МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: **ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ТРИВОЖНИХ СТАНІВ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ**

Виконала: студентка 2 курсу, групи 8.0533-з-3
спеціальності 053 – Психологія
Сагура Альона Вікторівна
Керівник: Паскевська Ю.А., к.психол.н.,
доцент кафедри психології
Рецензент: Остапенко Л.В., к.пед.н.,
менеджер “Space Запоріжжя”

Запоріжжя – 2024

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри _____
к.психол.н., доцент. Н.О. Губа
«____»_____2024 р.

З А В Д А Н Н Я
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ
Сагурі Альоні Вікторівні

Тема роботи Особливості психокорекції тривожних станів у внутрішньо переміщених осіб

керівник роботи Паскевська Ю.А. к. психол. н., доцент кафедри психології

затверджені наказом ЗНУ від «24» 09 2024 року № 1446-с

2. Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: провести теоретичний аналіз негативних психоемоційних станів ВПО; проаналізувати негативні психоемоційні стани ВПО; дослідити особливості перебігу тривожних станів ВПО у дитячому і дорослому віці серед 60 ВПО, з них 45 % чоловіків та 55 % жінок; розробити ефективну психоемоційну програму корекції тривожних станів у ВПО.

5. Перелік графічного матеріалу: 3 таблиці, 7 малюнків.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання Видав	Завдання прийняв
Вступ	Паскевська Ю.А., доцент		
Розділ 1	Паскевська Ю.А., доцент		
Розділ 2	Паскевська Ю.А., доцент		
Розділ 3	Паскевська Ю.А., доцент		
Висновки	Паскевська Ю.А., доцент		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень – лютий 2024 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2024 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень – травень 2024 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	липень 2024 р.	Виконано
5	Робота над третім розділом	червень – серпень 2024 р.	Виконано
6	Написання висновків	вересень 2024 р.	Виконано
7	Передзахист	жовтень 2024 р.	Виконано
8	Нормоконтроль	листопад 2024 р.	Виконано

Студент _____ А.В. Сагура

Керівник роботи _____ Ю.А. Паскевська

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер __________ О. М. Гредінарова

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 93 сторінки, 7 малюнків, 3 таблиці, 70 джерел, 4 додатки.

Об’єкт дослідження – тривожні стани внутрішньо переміщених осіб.

Предмет дослідження – особливості психокорекції тривожних станів у внутрішньо переміщених осіб.

Мета дослідження – дослідження тривожних станів у ВПО та на основі психологічного аналізу тривожних станів у ВПО розробка ефективної психокорекційної програми.

Гіпотеза дослідження: програма психокорекції тривожних станів у внутрішньо переміщених осіб (дітей та дорослих) сформована на основі ігрових, творчих та тілесно-орієнтованих практик призведе до зниження тривожності, формування почуття безпеки, розвитку навичок емоційної регуляції та адаптації до нових життєвих умов.

Методи дослідження. Теоретичні: теоретичний аналіз сучасного стану проблеми негативних психоемоційних станів ВПО; систематизація та узагальнення наукової літератури з проблеми дослідження; емпіричні (тестування за психодіагностичними методиками).

Наукова новизна полягає в тому, що представлена програма психокорекції тривожних станів у внутрішньо переміщених осіб (дорослих та дітей) є ефективною та може використовуватись для зниження тривожності, формування почуття безпеки, розвитку навичок емоційної регуляції та адаптації до нових життєвих умов.

Результати дослідження можуть бути використанні у процесі психокорекції тривожних станів ВПО.

ТРИВОЖНІСТЬ, ТРИВОЖНІ СТАНИ, ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН, ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНІ ОСОБИ, ПСИХОКОРЕКЦІЯ.

SUMMARY

Sahura A.V. Peculiarities of Psychocorrection of Anxiety States of Internally Displaced Persons.

Object of research: Anxiety states of internally displaced persons.

Subject of research: Features of psychocorrection of anxiety states in internally displaced persons.

The purpose of the research: To study anxiety states in internally displaced persons and, based on the psychological analysis of these states, develop an effective psychocorrection program.

The hypothesis of the research: A psychocorrection program for anxiety states in internally displaced persons (both children and adults), based on play, creative, and body-oriented practices, will lead to a reduction in anxiety, the formation of a sense of security, the development of emotional regulation skills, and adaptation to new living conditions.

Research methods. Theoretical methods: theoretical analysis of the current state of the problem of negative psychoemotional states in internally displaced persons; systematization and generalization of scientific literature on the research issue. Empirical methods: testing using psychodiagnostic methods.

