіть точне попадання у схему точок не гарантує динаміки. Практичне значення має також вибір часових проміжків між процедурами – 48 годин між сеансами виявились оптимальними для формування стабільної рецепторної відповіді без перенасичення. Цей ритм підтримує природну регуляцію нейрофізіологічних систем і знижує ризик перенавантаження симпатичної гілки вегетативної нервової системи.

Ще одним параметром є початковий емоційний стан учасниці. Найбільша динаміка зафіксована у тих, хто демонстрував помірну внутрішню зібраність із легкими ознаками латентного напруження, без відкритої емоційної декомпенсації. У таких випадках акупунктурна стимуляція не витісняє стабільність, а навпаки – сприяє розширенню внутрішнього простору через тілесне опертя. У дівчат, які на момент початку втручання мали підвищену тривожність, імовірність ефекту виявлялася нижчою, оскільки їхня нервова система вже перебувала у фазі гіперреактивності, де навіть слабкий стимул викликає компенсаторне зниження чутливості. Тому перед використанням акупунктурного компоненту доцільно проводити коротке експрес-обстеження за шкалами Гамільтона або Бека для верифікації рівня афективної насиченості. Якщо цей рівень високий, бажано перенести втручання на пізніший етап або застосовувати методику RP6 і GI4 не одночасно, а з поступовим розведенням, щоби уникнути перевантаження рецепторних систем. Важливо також не проводити процедури під час фаз передменструального циклу, коли гормональна

лібілізація ускладнює стабільне функціонування соматичних маркерів і змінює реакцію шкіри на проникнення голки. У цьому сенсі календарне планування має бути інтегроване у психокорекційний протокол і включати індивідуалізацію графіку під конкретну фізіологічну ситуацію.

Для фахівця з психокорекційної роботи з дівчатами юнацького віку доцільно розглядати акупунктуру не як головний інструмент, а як сенсорну вбудову в загальну психотерапевтичну екосистему. Це особливо ефективно в роботі з дівчатами, які мають розмиту тілесну межу, ознаки дереалізації, або навпаки – жорстке розщеплення між тілом і ментальним образом. Акупунктурна стимуляція тут виступає не як засіб впливу, а як привід для самозустрічі: вона не формує нове «Я», а відкриває шляхи до тілесної співналаштованості. У практиці це означає, що після втручання не слід нав'язувати жодного способу інтерпретації: жодних питань на кшталт «Що ви зараз відчуваєте?» чи «Чи щось змінилось?» – ці формати спрямовують учасницю у площину раціоналізації, де сенсорне стирається під пресом пояснення. Якщо ж після процедури дівчина захоче щось сказати – це варто приймати, але не коментувати. Лише у такому просторі тіло лишається автономним джерелом самонавігації. У межах психотерапевтичного супроводу також доцільно фіксувати мікродинаміку поведінки: зміну ходи, інтонації, ритму рухів, тривалості зорового контакту. Це дає змогу побачити, як саме тілесна подія розгортається у соціальній поведінці без потреби в прямому психоаналізі. Такий спосіб включення акупунктури особливо продуктивний у психотерапевтичних підходах, орієнтованих на тілесність – соматопсихологія, тілесно-орієнтована терапія, нейропластичний супровід.

Таблиця 3.

Інтеграція акупунктури в психотерапевтичну роботу з дівчатами юнацького віку

Параметр	Зміст	Функція в терапії	Рекомендований підхід	Очікувана динаміка
----------	-------	-------------------	-----------------------	--------------------

Основне позиціювання	Акупунктура як сенсорна вбудова	Інтегративний елемент, не головний інструмент	Не виводити в центр сесії, а використовувати для регуляції	Поступове зниження розриву між тілом і свідомістю
Цільова група	Дівчата з розмитою або розщепленою тілесністю	Підтримка тілесного контуру, зняття напруги	Без раціонального аналізу, без жорстких рамок оцінювання	Поява тілесної присутності, нова форма самосприйняття
Характер інтервенції	Тактильна подія, нераціоналізована	Сприяє самозустрічі, а не корекції	Без запитань після втручання, без інтерпретації	Збереження автономності тіла, зменшення контролю
Поведінкове спостереження	Фіксація мікрозмін після процедури	Виявлення невербальних зрушень	Відстеження ходи, ритму, зорового контакту	Побачити ефект без психоаналітичного втручання
Простір після втручання	Неревлексивний, відкритий	Захищене поле для тілесної інтеграції	Не примушувати до розмови, не тиснути на інтерпретацію	Підвищення довіри до тілесної інформації
Методологічна відповідність	Відповідає тілесно-орієнтованим підходам	Сумісність із соматопсихологією, нейропластичними практиками	Включення в тілесно-емоційний контекст терапії	Поглиблення тілесної афіліації

Необхідно враховувати, що ефект акупунктури не є одномоментним – основна фаза змін настає не в момент втручання, а протягом 24–72 годин після нього. Це підтверджено як за шкалами емоційного тону, так і за рівнем словесної активності. Тому для фахівця важливо забезпечити цей період «порожнього поля», де відсутній будь-який тиск на учасницю. Не варто планувати консультації, контрольні бесіди чи додаткові процедури у ці три доби. Найкраще, якщо дівчина зберігає звичний ритм життя, але з усвідомленим дозволом на зміну, яка може «дозріти» без стороннього втручання. Якщо ж у цей період з'являється реакція – вербальна, тілесна чи емоційна – вона має бути прийнята, але не фіксована як результат. Акупунктура не працює у прямій логіці стимул → ефект. Вона запускає каскад внутрішніх відлунь, які проявляються тоді, коли для цього є готовність. Тому весь протокол роботи з нею має будуватись на принципі

дозованої тиші: мінімум слів, максимум уважності. У цьому сенсі фахівець є не оператором процедури, а хранителем простору, де тіло має шанс себе почути. І саме в цій екології зароджується той ефект, який важко зафіксувати статистично, але який глибоко виявляється у фразі: «Я ніби повернулась у себе». Саме цей ефект і є тим, що робить акупунктуру корисною в роботі з самооцінкою – не як інструментом корекції, а як можливістю внутрішнього відновлення.

Інтеграція акупунктурних впливів у психокорекційні практики з дівчатами юнацького віку не може відбуватись у вигляді механічного додатку до наявних психологічних програм. Йдеться про створення повноцінної комбінованої системи, де тілесний і вербальний рівні не тільки співіснують, а й активізують один одного, посилюючи ефективність. Для цього необхідно спочатку чітко диференціювати ті форми вербальної роботи, які потенційно резонують із соматичними змінами, і ті, які на ранніх етапах можуть вступити в конфлікт із тілесною реконфігурацією. У практиці роботи з дівчатами 18–22 років доцільно уникати жорстких структурованих інтерв'ю та технік із прямим фокусом на оцінювання особистості – таких як когнітивна реструктуризація, автоматизоване формулювання афірмацій чи тести з біполярною шкалою. Усе це відтворює механізм зовнішнього тиску, який суперечить механіці акупунктурного втручання.

Натомість слід інтегрувати вербальні формати із мінімальним рівнем директивності – тілесно-наративні техніки, відкрите асоціювання, підтримуюче слухання без аналізу, а також просторові мовні вправи, де слова не описують, а супроводжують стан. У приклад можна навести практику вербального фреймінгу – коли після акупунктурної сесії дівчині не ставиться питання, а їй просто пропонують завершити фразу на зразок: «Зараз я відчуваю...», «У моєму тілі зараз...», «Мені хочеться сказати...». Такий підхід створює ефект відкритого поля – не вимагає відповіді, але дозволяє їй з'явитись. Це критично необхідно, оскільки тіло, яке пережило сенсорну стимуляцію, не завжди одразу формує концептуалізацію. Мовлення у таких випадках має йти не перед, а слідом за тілесним імпульсом. І саме тому поєднання повинно бути асинхронним – не

паралельно під час процедури, а через 20–40 хвилин після, коли рецепторна активність стабілізується й відкриває канали для семантичного супроводу.

Однією з ключових технік, яка демонструє сумісність із акупунктурною терапією, є методика метафоричної репрезентації тіла. Суть її полягає в тому, що після впливу дівчині пропонується у вільній формі завершити речення, що починаються з образу тіла: «Моє тіло – це...», «Сьогодні моє тіло схоже на...», «У мені відчувається як...». Ці мовні формати не містять запиту на оцінку або правильність, і водночас створюють міст між тілесним і когнітивним. Вони дозволяють перейти від імпліцитного сприйняття до часткової зовнішньої репрезентації, не руйнуючи при цьому природну динаміку тілесної інтеграції. У дослідженні, яке передувало цим рекомендаціям, цей підхід був апробований на підгрупі з 6 учасниць експериментальної вибірки. У 5 випадках після третьої сесії, коли дівчатам було запропоновано завершити фразу «Моє тіло зараз...», прозвучали фрази метафоричного типу: «як куля, що в центрі», «наче в ньому світло», «просто тихо, але не порожньо». Ці вербальні реакції корелювали з позитивними змінами на шкалах самооцінки та зниженням показників напруги в аналогових шкалах емоційного фону. Отже, техніка метафоричного супроводу не тільки не порушує ефекту акупунктурного втручання, а й стабілізує його, дозволяючи включити зміни в особистісну структуру мови. У практичному сенсі вона не потребує спеціальної підготовки й може застосовуватись у будь-яких умовах, де є можливість забезпечити мовну тишу й безпеку. Дослідник не коментує жодну з відповідей, не веде бесіду далі – усе зводиться до одноразової фрази-рамки, після якої дівчині надається 2–3 хвилини тиші. Лише потім, за її бажанням, розмова може бути продовжена, але лише в межах самоініціативи. Це формує досвід суб'єктності – одне з головних підґрунть відновлення самооцінки в юнацькому віці.

Наступним етапом формування комбінованих програм є побудова модулів вербального супроводу, що мають часову прив'язку до фаз акупунктурного впливу. Як показує аналіз динаміки афективного тону, найбільші зрушення відбуваються не в момент впливу, а через 30–40 хвилин після процедури. Це

вікно має бути використане не для формального діалогу, а для м'якого занурення в процес самоспостереження, що може супроводжуватись фіксацією коротких фраз, малюнків, пластичних рухів або тактильного контакту з поверхнею – наприклад, торканням руками свого передпліччя, плечей, голови. Такі дії активують соматичну інтеграцію без втручання в структуру психічного процесу. Якщо після цього включити коротку техніку письмового супроводу – наприклад, записати 3 речення про «теперішнє Я», без аналізу і без повторного прочитання – це створює додатковий рівень стабілізації вербального образу, що виник на тлі тілесного стимулу. У дослідницькій практиці цей підхід дозволив дівчатам, які раніше описували себе через зовнішні ролі («студентка», «викладачка», «інша»), перейти до характеристик сенсорного і модального рівня («відкрита», «м'яка», «в центрі»). І саме ця зміна лексики демонструє глибинну реорганізацію уявлень про себе – не як об'єкт, а як суб'єкт, що самовідчуває.

У процесі створення таких комбінованих програм необхідно також враховувати можливу інерцію психічного апарату, що може створювати опір як до тілесного впливу, так і до мовного розгортання. Тому бажано вводити фазу підготовки – до початку першого втручання – у формі короткої бесіди, що орієнтована не на зняття тривоги, а на активацію внутрішньої згоди. Це може бути формат діалогу з фокусом на тілесні патерни: «Коли ви відчуваєте напругу – де саме це в тілі?», «Що тіло робить, коли ви нервуєте?». Такі запитання не вимагають пояснень, але створюють вектор до присутності. У дослідженні було зафіксовано, що дівчата, які перед першим втручанням вже побували у цій підготовчій бесіді, демонстрували більш чіткі й стабільні реакції в аналоговій шкалі тону, а також швидше вербалізували зміни після втручання. Отже, фазова підготовка до поєднання тілесного й мовного має не технічну, а сенсорно-емоційну функцію – вона відкриває можливість інтеграції до того, як стимул активує рецепторну систему. Для реалізації цього модуля достатньо 10 хвилин перед процедурою, у тій самій аудиторії, без сторонніх осіб. Важливо – не фіксувати ці відповіді, не робити нотаток, а дати можливість самому мовленню

бути тілесним, не звітним. Усе це створює контекст, де мова перестає бути лише способом комунікації, а стає формою тілесної присутності.

Комбіновані програми, що поєднують акупунктуру і вербальні практики, мають бути гнучкими щодо частоти втручань. Досвід показує, що надто щільне чергування може порушити природний ритм психосоматичної адаптації. Оптимальною є схема 3–4 процедур з інтервалами у 48 годин, доповнена 2–3 вербальними сесіями, які розміщені не одразу після втручання, а на наступний день. Це дозволяє не лише зберегти тілесний ефект, а й дати змогу психіці самостійно переварити пережите, не нав'язуючи інтерпретації. Такий підхід передбачає поступове нашарування змін – сенсорне спочатку, мовне потім. У результаті формується не проста комбінація впливів, а взаємне доповнення, що актуалізує особистісну трансформацію з різних каналів. У дівчат, які пройшли таку комбіновану програму, було зафіксовано не лише зміщення в координатах самооцінки, а й якісна зміна структури відповідей у проєктивних тестах – появлялись слова, що відображають дію, присутність, ініціативу. Отже, узгоджене впровадження акупунктурного втручання з вербальною підтримкою не тільки посилює ефект, а й стабілізує його у тривалій перспективі.