A scientific innovation. The presented psychocorrection program for anxiety states in internally displaced persons (adults and children) is effective and can be used to reduce anxiety, foster a sense of security, develop emotional regulation skills, and aid adaptation to new life conditions.

Research results can be applied in the process of psychocorrection of anxiety states in internally displaced persons.

ANXIETY, ANXIETY STATES, PSYCHOEMOTIONAL STATE, INTERNALLY DISPLACED PERSONS, PSYCHOCORRECTION.

ЗМІСТ

ВСТУП……. 7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНИХ СТАНІВ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ……... 10
1.1. Тривожний стан: сутність та основні симптоми…….. 10
1.2. Види тривожних станів……... 16
1.3. Причини виникнення тривожних станів……... 26
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОВЕДЕННЯ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ТРИВОЖНИХ СТАНІВ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ…….. 31
2.1. Сутність психокорекції тривожних станів у внутрішньо переміщених осіб……... 31
2.2. Специфіка проведення психокорекції тривожних станів у внутрішньо переміщених осіб…… 40
2.3. Моделі проведення психокорекції тривожних станів у внутрішньо переміщених осіб: дорослих та дітей……... 50
РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ТРИВОЖНИХ СТАНІВ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ…… 54
3.1. Організація і методи дослідження особливостей проведення психокорекції тривожних станів у внутрішньо переміщених осіб……... 54
3.2. Програма психокорекції тривожних станів у внутрішньо переміщених осіб: дорослих та дітей……... 70
3.3. Аналіз ефективності програми психокорекції тривожних станів у внутрішньо переміщених осіб: дорослих та дітей……..…… 74
ВИСНОВКИ…… 78
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ…….. 86
ДОДАТКИ……... 94

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Актуальність психокорекції тривожних станів у внутрішньо переміщених осіб (ВПО) є вельми значущою у зв'язку зі складною ситуацією, з якою вони стикаються внаслідок втрати дому, травматичних подій, втрати родини, недостатньої стабільності та постійного стресу.

Внутрішньо переміщені особи часто переживають тяжкі психологічні травми внаслідок втрати дому, розлуки з родиною, свідчення насильства та інших травматичних подій, що може призвести до розвитку тривожних розладів. ВПО зазвичай знаходяться в умовах соціальної нестабільності, де вони змушені адаптуватися до нового оточення, шукати нове житло та забезпечення, що може підвищити рівень тривоги.

Багато ВПО можуть втратити підтримку своїх родин та близьких, що поглиблює їх почуття самотності та відчуття безпорадності, а невизначеність щодо майбутнього, постійні переїзди та життя в умовах нестабільності можуть призводити до посилення тривожних станів серед ВПО.

Важливо, щоб ВПО мали можливість адаптуватися до нового середовища та відновлювати психічне здоров'я для успішної інтеграції у нове соціальне та економічне середовище.

У зв'язку з цим актуальність психокорекції тривожних станів у ВПО надається велика увага як урядовим, так і громадським організаціям, міжнародним організаціям та спеціалістам у галузі психології та психіатрії, щоб забезпечити психологічну підтримку та допомогу цій вразливій групі населення.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Аналіз останніх досліджень і публікацій. Аналіз останніх досліджень та публікацій на тему психокорекції тривожних станів у внутрішньо переміщених осіб показує, що це питання є надзвичайно актуальним в умовах сучасних соціальних змін, конфліктів та

внутрішніх переміщень, особливо в Україні. Тривожні стани у ВПО є поширеною проблемою, що потребує комплексного підходу до корекції, оскільки такі стани можуть істотно впливати на якість життя і адаптацію цих осіб до нових умов. Зокрема, психокорекція тривожних станів у внутрішньо переміщених осіб є предметом дослідження багатьох вітчизняних вчених: Аврамчук О. С., Агаєв Н. А., Байдик В. В., Бондарук Ю. С., Галадза М., Горенко М., Гундертайло Ю. Д., Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Копаниця О. В., Малхазов О. Р. та ін.

Об’єктом дослідження є тривожні стани внутрішньо переміщенних осіб.

Предметом дослідження є особливості психокорекції тривожних станів у внутрішньо переміщених осіб.

Метою дослідження є дослідження тривожних станів у ВПО та на основі психологічного аналізу тривожних станів у ВПО розробити ефективну психокорекційну програму.

Гіпотеза дослідження: програма психокорекції тривожних станів у внутрішньо переміщених осіб (дітей та дорослих) сформована на основі ігрових, творчих та тілесно-орієнтованих практик призведе до зниження тривожності, формування почуття безпеки, розвитку навичок емоційної регуляції та адаптації до нових життєвих умов.