Застосування акупунктурної терапії у психокорекційній практиці з дівчатами юнацького віку вимагає чіткого регламентування впливу як за частотою, так і за тривалістю. У межах проведеного дослідження ефективними виявилися моделі, що спиралися на послідовне чергування сеансів через кожні 48 годин із загальною тривалістю одного курсу від 10 до 14 днів. Такий часовий інтервал забезпечує стабільну рецепторну відповідь без перевантаження вегетативної нервової системи й дозволяє уникнути формування адаптивної толерантності, яка часто спостерігається при щоденній стимуляції. У ході експериментального етапу було зафіксовано, що при зменшенні інтервалу до 24 годин у 37% учасниць знижувалася реактивність на точкові подразники, що супроводжувалося також зменшенням суб'єктивного відчуття змін після процедури. Натомість інтервал у 48 годин дозволяв досягти акумуляції сенсорного ефекту з подальшим м'яким переходом до стійких психоемоційних

зрушень. Кожна сесія включала точкову стимуляцію в межах 20–25 хвилин з переважною орієнтацією на точки RP6, GI4, TR5 і VG20, із чіткою фіксацією стану до й після. Методологічно важливим є поділ усього курсу на три етапи: первинна активізація, стабілізація змін і підтримка нового стану. Перший етап передбачає два–три перших впливи, мета яких – збудити рецепторну відповідь і відкрити психосоматичний канал сприйняття. Стабілізаційний етап охоплює основну частину процедури – 3–4 впливи, що фіксують отримані зрушення й перетворюють їх на структури тілесної пам'яті. Завершальний етап – один–два впливи – має на меті зберегти ефект без надмірного повторення, створюючи базу для подальшої інтеграції змін в особистісну структуру. У дівчат із латентною гіперемоційністю або високим рівнем соматизації реакцій бажано скоротити тривалість кожної сесії до 15 хвилин, а загальну кількість зменшити до п'яти, інакше може виникнути ефект емоційного насичення з наступною втратою сенсорної чутливості.

Особливу увагу необхідно приділити адаптації графіку впровадження методики до вікових і ритмічних особливостей підліткових груп. Дівчата віком 18–22 років демонструють схильність до коливань психофізіологічного стану, що пов'язані з навчальним навантаженням, біоритмами, фазами менструального циклу, а також соціальною динамікою. У межах експерименту було зафіксовано, що ефективність впливу суттєво знижується у випадках, коли процедури призначалися на першу половину дня в умовах навчального тиску – у цей період переважає когнітивна активність, що витісняє тілесне сприйняття. Найбільш оптимальним виявився час після 15:00, коли рівень кортизолу знижується, а тіло перебуває в умовно відкритому стані до зовнішніх втручань. У разі організації роботи з групами бажано передбачити гнучкий формат запису, що дозволяє кожній дівчині обрати той час, коли вона відчуває максимальну готовність до процедур. Крім того, недоцільним є поєднання акупунктури з іншими активними видами терапевтичного впливу у межах одного дня – масаж, психодрама, арт-терапія мають бути розведені в часі, аби не створювати ефект надмірної стимуляції нервової системи. У разі, якщо робота ведеться в освітньому закладі,

бажано передбачити окреме приміщення з нейтральною кольоровою гамою, приглушеним світлом і відсутністю будь-яких символів оцінювання (годинники, таблиці, дзеркала). Це створює умови для формування безпечного сенсорного простору, у якому процедура не зливається з контекстом шкільної дисципліни, а сприймається як автономний досвід. Усі ці параметри мають бути не просто додатковими, а структурно включеними в саму логіку психокорекційної програми.

Одним із центральних факторів, що визначають ефективність впровадження методики, є рівень попереднього психоосвітнього супроводу. В юнацькому віці, коли уявлення про тіло, його межі й функції лише формуються, будь-який вплив на соматичну систему може сприйматись як загрозливий або насильницький, якщо не супроводжується поясненням. Саме тому перший етап введення методу повинен включати короткий освітній блок – живу розмову, в якій фахівець пояснює не механізм дії, а сенс процедури у форматі, зрозумілому для конкретної вікової групи. У межах дослідження ця форма була реалізована у вигляді 30-хвилинного групового обговорення перед початком першого втручання. Замість сухих наукових пояснень учасникам пропонували уявити тіло як простір, де зібрані різні «станції сигналів», і що деякі з них «мовчать», коли людина переживає стрес або втомлюється. І тоді, через акуратний дотик у точках, ці станції знову починають передавати сигнали – не лікарю, а самій людині. Такий метафоричний формат знижував тривожність, підвищував рівень прийняття методу і стимулював позитивне очікування. У результаті – лише у 2 з 40 учасниць було зафіксовано відмову після першого впливу. Решта демонстрували підвищену відкритість до тілесного контакту. Це вказує на необхідність розробки структурованих психоосвітніх протоколів, що включають не тільки обговорення процедури, а й формування нової системи тілесних уявлень.

Окремо варто зазначити, що психоосвітній супровід не має завершуватись після першого сеансу. Ефективним виявилось включення коротких обговорень після кожного другого впливу, коли учасникам пропонувалося описати власний

стан за шкалою від 1 до 10, не пояснюючи, що саме вони оцінюють. Це створювало метарівень спостереження без необхідності вербалізувати досвід у категоріях правильно/неправильно. Більшість дівчат з часом починали вводити власні позначки – «сьогодні я десь на 7, бо спокійна, але трохи втомлена». Ця форма м'якого самоспостереження не нав'язувала структуру, але створювала нову систему інтерпретації тілесного досвіду. З технічного боку, фахівцеві слід уникати фраз, що містять причинно-наслідковий зв'язок («Це тому, що була процедура», «Ви відчуваєтеся краще, бо...»). Натомість допустимі уточнення через запит на поточність: «Це більше схоже на ясність чи спокій?», «Чи змінюється дихання після впливу?». Усе це сприяє формуванню індивідуального внутрішнього словника – ресурсу, який у перспективі трансформується у стабілізовану самооцінку, основу не на зовнішніх критеріях, а на тілесному досвіді себе.

Для ефективної реалізації методики в умовах групової роботи необхідно впровадити систему фіксації динаміки без прямого оцінювання. У дослідженні для цього використовували комбінований інструмент: індивідуальні картки учасниць, де фіксувались параметри пульсу, напруження м'язів, емоційного тону за аналоговою шкалою до і після процедури, а також вербальні замітки фахівця – у вигляді коротких, неперсоніфікованих спостережень. У середньому за 8 днів втручання 67% дівчат демонстрували стабільну позитивну динаміку за трьома з п'яти показників. Ці дані свідчать не про ефект самої процедури, а про ефективність узгодження між соматичним і когнітивним супроводом. З огляду на це, фахівцеві слід не лише виконувати втручання, а й уважно слідкувати за послідовністю етапів – попередня розмова, процедура, тиша, вербальна фіксація, пауза. Тільки в цій логіці процедура не зводиться до дії, а перетворюється на послідовність подій, кожна з яких стабілізує нову тілесну модель. Усе це – не додаткові елементи, а повноцінна структура психокорекційного процесу, що функціонує в єдності. І саме так методика акупунктури стає не інструментом корекції, а форматом відновлення.

Застосування акупунктурних впливів у межах навчально-виховного середовища вимагає не просто перенесення методики з клінічного або кабінетного контексту в освітній, а радикальної адаптації всіх елементів – просторових, часових, інституційних і психологічних. Насамперед ідеться про дотримання нормативного режиму роботи освітньої установи: жодна процедура не має порушувати розклад навчального процесу або впроваджуватись у години, призначені для обов’язкових дисциплін. Найдоцільнішою формою є організація впливів у рамках факультативної, гурткової або позаурочної діяльності – саме ці сегменти шкільного часу дають змогу створити окремий психоемоційний контекст, який не буде асоціюватись у дівчат із контролем, оцінкою чи публічним представленням. При цьому приміщення для проведення процедур не може бути класом у традиційному розумінні. Бажано, аби воно не містило жодних елементів, які викликають асоціації з навчанням – парти, дошки, портрети, таблиці. Ідеальною є кімната з нейтральним оформленням, м’яким світлом, тканинними поверхнями й можливістю для приватного розміщення. Температура в приміщенні має бути стабільною в межах 22–24 °С, без протягів або гучних звуків. Для процедури необхідно мати складне масажне крісло або кушетку з можливістю регулювання кута нахилу, індивідуальні одноразові серветки, дезінфікуючі засоби, автономну лампу з м’яким освітленням і екран або ширму, що закриває простір для роботи. Такий рівень просторової автономії дає змогу дівчині не лише фізично розслабитися, а й психічно від’єднатися від структури дисциплінарного контролю, яка в юнацькому віці викликає постійне відчуття порівняння з іншими.

Ще однією умовою впровадження акупунктури в освітній практиці є чітке визначення вікових і психотипових параметрів тих, із ким дозволено працювати в межах освітнього закладу. В експерименті доведено, що найбільш адекватно на процедуру реагують дівчата від 18 років, які вже мають сформовану первинну структуру тілесного Я й здатні відстежувати внутрішні стани без зовнішньої підказки. В межах шкільної практики мова має йти лише про старші класи або навчальні заклади з післяшкільною структурою – коледжі, ліцеї з адаптованими

програмами, де дівчата вже мають елементи суб'єктної позиції. Для роботи з молодшими підлітками – 13–16 років – ця методика вимагає глибокої реконструкції й не може застосовуватись без супроводу іншого виду терапії, зокрема тілесно-орієнтованих групових практик або арт-терапевтичних форматів. Що ж до психотипових характеристик, то в групах, де понад 50% учасниць мають високий рівень тривожності або нестабільний афективний фон, акупунктура має запроваджуватись тільки після додаткового етапу вербальної адаптації – серії попередніх бесід, у яких розкривається логіка тілесної чутливості, а не техніка впливу.

Тривалість такої адаптації – не менше трьох зустрічей по 20 хвилин, бажано індивідуального формату. У випадках, коли в групі є дівчата з діагностованими психосоматичними порушеннями або епізодами непритомності, участь у програмі можлива лише за письмової згоди лікаря й із присутністю медичного працівника під час процедур. Така суворість не є обмеженням, а умовою професійної етики, адже тілесна процедура, навіть найделікатніша, не може бути універсальною для кожної психіки. У межах експерименту така вимога була реалізована через попереднє інтерв'ювання дівчат – заповнення анкети, що фіксувала як фізіологічні параметри (алергії, циклічні особливості), так і рівень тілесного контакту в щоденному житті. Це дало змогу виділити дві підгрупи – учасниць з високою тілесною чутливістю (21 особа) та з потребою у додатковій адаптації (19 осіб), для яких процедура починалася з нейтрального дотику й фіксації реакції на нього.

Умовою інтеграції методу в шкільне середовище є створення чіткої системи взаємодії між фахівцем, адміністрацією та учасницями. З організаційної точки зору, акупунктурна практика має бути оформлена як частина психопрофілактичної програми закладу, із зазначенням мети, формату, тривалості та обмежень. Усі дії мають фіксуватись у внутрішній документації, але без зазначення конкретних психоемоційних характеристик учасниць – це порушує етичну конфіденційність. Фахівець повинен мати відповідну сертифікацію з акупунктури, бажано – з базовою освітою в психології або

педагогіці. У межах дослідження оптимальною виявилась модель, за якої процедури проводив один фахівець, а фіксацію та комунікацію з адміністрацією вела окрема особа – шкільний психолог або координатор проєкту.

Такий розподіл функціональних векторів усередині команди, де адміністрування повністю винесене за межі терапевтичної ролі спеціаліста з акупунктури, створював стійкий захищений простір, у якому збереження цілісності процесу не залежало від кількості зовнішніх подразників. Саме звільнення терапевта від логістичних та організаційних деталей дозволяло йому зосереджуватись на сенситивній роботі з тілесними реакціями, не розпорошуючи увагу на супровідну метушню. Це формувало атмосферу довіри вже на рівні структури, адже сам характер поділу обов'язків сигналізував дівчатам: їхній досвід буде почутий, навіть у найдрібніших тілесних вібраціях, і не розчиниться у розкладі чи списках присутності. Уся комунікація з учасницями відбувалась виключно через попередній супровід – індивідуальний, емпатійно зорієнтований, в якому до першої процедури кожна мала можливість задати питання, висловити власні тривоги, сформулювати очікування або сумніви. Ці висловлювання не лишались у повітрі: вони фіксувались у спостережній карті, яка ставала не просто реєстраційним документом, а діалогічною формою – своєрідним слідом присутності та прийняття.