Завдання дослідження:

1. Провести теоретичний аналіз негативних психоемоційних станів ВПО;

2. Проаналізувати негативні психоемоційні стани ВПО;

3. Дослідити особливості перебігу тривожних станів ВПО у дитячому і дорослому віці;

4. Розробити ефективну психоемоційну програму корекції тривожних станів у ВПО.

Методи дослідження. Теоретичні: теоретичний аналіз сучасного стану проблеми негативних психоемоційних станів ВПО; систематизація та узагальнення наукової літератури з проблеми дослідження; емпіричні (опитування, анкетування, опитувальник базових симптомів SCS-90, дослідження Outcome Questionnaire-45, шкала проявів тривоги Дж. Тейлор, «Самооцінка психічних станів» (за Г. Айзенком).

Наукова новизна одержаних результатів дослідження. Представлена програма психокорекції тривожних станів у внутрішньо переміщених осіб (дорослих та дітей) є ефективною та може використовуватись для зниження тривожності, формування почуття безпеки, розвитку навичок емоційної регуляції та адаптації до нових життєвих умов.

Практичне значення результатів дослідження. Результати дослідження можуть бути використані у процесі психокорекції тривожних станів ВПО.

Дослідження складається зі вступу, трьох основних розділів, дев’яти підрозділів, висновків, списку використаних джерел та чотирьох додатків.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНИХ СТАНІВ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

1.1. Тривожний стан: сутність та основні симптоми

Сьогодні постійно зростає кількість людей, які характеризуються тривожністю, нерішучістю та емоційною нестійкістю. Тривожність можна визначити як рису особистості. Виникненню тривожності сприяють психологічні особливості людини: підвищена емоційна чутливість до умов зовнішнього середовища та постійні зовнішні та внутрішні реакції на них; обмеження сприйняття навколишнього світу та типів адекватних реакцій на впливи; висока чутливість, низька здатність оскаржувати чужі думки, пропозиції тощо.

Слово «тривожність» використовується по-різному. Це і психічний стан, що виникає під впливом стресу, і значимі потреби, і поведінка, і реакція на певну ситуацію. З цього випливає основна проблема вивчення тривожності, більшість дослідників описують її як складний особистісний процес з багатьма елементами.

На сучасному рівні розвитку науки тривожність розглядається як комплексне явище у фізіологічному, клініко-психологічному, філософсько-психологічному та власне психологічному аспектах. З фізіологічної точки зору – це нервова реакція, викликана активацією вегетативної нервової системи, зовнішніми факторами і внутрішніми подразниками. Фізіологічно тривожність проявляється у підвищеному пульсі; почастішанні дихання, збільшення кровотоку за хвилину; підвищенні артеріального тиску, зниження порогів чутливості, коли раніше нейтральні подразники набувають негативного емоційного забарвлення.

Клінічно та психологічно тривожність включає різницю між нормальними та психотичними проявами.

Тривожність перешкоджає формуванню адекватної поведінки, сприяє порушенню поведінкової інтеграції, однією з причин може бути дезорганізація психічної діяльності [48].

Тривожність як психологічна властивість особистості багато в чому визначає поведінку суб'єкта. Існує певний рівень тривожності – природно-компульсивний характер активної діяльності особистості. У кожної людини є свій комфортний або бажаний рівень тривожності – це називається бажаним рівнем тривожності, який спрямований на забезпечення безпеки суб'єкта на індивідуальному рівні. Рівень тривожності показує внутрішнє ставлення до певної ситуації та дає опосередковану інформацію про поведінку людини.

Коли цей рівень перевищує належний рівень, можна говорити про підвищену тривожність [60].

Причини тривожності можуть виникати в усіх сферах буття людини, поділяються на суб'єктивні та об'єктивні ситуації, проявляються на психофізіологічному, соціальному та психологічному рівнях життя особистості. Зосередження уваги на психології, пов'язаній з особистісними рисами, дозволяє ідентифікувати особисті, образні та стресові фактори, включаючи дисбаланс у самооцінці та сприйнятті часу [62].

Тема тривожного стану є надзвичайно актуальною в сучасних умовах через численні фактори, що впливають на психологічний стан людей. Це можуть бути соціальні, економічні, політичні й екологічні чинники, які постійно змінюються і часто викликають невизначеність та стрес. Така невизначеність досягнення рівня тривоги у багатьох людей, що може негативно позначатися на якості їхнього життя.

Халік О. О. визначає тривожність як емоційний стан, викликаний очікуванням певної ситуації; як негативний результат очікуваної події, що супроводжується страхом і переживаннями – стресом і надмірним схвилюванням особистості [55].