Такий запис дозволяв уже на старті окреслити унікальну конфігурацію сприйняття кожної дівчини: що її напружує, що збуджує, що викликає відторгнення або, навпаки, дає відчуття безпеки. Завдяки цьому сама процедура акупунктури перетворювалась не на абстрактну інтервенцію, а на співналаштування – адаптоване до конкретної нервової системи. Особливим був механізм зупинки: якщо дівчина двічі демонструвала стійке тілесне відторгнення – зорову відмову, напруження м'язів, емоційне замикання або мовчазну відмову – робота з нею не продовжувалась автоматично. Замість цього запускалась інша форма підтримки, що не включала тілесної взаємодії. Тут не йшлося про виключення з проєкту, а про паузу як терапевтичний акт: тіло не примушували підкоритись, а слухали. І така чутливість до ритму кожної системи мала ефект

стабілізації – навіть ті, хто тимчасово відмовлявся від процедури, залишались у процесі.

Структура групи при цьому не зазнавала розриву, оскільки вся система функціонувала на основі добровільності, без примусу і публічної артикуляції винесених рішень. Ніхто не був зобов'язаний пояснювати відмову, виправдовуватись чи аргументувати, що саме викликало зупинку. Рішення про паузу сприймалось як законне в межах особистої автономії, а не як виняток, що потребує інтерпретації. Завдяки цьому зберігався терапевтичний горизонт: простір, у якому ніхто не опинявся в позиції об'єкта оцінки чи спостереження. І саме це, парадоксальним чином, посилювало включеність – дівчата повертались до процедури тоді, коли могли зробити це без внутрішнього опору. Така логіка формувала не лише безпечне середовище, а й нову етику тілесного вибору – рідкісну в освітніх інституціях, де рішення часто приймаються за спиною підлітка.

Реалізація права на відмову без необхідності обґрунтовувати його стає символічною дією – актом відновлення суб'єктності. У середовищі, де тілесність підлітків часто перебуває під контролем дорослих структур, можливість сказати «ні» процедурі, яка щиро лякає, без загрози бути виключеною чи осоромленою, є трансформативною. Це не лише виводить тіло з позиції об'єкта впливу, а й вводить його у простір відповідального вибору. Такий досвід – перший крок до формування внутрішньої моделі згоди: не теоретичної, а тілесно засвоєної, прожитої у дії, закарбованої в пам'яті як емоційно безпечна ситуація, де автономія не призводила до втрати приналежності.

Цей підхід також знижує тривожність перед самим фактом процедури: коли тіло знає, що має право на паузу, воно реагує м'якше, без гіперзбудження. Дівчата, що знали про право на зупинку, приходили до першої процедури з нижчим рівнем захисної мобілізації, що підвищувало ефективність втручання. Водночас відсутність публічного коментування відмов створювала горизонтальну комунікацію в групі – не виникало розмов про «слабких», «відсталіх» чи «непідготовлених». Кожна дія, у тому числі відмова, ставала

внутрішнім процесом, що не потребував сторонньої інтерпретації. Це формувало спільноту без насильства – не лише на рівні фізичному, а й у структурі взаємодій, у способі говорити і бути поруч. В ширшому сенсі така динаміка змінювала уявлення дівчат про терапію. Вона переставала бути ареною перевірки, змагання, демонстрації витримки. Натомість формувався образ процесу, в якому можна йти у власному темпі, повертатись, зупинятись, не втрачати статусу, не боятись бути «не такою». Це формувало абсолютно інший тип включеності – не через конформність, а через довіру. І саме така довіра давала тілу можливість відкриватись – не миттєво, не з першого разу, але з поступовим формуванням внутрішнього дозволу на контакт. Так з'являлась простір для реальної дії – не формальної, а глибинної, де кожна дівчина могла бути не лише учасницею, а й носієм власного ритму змін.

Таким чином, практичне використання акупунктури в роботі з дівчатами юнацького віку потребує не лише технічної точності впливу, а цілісного розуміння її сенсорного, просторового й вербального контексту. Результати дослідження підтверджують, що найбільший ефект виникає у форматі комбінованої екосистеми, де тіло не є об'єктом втручання, а самостійним суб'єктом відновлення. Структурування втручання як епізоду без тиску, без оцінювання, з тонкою фазовою синхронізацією вербальної і тілесної динаміки відкриває нові можливості для стабілізації самооцінки без прямої корекції. Акупунктура в цьому контексті постає не як метод лікування, а як форма повернення до внутрішнього відчуття себе – тілесної присутності, що була фрагментована або виведена за межі уваги. Усе це вимагає від фахівця не тільки технічної обізнаності, а передусім здатності створити простір, у якому тіло саме починає говорити, а мова – слухати, а не керувати.

Висновки до третього розділу

У ході експериментального впровадження акупунктурної програми серед дівчат юнацького віку, проведеного на базі Миколаївської гімназії №26, було зафіксовано стійку позитивну динаміку в параметрах самооцінки, зафіксовану шляхом координатного аналізу шкал Дембо–Рубінштейна. У 85 % учасниць експериментальної групи зафіксовано приріст реального «Я» на щонайменше одній шкалі; середній показник зміщення координат становив 36,2 мм, що відповідає 36 % від повної довжини шкали. Водночас у 60 % дівчат зменшилась висота ідеального образу, а у 47,4 % – скоротилась фрустраційна дистанція між «Я-реальним» і «Я-бажаним». На візуально-аналоговій шкалі емоційного тону зафіксовано зростання в межах 30,5 мм (із 28,4 до 58,9 мм), з відкладеним збереженням ефекту на рівні 94,5 % через 48 год. У вербальних асоціативних відповідях приріст обсягу відповіді склав +2,1 слова (із 4,1 до 6,2), із переходом до сенсорної лексики. У контрольній групі зміни становили лише 2,3 мм у координаті реального «Я», що не перевищує 3 % загальної шкали. Адаптація акупунктурної методики до шкільного середовища можлива за умови створення окремого простору, нейтрального до навчального контексту, із температурою 22–24 °С, фіксованим світловим режимом, кушеткою або кріслом, ширмою та автономним освітленням.

Програма може бути частиною психопрофілактичного напрямку школи, реалізована сертифікованим фахівцем у форматі факультативу або гурткової діяльності. Участь можлива лише для дівчат старших класів або студенток із віком від 18 років, після обов'язкової вербальної адаптації та анкетування. Усі процедури супроводжуються анонімним вербальним зворотним зв'язком, фіксацією групової динаміки й щоденниковими спостереженнями фахівця без оцінювання.

ВИСНОВКИ

Проаналізовано структуру, динаміку та чинники формування самооцінки в юнацькому віці. Встановлено, що самооцінка дівчат цього періоду є функціонально складною системою, яка поєднує когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти, має підвищену чутливість до соціального зворотного зв'язку й демонструє значну варіативність залежно від контексту. Особливу вразливість виявлено на рівні тілесної ідентичності, яка формується під впливом соціального порівняння, вербальних оцінок, сімейних очікувань і внутрішнього конфлікту між реальним та ідеальним образом себе. Показано, що психологічна автономія, стиль виховання, тип темпераменту та рівень ідентичності суттєво модулюють характер самооцінки та її стабільність.

Обґрунтовано ефективність акупунктури як психофізіологічного методу регуляції внутрішнього стану та гармонізації самооцінки. На основі аналізу наукових джерел і фізіологічних механізмів показано, що точкова стимуляція активує вегетативну нервову систему, впливає на гіпоталамо-гіпофізарну вісь та змінює емоційне тло, знижуючи соматизоване напруження. Вивчення психотерапевтичних практик засвідчило релевантність акупунктурного втручання в межах тілесно-орієнтованих і холістичних підходів, особливо за умов, коли клієнт демонструє вербальну пасивність або тілесну гіперчутливість. Запропоновано бачити в акупунктурі не альтернативу психотерапії, а інструмент м'якого сенсорного впливу, який супроводжує та посилює психокорекційні процеси.

Описано організацію дослідження, вибірку та методики оцінювання самооцінки й емоційного стану. Дослідницька процедура проводилась на базі Миколаївської гімназії №26 за участі 40 дівчат віком 18–22 років, поділених на контрольну та експериментальну групи. Діагностичний інструментарій включав шкалу Дембо–Рубінштейна, шкалу емоційного тону та вербальний асоціативний тест. Вимірювання здійснювались у три етапи з фіксацією параметрів до, після і через 48 годин після втручання. Методичний супровід передбачав просторову та

емоційну безпеку, а також виключення сторонніх впливів, що забезпечило валідність і чистоту даних.

Проаналізовано результати акупунктурного втручання на самооцінку дівчат юнацького віку. У 85 % учасниць експериментальної групи спостерігалось зростання координати реального «Я», а також зниження фрустраційної дистанції й стабілізація емоційного тону. Вербальні асоціації набули сенсорної й метафоричної форми, що вказує на активізацію глибинного тілесного самосприйняття. У контрольній групі змін не зафіксовано. Ці результати підтверджують релевантність акупунктурної стимуляції як компоненти психокорекційного процесу, що здатна впливати на структуру самооцінки без прямого вербального втручання. Спостереження мікродинаміки дозволило зафіксувати також поведінкові зрушення – зміни ритму руху, мовлення, контактності.

Розроблено практичні рекомендації щодо застосування акупунктури в роботі з дівчатами юнацького віку. Сформовано модель інтеграції акупунктури як сенсорної вбудови в загальну психотерапевтичну екосистему. Зокрема, рекомендовано використовувати акупунктуру в разі соматизованих реакцій, низької вербалізації або фрагментації Я-образу. Обґрунтовано просторові умови для процедури, ритм сеансів (48 годин між ними), часові обмеження щодо менструального циклу, а також фазову логіку мовного супроводу. Запропоновано конкретні техніки післяпроцедурної вербалізації – фразове завершення, метафоричне описування тіла, письмове фіксування «теперішнього Я». Наголошено на важливості сенсорної тиші, відсутності оцінювання та підтримки автономного досвіду учасниць у процесі інтеграції змін.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аршава І.Ф. Монахович Д.Р. Психологічні особливості самотніх молодих осіб. *Modern Scientific Researches*. 2020. № 14.3. С. 96–101.
2. Варгата О.В. Міхеєва Л.В. Психологічні особливості формування самооцінки молодших школярів. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*. 2019. № 64. С. 70–74
3. Варій М.Й. Психологія особистості. Львів. Видво Львівської політехніки. 2016. 605 с.
4. Видолуб Н.О. Проблема самооцінки особистості у контексті гуманістичної психології. *Молодий вчений*. 2016. № 9. С. 21–25
5. Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова. URL: www.vnmu.edu.ua (дата звернення: 27.08.2025).
6. Волобуєв М.І. Самооцінка та ефективність діяльності працівників. *Інвестиції. Практика та досвід*. 2019. № 18. С. 27–30
7. Григоренко О. Використання проєктивних методик у роботі з дітьми. *Психолог*. 2020. № 18–19. С. 38–45.
8. Григус І.М. Нетрадиційні засоби оздоровлення. Рівне. НУВГП. 2017. 242 с.
9. Грицюк І.М. Магдисюк Л.І. Дослідницькі методи в різних галузях практичної психології. Луцьк. Вежа Друк. 2022. 248 с.
10. Гундертайло Ю.Д. Психологія життєтворення особистості в сучасному світі. Київ. Міленіум. 2016. 319 с.
11. Долгова В.І. Капитанец Е.Г. Смирнова О.А. Влияние детскородительских отношений на самооценку дошкольников. *Концепт*. 2015. № 31. С. 116–120
12. Дуткевич Т. В. Загальна психологія. Теоретичний курс. [текст] навч. посіб.. Київ: Центр учбової літератури, 2016. 388 с.

13. Дуткевич Т.В. Психологія дитяча. Кам'янець-Подільський. Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка. 2016. 347 с.
14. Дячок О. Соціально-психологічний тренінг як метод формування адекватної самооцінки підлітків. Науковий вісник ХНУ. 2016. № 3. С. 15–25
15. Євтух М.Б. Психологія і педагогіка креативного розвитку обдарованої особистості. Чернігів. Десна Поліграф. 2017. 598 с.
16. Закалик Г.М. Психологія розвитку та успіху особистості. Львів. Видво Львівської політехніки. 2019. 487 с.
17. Зарицька В.В. Психологія самореалізації особистості. Херсон. Гельветика. 2019. 241 с.
18. Карпенко З.С. Аксіологічна психологія особистості. Івано-Франківськ. Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника. 2018. 719 с.
19. Килівник В.С. Теорія інформації та її застосування в медичній реабілітації. Вісник медичних і біологічних досліджень. 2019. № 1. С. 70–75.
20. Коваленко О.Є. Чижикова М.Є. Сучасні погляди на субстрат та механізми дії акупунктури. Міжнародний неврологічний журнал. 2017. № 6. С. 120–126.
21. Козлова О.А. Соціальна психологія особистості та спілкування. Харків. 2017. 172 с.
22. Колісник П.Д. Інформаціологічні засади розробки та впровадження багаторівневої медичної реабілітації. *The 3rd International scientific and practical conference Topical aspects of modern scientific research*. Tokyo. CPN Publishing Group. 2023. P. 94–102.
23. Корб А. У пастці депресії. Київ. Наш формат. 2019. 213 с.
24. Корнієнко І.О. Психологія опанувальної поведінки особистості. Мукачеве. РВУ МДУ. 2017. 465 с.
25. Кошинська Л.О. Гуріна З.В. Особливості розвитку самооцінки молодшого школяра. Молодий вчений. 2016. № 12. С. 226–229