Отже, Горенко М. визначає, що тривожність є достатньою і природною реакцією організму на стрес, який відчуває людина. Передчуття поганого, відчуття страху, постійні нав'язливі думки і душевний дискомфорт – так коротко описується автором це явище [12].

Як зазначають автори Внотченко Н. М. та Шпортун О. М., кожен стикався з цим станом у стресові моменти свого життя, але коли людина легко піддається стресу перед такою подією, як іспит чи робота, важливо розуміти, що тригерами є ситуаційна реакція організму. Легко подолавши перешкоду або виконавши завдання, організм задоволений результатом і забуває нервові переживання [7].

У будь-якому випадку стрес негативно позначається на психіці людини, якості життя і відносинах людини з навколишнім світом. Тривога, що не виходить за рамки звичайної, має короткочасний характер з приводу деяких ситуацій: тривога то з'являється, то зникає, людина не припиняє нормальної життєдіяльності.

На думку Постної О. І. важливо розуміти, що тривога не завжди є негативною емоцією, як всі звикли думати. Це цілком нормальне відчуття, яке властиве всім людям і навіть важливо, тому що поганих відчуттів не буває, всі вони різні, але воно однаково важливо для організму людини. Всі люди народжуються з цим відчуттям, але з різною інтенсивністю стресу. Схильність до стресу є спадковою, також на рівень стресу впливають психологічні фактори, такі як: самооцінка, стресові ситуації в дитинстві, життєвий досвід людини тощо [40].

Галієва О.М. зазначає, що тривожний стан – це загальний термін для різних психічних захворювань, при яких тривожність є основним симптомом. Стани тривожності можуть включати генералізований тривожний розлад, соціальний тривожний розлад, панічний розлад, агорафобію тощо. Вони розрізняються типами ситуацій, що викликають тривогу, і характером її прояву [9].

Грига І. В. визначає, що ключова відмінність між тривогою і тривожним станом полягає в тому, що тривога є нормальною емоційною реакцією на стрес, тоді як тривожний стан означає, що стрес є важким, тривалим патологічним станом, який впливає на повсякденну діяльність людини. Розуміння цих термінів може допомогти визначити та ефективно керувати емоційними станами, а також оперативно реагувати на можливі проблеми з психічним здоров'ям. Тривожні стани являють собою різноманітні психічні захворювання, які в основному проявляються як основний симптом тривоги [13].

Тривожність розглядається як особистісне утворення і / або властивість гніву, викликане слабкістю нервових процесів [39].

Однак якщо тривожність стає сильною, неконтрольованою або продовжується більше, ніж потрібно, вона може переходити в тривожні стани або розлади, які впливають на якість життя.

Сутність тривожного стану виникає у переживанні внутрішнього неспокою та напруження. Це природна реакція на стрес, яка мобілізує організм для подолання труднощів, але якщо тривога стає гарячою та тривалою, вона може спричинити серйозні проблеми зі здоров'ям і потребує втручання.

Тривожні стани – це постійне патологічне переживання людини, яке виникає не через конкретну гостру причину, а через постійні нормальні проблеми. Людина перетворює своє життя на постійний страх, постійні переживання і нескінченну тривогу [50].

Тривожні стани є найпоширенішою проблемою психічного здоров'я, яка вражає 20% дорослого населення світу.

На відміну від тимчасової тривоги, спричиненої стресовою подією, стан тривожності може тривати принаймні кілька місяців і погіршуватися, якщо його не лікувати. Ці захворювання серйозно впливають на здатність працювати, підтримувати стосунки з іншими та займатися улюбленою справою.

За визначенням Американської психіатричної асоціації (APA), тривожний стан – це передчуття загрози або небезпеки, яке супроводжує фізичні симптоми, такі як прискорене серцебиття, тремтіння або відчуття паніки, що часто є непропорційними до реальної ситуації [63].

Всесвітня організація охорони здоров'я визначає тривожний стан – як реакцію організму на стрес, яка може бути короткочасною або хронічною. Якщо тривожність стає постійною і заважає повсюдному життю, вона може бути класифікована як розлад.

Тривожний стан – це ненормальний і часто перебільшений стан неспокою, що супроводжується страхом чи занепокоєнням і впливає на мислення, поведінку чи фізичний стан людини.

Тривожний стан характеризується відчуттям гарячого страху, що супроводжується уникненням певних ситуацій, сильним занепокоєнням.

Основні симптоми тривожного стану можна розділити на види (рис.1.1).

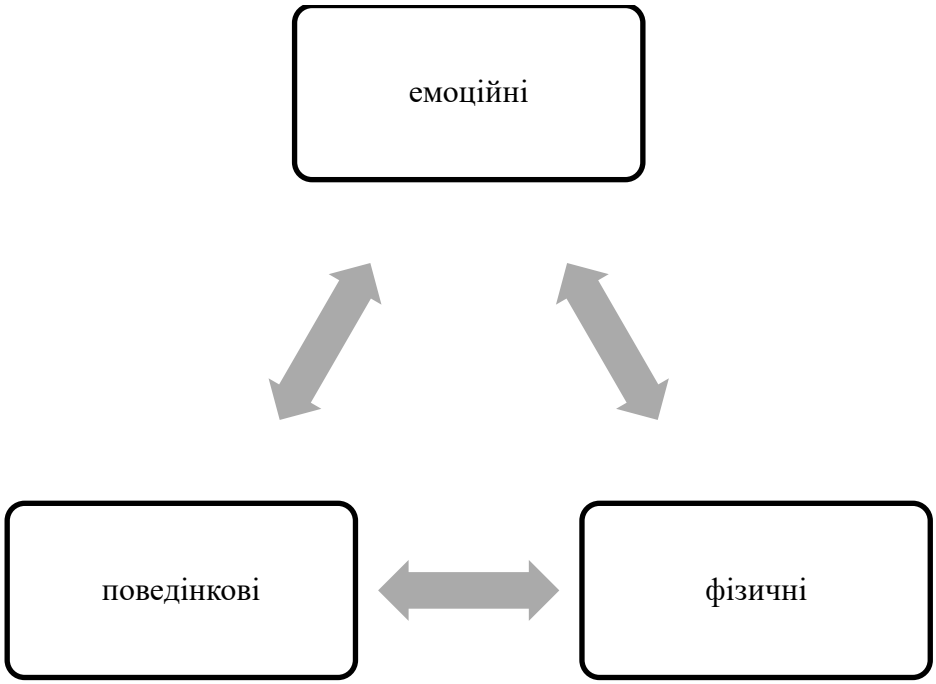


Рис. 1.1. Види основних симптомів тривожного стану

Емоційні симптоми :

- постійне відчуття тривоги, неспокою або страху;
- дратівливість, відчуття напруженості;
- важке переживання через повсякденні становище.

Фізичні симптоми :

- прискорене серцебиття, задишка;
- підвищена пітливість, тремтіння;
- проблеми зі сном, втома;
- головний біль або болі в м’язах.

Поведінкові симптоми :

- уникання певних ситуацій або людей;
- складнощі з концентрацією, прокрастинація;
- соціальна ізоляція.

У сучасному світі тривожні стани стоять поширеним явищем, яке, на жаль, часто недооцінюють. Тому дуже важливо не лише розпізнавати симптоми, а й знати методи подолання тривоги – наприклад, медитацію, фізичну активність, психотерапію чи фармакологічну підтримку потреби [40].

Своєчасне звернення до спеціалістів та інформування суспільства про способи подолання тривоги може суттєво покращити якість життя багатьох людей.

Тривожний стан – це емоційний стан, який характеризується підвищеною напруженістю, хвилюванням, внутрішнім неспокоєм і почуттям занепокоєння. Він може виникати як природна реакція на стрес або певні життєві ситуації, однак, якщо тривога стає сильною та хронічною, це може свідчити про наявність тривожного розладу.

Тривожний стан може бути ознакою різних розладів, зокрема генералізованого тривожного розладу, панічного розладу, соціальної тривожності або посттравматичного стресового розладу. Якщо симптоми тривоги значно впливають на якість життя, варто звернутися за допомогою

до фахівця – психолога або психотерапевта.

Отже, тривожність є природною реакцією на стрес, яка ускладнює мобілізацію ресурсів у складних ситуаціях. У помірних межах вона є нормальним емоційним станом, необхідним для адаптації [44].

Причини тривожності можуть бути як суб'єктивні, так і об'єктивні чинники, включаючи психологічні особливості, соціальні особливості та генетичну свідомість.

Тривожність супроводжується змінами у фізіології (підвищений пульс, тремтіння) та емоційному стані (відчуття страху, хвилювання). У патологічній формі вона може переходити в тривожні стани або розлади.

До тривожних станів належать генералізований тривожний розлад, панічний розлад, соціальна тривожність та інші форми. Вони можуть мати різні тригери та рівень прояву.

Тривожність проявляється через емоційні (тривога, дратівливість), фізичні (головний біль, безсоння) та поведінкові симптоми (унікальні ситуації, соціальна ізоляція).