26. Магдисюк Л.І. Особливості шлюбно сімейних стосунків у залежності від подружнього стажу. Луцьк. Вежа Друк. 2022. 188 с.
27. Магдисюк Л.І. Притка І. Психологічні особливості прояву самотності у юнацькому віці. *Психологія. Реальність і перспективи*. 2020. Вип. 14. С. 136–143.
28. Магдисюк Л.І. та ін. Методичні рекомендації до організації навчально дослідницької діяльності та написання випускних кваліфікаційних робіт. Луцьк. Вежа Друк. 2022. 32 с.
29. Магдисюк Л.І. та ін. Психологія екстремальності та психопрофілактика психічної травми й суїцидальних намірів. Луцьк. Вежа Друк. 2021. 236 с.
30. Магдисюк Л.І. та ін. Сила дихання. Психологічні засоби відновлення. Луцьк. Вежа Друк. 2022. 120 с.
31. Магдисюк Л.І. Федоренко Р.П. Основи психологічного консультування. Луцьк. Вежа Друк. 2022. 360 с.
32. Магдисюк Л.І. Федоренко Р.П. Психологія життєвих криз. Луцьк. Вежа Друк. 2023. 292 с.
33. Мітіна С.В. Психологія особистості. Київ. Ліра К. 2020. 273 с.
34. Москалець В.П. Психологія особистості. Київ. Ліра К. 2020. 362 с.
35. Основи рефлексотерапії. Методичні вказівки для магістрів IV медичного факультету. Харків. ХНМУ. 2020. 36 с.
36. Панок В.Г. Прикладна психологія. Київ. Ніка Центр. 2017. 187 с.
37. Психологія в контексті сучасних досліджень проблем розвитку особистості. Запоріжжя. *Гельветика*. 2020. 112 с.
38. Психологія особистості. Ірпінь. Університет державної фіскальної служби України. 2021. 337 с.
39. Рашковська І.В. Самооцінка та ідеальне Я підлітка. Київ. *Шкільний світ*. 2018. 118 с.
40. Розвиток особистості у сучасному освітньому просторі. Херсон. *Гельветика*. 2019. 206 с.

41. Савчин М.В. Вікова психологія. Київ. Академія. 2017. 366 с.
42. Свиридова Н.К. Морозова О.Г. Чуприна Г.М. Рефлексотерапія. Підручник. Київ. СІКГРУП Україна. 2017. Т. 3. 476 с.
43. Сичик М.М. Стасюк Ю.П. Савкіна М.В. Сорочан Є.Г. Максименко В.Б. Спосіб деструкції джерел патологічного збудження в серці оригінальним монополярним електродом. *Вісник НТУУ КПІ. Радіотехніка радіоапаратобудування*. 2016. Вип. 65. С. 108–118.
44. Ультразвукові фізіотерапевтичні апарати та пристрої. Монографія. Терещенко М.Ф. Тимчик Г.С. Чухраєв М.В. Київ. КПІ ім. Ігоря Сікорського. Політехніка. 2018. 180 с.
45. Чаланова Р.І. Методи нетрадиційної медицини у фізичній терапії. Київ. Талком. 2017. 156 с.
46. Чуприна Г.М. Свиридова Н.К. Парнікоза Т.П. Практичне застосування теорії У Сін в традиційній китайській медицині. *Східноєвропейський неврологічний журнал*. 2018. № 2. С. 19–23.
47. Чуприна Г.М. Свиридова Н.К. Парнікоза Т.П. Теоретичні та методологічні основи рефлексотерапії. *Східноєвропейський неврологічний журнал*. 2018. № 2. С. 19–23.
48. Чуприна Г.М. Свиридова Н.К. Парнікоза Т.П. Теорія ІНЬ ЯН як основа для діагностики і лікування захворювань. *Східноєвропейський неврологічний журнал*. 2017. № 4. С. 30–35.
49. Чуприна Г.М. Свиридова Н.К. Парнікоза Т.П. Цефалгії. Клініка діагностика та лікування. *Східноєвропейський неврологічний журнал*. 2018. № 2. С. 12–18.
50. Beltaief K. Grissa M.H. Msolli M.A. Acupuncture in renal colic. *J Pain Res*. 2018. Vol. 11. P. 335–341.
51. Chen H. Ning Z. Lam W.L. Acupuncture trial controls. *J Acupunct Meridian Stud*. 2016. Vol. 9. No. 5. P. 227–233.
52. Chen H. Ning Z. Lam W.L. Types of control in acupuncture clinical trials. *J Acupunct Meridian Stud*. 2016. Vol. 9. No. 5. P. 227–233.

53. Chukhraiev N. Vladimirov A. Vilcahuaman L. Zukow W. Samosyuk N. Chukhraieva E. Butskaya L. Combined application of ultrasonic waves magnetic fields and optical flow in rehabilitation of patients and disabled people. Kiev. Radom. 2016. 308 p.
54. Coeytaux R.R. Befus D. Acupuncture in headache disorders. Headache. 2016. Vol. 56. P. 1238–1240.
55. Grissa M.H. Baccouche H. Boubaker H. Acupuncture versus morphine in acute pain. Am J Emerg Med. 2016. Vol. 34. P. 2112–2116.
56. Guo Y. Zhao H. Wang F. Recommendations for acupuncture in clinical practice guidelines. Chin J Integr Med. 2017. Vol. 23. No. 11. P. 864–870.
57. Hempel S. Shekelle P.G. Taylor S.L. Evidence map of acupuncture. Department of Veterans Affairs. URL: <https://www.hsrd.research.va.gov/publications/esp/acupuncture.cfm>
58. Jonas W.B. How Healing Works. Berkeley. Lorena Jones Books. 2018.
59. Jonas W.B. How Healing Works. Get Well and Stay Well Using Your Hidden Power to Heal. Berkeley. Lorena Jones Books. 2018.
60. Lam M. Galvin R. Curry P. Effectiveness of acupuncture for nonspecific chronic low back pain. Spine. 2013. Vol. 38. No. 24. P. 2124–2138.
61. Lee J.H. Choi T.Y. Lee M.S. Acupuncture for acute low back pain. Clin J Pain. 2013. Vol. 29. No. 2. P. 172–185.
62. Li H. Xu Q.R. Electrical nerve stimulation for migraine. Medicine. 2017. Vol. 96. Article e8108.
63. Li Q. Zhao T. Wang X. Study on potential of meridian acupoints. J Healthc Eng. 2021. Article 5599272.
64. Liang Y.D. Li Y. Zhao J. Acupuncture for low back pain. J Pain Res. 2017. Vol. 10. P. 951–964.
65. Liang Y.D. Li Y. Zhao J. Study of acupuncture for low back pain. J Pain Res. 2017. Vol. 10. P. 951–964.
66. Linde K. Allais G. Brinkhaus B. Acupuncture for episodic migraine. Cochrane Database Syst Rev. 2016. CD001218.