Тривожність – це багатогранне явище, яке потребує комплексного підходу до вивчення та лікування.

1.2. Види тривожних станів

Тривожні стани класифікуються за різними типами залежно від симптомів, причин та особливостей проявів.

Розглянемо основні види тривожних станів:

1. Генералізований тривожний розлад (ГТР)

Періодична тривога є нормальною частиною життя. Багато людей можуть хвилюватися про такі речі, як здоров'я, гроші чи сімейні проблеми. Але люди з ГТР частіше відчувають занепокоєння або нервозність з приводу цих та інших речей, навіть якщо причин для занепокоєння з цього приводу мало або зовсім немає. ГТР зазвичай включає в себе постійне почуття

тривоги або страху, яке заважає життю. Це не те ж саме, що час від часу хвилюватися про речі або відчувати тривогу через стресові життєві події. Люди, які живуть з ГТР, часто відчувають тривогу протягом місяців, якщо не років.

ГТР розвивається повільно. Часто починається приблизно у віці 30 років, хоча може виникнути в дитинстві. Розлад частіше зустрічається у жінок, ніж у чоловіків.

Які ознаки та симптоми генералізованого тривожного розладу?

Люди з ГТР можуть:

- надмірно турбуватися про повсякденні справи;
- мають проблеми з контролем над своїми хвилюваннями або почуттям нервозності;
- хвилюються набагато більше, ніж повинні;
- почуватися неспокійним;
- важко зосередитися;
- легко лякаються;
- мають проблеми із засипанням або збереженням сну;
- легко втомлюються або постійно відчувають втому;
- мають головні болі, болі в м’язах, болі в животі або незрозумілі болі;
- мають сильне потовиділення, запаморочення або задишку.

Діти та підлітки з ГТР часто надмірно турбуються про:

- продуктивність у таких заходах, як школа чи спорт;
- катастрофи, такі як землетруси чи війни;
- здоров’я інших, наприклад членів сім’ї.

Дорослі з ГТР часто сильно нервують через повсякденні обставини, такі як:

- безпека або продуктивність;
- здоров’я;
- фінанси;

- здоров’я та благополуччя їхніх дітей або інших членів родини;
- запізнення;
- виконання домашніх справ та інших обов’язків.

І діти, і дорослі з ГТР можуть відчувати фізичні симптоми, такі як біль, втома або задишка, які ускладнюють функціонування та заважають повсякденному життю.

Симптоми можуть змінюватися з часом і часто посилюються під час стресу, наприклад, через фізичну хворобу, під час шкільних іспитів або під час конфлікту в сім’ї чи стосунках.

Ризик ГТР може бути сімейним. Декілька відділів мозку та біологічних процесів відіграють ключову роль у виникненні страху та тривоги. Дослідники виявили, що зовнішні причини, такі як переживання травматичної події або перебування в стресовому середовищі, можуть підвищити ризик розвитку ГТР [65].

Особливість ГТР – тривога триває щонайменше 6 місяців і суттєво заважає життю.

2. Панічний розлад

Панічний розлад характеризується регулярними нападами паніки, які є раптовими та інтенсивними надмірною тривогою та страхом. Ці напади можуть супроводжуватися такими фізіологічними симптомами, як серцебиття, пітливість, тремор і задуха. Люди з панічним розладом часто бояться нових панічних атак і уникають ситуацій, які, на їхню думку, можуть їх спровокувати [54].

Люди з панічним розладом мають часті та несподівані напади паніки. Ці напади характеризуються раптовою хвилею страху чи дискомфорту або відчуттям втрати контролю, навіть якщо немає явної небезпеки чи тригеру. Не у кожного, хто пережив напад паніки, розвинеться панічний розлад.

Панічні атаки часто супроводжуються фізичними симптомами, які можуть відчуватися як серцевий напад, наприклад тремтінням, поколюванням або прискореним пульсом. Панічні атаки можуть виникнути в

будь-який момент. Багато людей з панічним розладом турбуються про можливість повторного нападу і можуть суттєво змінити своє життя, щоб уникнути повторного нападу. Панічні атаки можуть виникати так часто, як декілька разів на день або рідко, як декілька разів на рік.

Панічний розлад часто починається в пізньому підлітковому або ранньому дорослому віці. У жінок частіше, ніж у чоловіків, розвивається панічний розлад.