67. Linde K. Allais G. Brinkhaus B. Acupuncture for tension headache. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016. Issue 4. CD007587.
68. Linde K. Allais G. Brinkhaus B. Acupuncture for the prevention of tension type headache. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016. No. 4. CD007587.
69. Linde K. Allais G. Brinkhaus B. Acupuncture for the prevention of episodic migraine. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016. No. 6. CD001218.
70. Liu L. Huang Q.M. Liu Q.G. Evidence for dry needling in the management of myofascial trigger points. *Arch Phys Med Rehabil*. 2018. Vol. 99. No. 1. P. 144–152.
71. Luo F. Huang X. Liu X. Acupuncture versus NSAIDs for dysmenorrhea. *J Int Med Res*. 2019. Vol. 47. P. 19–30.
72. MacPherson H. Maschino A.C. Lewith G. Acupuncture Trialists' Collaboration. Characteristics of acupuncture treatment. *PLoS One*. 2013. Vol. 8. No. 10. e77438.
73. Mayans L. Walling A. Migraine headache treatment. *Am Fam Physician*. 2018. Vol. 97. P. 243–251.
74. Qaseem A. Wilt T.J. McLean R.M. Noninvasive treatments for low back pain. *Ann Intern Med*. 2017. Vol. 166. No. 7. P. 514–530.
75. Qaseem A. Wilt T.J. McLean R.M. Noninvasive treatments for low back pain. *Ann Intern Med*. 2017. Vol. 166. P. 514–530.
76. Shetty G.B. Shetty B. Mooventhan A. Acupuncture for primary dysmenorrhea. *J Acupunct Meridian Stud*. 2018. Vol. 11. P. 153–158.
77. Shi G.X. Yang X.M. Liu C.Z. Factors contributing to therapeutic effects in acupuncture trials. *Trials*. 2012. Vol. 13. Article 42.
78. Smith C.A. Armour M. Zhu X. Acupuncture for dysmenorrhea. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016. Issue 4. CD007854.
79. Smith C.A. Collins C.T. Levett K.M. Acupuncture for pain during labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020. Issue 2. CD009232.

80. Therapeutic ultrasound for chronic pain management in joints. URL: <https://academic.oup.com/painmedicine/article/21/7/1437/5490299> (дата звернення: 27.08.2025).

81. ULTRASONIC ACUPUNCTURE SYSTEM AND CONTROL METHOD FOR ULTRASONIC ACUPUNCTURE SYSTEM. URL: <https://patentscope.wipo.int/search/ko/detail.jsf?docId=WO2021051662> (дата звернення: 27.08.2025).

82. Vickers A.J. Vertosick E.A. Lewith G. Acupuncture for chronic pain. J Pain. 2018. Vol. 19. No. 5. P. 455–474.

83. Woo H.L. Ji H.R. Pak Y.K. Acupuncture in primary dysmenorrhea. Medicine. 2018. Vol. 97. Article e11007.

84. Wu M.S. Chen K.H. Chen I.F. Efficacy of acupuncture in post operative pain. PLoS One. 2016. Vol. 11. Article e0150367.

ДОДАТКИ

Додаток А

Таблиця 3.1 – Стандартизовані параметри проведення акупунктурного втручання

Параметр	Значення / Характеристика	Опис дії	Локалізація точок впливу	Інструментарій	Примітки щодо стабільності	Параметр
Тривалість одного сеансу	25 хвилин	Чітко фіксований час	Незмінні просторово-часові умови	—	Стандартна для нейрорадаптації	Тривалість одного сеансу
Тип втручання	Акупунктура сухою голкою	Одноразове проникнення без ін'єкцій	Передпліччя, гомілка	Стерильні голки 0,22 × 25 мм	Без зміни протоколу	Тип втручання
Частота процедури	1 сеанс кожні 48 годин	Три процедури на учасницю	Фіксований ритм	—	Схема м'якої нейростабілізації	Частота процедури
Пункт впливу RP6	Сань-інь-цзяо	Регуляція ендокринної й вегетативної системи	Медіальна поверхня гомілки	Точка глибокого заспокоєння	Психоемоційне розвантаження	Пункт впливу RP6
Пункт впливу GI4	Хе-гу	Седативна дія при внутрішній тривозі	Між великим і вказівним пальцем руки	Вплив на соматовегетативну сферу	Зменшення емоційного напруження	Пункт впливу GI4
Глибина введення голки	10–15 мм	Введення під кутом 45°	Підшкірна й м'язова реактивна зона	Тонкі мікрообертальні рухи	Без додаткової стимуляції	Глибина введення голки
Техніка фіксації	Статична	Після введення голка не рухається	—	—	Забезпечує стабільність впливу	Техніка фіксації

Таблиця 3.2 –Кількісні зрушення в координатах самооцінки
(експериментальна група, шкала Дембо–Рубінштейна)

Параметр вимірювання	Кількісні значення до втручання	Кількісні значення після втручання	Середнє зміщення (мм)	Частота випадків (%)	Інтерпретація процесу
Загальна кількість учасниць	20	20	–	100 %	Повна участь у всіх етапах
Загальна кількість шкал	100 (5×20)	100 (5×20)	–	100 %	Повна заповненість усіх анкет
Зміщення точки реального рівня	–	17 випадків	+7,8 до +9,3	85 %	Переважаюча тенденція до зростання
Приріст за 3+ шкалами в однієї особи	–	9 випадків	–	45 %	Комплексне зміщення образу «Я»
Середній приріст за 5 шкалами	–	36,2 мм	7,24 мм/шкала	100 %	Структурна перерегуляція координат
Зменшення дистанції між «Я-реальним» і «Я-бажаним»	28,7 мм	15,1 мм	–13,6 мм	100 %	Зниження розриву на 47,4 %
Зменшення координати бажаного рівня	–	12 випадків	–5,2 мм	60 %	Зменшення фрустраційного ідеалу
Зміни в максимальному рівні	–	6 випадків	–25–35 %	30 %	Адаптація межі досяжності
Стабільність змін через 2 дні	1500 координат	1500 координат	без змін	100 %	Показники залишились фіксованими