Люди з панічним розладом можуть мати:

- раптові та повторювані панічні атаки непереборної тривоги та страху;
- відчуття втрати контролю або страх смерті чи неминучої загибелі під час нападу паніки;
- сильне занепокоєння щодо того, коли станеться наступна панічна атака;
- страх або уникання місць, де панічні атаки траплялися в минулому;

Фізичні симптоми під час нападу паніки, такі як:

- прискорене серцебиття;
- пітливість;
- озноб;
- тремтіння;
- ускладнене дихання;
- слабкість або запаморочення;
- поколювання або оніміння рук;
- біль у грудях;
- біль у шлунку або нудота.

Панічний розлад іноді є сімейним, але ніхто не знає напевно, чому в одних членів сім'ї він є, а в інших – ні. Дослідники виявили, що кілька частин мозку та певні біологічні процеси можуть відігравати вирішальну роль у виникненні страху та тривоги. Деякі дослідники вважають, що панічні

атаки схожі на «помилкову тривогу», коли типові інстинкти виживання нашого тіла активні занадто часто, занадто сильно, або якась комбінація обох. Наприклад, людина з панічним розладом може відчути, як калатає серце, і припустити, що у нього серцевий напад. Це може призвести до замкнутого циклу, внаслідок чого людина відчуває панічні атаки, здавалося б, раптово, що є центральною ознакою панічного розладу. Дослідники вивчають, як мозок і тіло взаємодіють у людей з панічним розладом, щоб створити більш спеціалізоване лікування [65].

Особливість панічного роздалу – він може призводити до бажання знищення місць чи ситуацій, які асоціюються з панічними атаками.

3. Соціальний тривожний розлад (соціофобія)

Соціофобія – це психологічний стан людини, що характеризується страхом перед суспільством, контактами та оцінкою з боку інших. Люди, які страждають цією фобією, часто відчувають дискомфорт, невпевненість і тривогу перед іншими. Вони можуть уникати світських заходів, масових зібрань і простих розмов з незнайомцями.

Дуже рідкісні та незвичайні соціальні фобії (ателофобія – страх недосконалості, атихіфобія – страх невдачі, гамартофобія – страх небажаних дій, гіпанеофобія – страх відповідальності та ін.).

Існує багато можливих причин соціальної фобії. Найчастішими причинами є негативний досвід соціальних ситуацій, неприйняття оточуючих, обмежений розвиток соціальних навичок, стресові та інші психотравмуючі стани, наслідування дитиною соціофобної поведінки батьків, генетична схильність.

Соціальна фобія також може бути викликана різними психологічними проблемами, такими як депресія. Більшість випадків соціальної фобії пов’язані з певною формою проблем виховання в дитинстві. Надмірна опіка та недопущення «зайвих» контактів призводить до сором’язливості, нездатності самостійно встановлювати нові стосунки, будувати стосунки з іншими людьми. Інша крайність – надмірно вибіркове, критичне ставлення

батьків. Як результат: формування страху відсутності любові, відсутність емоцій, занижена самооцінка, переконання в недостатній привабливості, здатності залучати дайверів [20].

Причиною соціальної фобії може бути травматична подія, яка викликала посилення негативних емоцій: невдало проведений день, агресивність, неадекватна реакція інших людей, глузування, втрата репутації, почуття сорому, образи, розчарування. У дітей поштовхом до розвитку таких розладів є негативне ставлення однолітків, розбіжності з однокласниками.

В умовах повномасштабної війни, в якій опинилася Україна, вплив психологічної травми різко посилиться, пролонгується. Як наслідок, часто виникають різноманітні проблеми в психіці людини і в першу чергу страх і фобії. Звичайні стресори в таких ситуаціях посилюються додатковими діями: відстеженням військової ситуації, стрілянином, вбивством, каліцтвом, втратою близької людини, а також пов’язаними соціально-економічними та психологічними проблемами тощо [31].

4. Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР)

Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) – це поширений хронічний тривалий розлад, при якому людина має нав’язливі ідеї (неконтрольовані, небажані, повторювані думки, почуття чи імпульси) та/або компульсії (психічні дії чи повторювана поведінка, спрямовані на зменшення тривожності).

За останні два десятиліття було досягнуто значного прогресу в розумінні психології ОКР і обсесивно-компульсивних розладів спектру, і виникли нові суперечки щодо того, чи є ОКР тривожним або компульсивним розладом. Дослідження показують, що більше захворювань пов’язано з ОКР, ніж з іншими тісно пов’язаними захворюваннями, такими як тривожні розлади. Обсесивно-компульсивний розлад у всьому світі поширений приблизно у 2% населення [16].

5. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)

ПТСР – це психічний та поведінковий розлад, спричинений впливом травматичної, загрозливої для життя події (бойові дії, дорожньо-транспортна пригода, фізичне чи сексуальне насильство, стихійні лиха та техногенні катастрофи тощо). Основна відмінність між ПТСР і гострими стресовими реакціями полягає в тому, що симптоми можуть розвинутися протягом 6 місяців після події і тривати більше 1 місяця [57].

Симптоми посттравматичного стресового розладу можуть виникнути протягом перших трьох місяців після травматичної події. Але іноді симптоми можуть з’явитися лише через декілька років після події. Ці симптоми тривають більше одного місяця і викликають серйозні проблеми в соціальних чи робочих ситуаціях і тому, наскільки добре ви ладнаєте з іншими. Вони також можуть вплинути на здатність виконувати звичайні щоденні завдання.

Загалом симптоми ПТСР поділяються на чотири типи: нав’язливі спогади, уникнення, негативні зміни в мисленні та настрої, а також зміни у фізичних та емоційних реакціях. Симптоми можуть змінюватися з часом або відрізнятися від людини до людини.

Симптоми нав’язливих спогадів можуть включати:

- небажані, тривожні спогади про травматичну подію, які повертаються знову і знову;
- повторне переживання травматичної події, ніби вона повторюється знову, також відоме як спогади;
- сумні сни або кошмари про травматичні події;
- сильний емоційний стрес або фізична реакція на щось, що нагадує про травматичну подію.

Симптоми уникнення можуть включати:

- намагання не думати і не говорити про травматичну подію;
- негативні зміни мислення і настрою.

Симптоми негативних змін у мисленні та настрої можуть включати:

- негативні думки про себе, інших людей або світ;
- постійні негативні емоції страху, звинувачення, провини, гніву або сорому;
- проблеми з пам’яттю, включаючи не запам’ятовування важливих аспектів травматичної події;
- почуття відірваності від родини та друзів;
- почуття емоційного заціпеніння.

Симптоми змін у фізичних та емоційних реакціях, які також називаються симптомами збудження, можуть включати:

- саморуйнівна поведінка, наприклад, надмірне вживання алкоголю або занадто швидке водіння;
- проблеми зі сном;
- проблеми з концентрацією;
- дратівливість, спалахи гніву або агресивна поведінка;
- фізичні реакції, такі як пітливість, прискорене дихання, прискорене серцебиття або тремтіння.

З часом симптоми посттравматичного стресового розладу можуть бути різними за своєю тяжкістю [66].

6. Соматоформні тривожні розлади

Якщо фізична хвороба не має фізіологічної причини, лікар може запідозрити, що це соматоформний розлад. На відміну від хворих на розлади, люди, які страждають на соматоформні розлади, не хочуть хворіти і не проявляють симптомів; dони майже завжди вважають свої проблеми фізіологічними. При деяких соматоформних розладах, відомих як істеричні соматоформні розлади, дійсно відбуваються зміни у фізіологічному функціонуванні організму. Іпохондричні соматоформні розлади з’являються, коли фізично здорові люди починають хвилюватися, підозрюючи наявність якихось проблем зі здоров’ям або фізичних вад.

Соматоформний розлад – це фізична хвороба або хвороба, яка має переважно психологічний характер, і пацієнт свідомо не хоче бути хворим і не створює штучно хворобливих симптомів. Це соматизована психічна реакція на хворобливий стан різних органів і систем організму за відсутності конкретних доказів наявності серйозного соматичного захворювання, хоча часто присутні неспецифічні функціональні розлади.

Основною особливістю соматоформного розладу є часте виникнення фізичних симптомів з необхідністю постійних медичних оглядів, незважаючи на негативні результати та запевнення лікарів у відсутності фізичного підґрунтя для симптомів. Якщо є фізичні розлади, вони не описують характер і тяжкість симптомів або стрес і тривогу пацієнта. Основною причиною появи соматичних скарг при соматоформних розладах є психологічна реакція на неприємні життєві події, проблеми, стреси або конфліктні ситуації [6].

7. Селективний мутизм

Селективний мутизм – це стан психічного здоров’я, коли люди не можуть розмовляти в певних ситуаціях через страх або тривогу. Зазвичай він вражає маленьких дітей, але також може вражати підлітків і дорослих.

Це тривожний розлад. Це може накладатися на інші стани, пов’язані з тривогою, і мати тривалі наслідки пізніше в житті.

Селективний мутизм зустрічається досить рідко. Він вражає менше 1% людей (у всіх вікових групах). Це майже завжди починається в дитинстві приблизно у віці 5 років, часто привертає увагу незабаром після того, як дитина йде до дошкільного закладу, дитячого садка або початкової школи. Це рідше, але все ж можливо, у підлітків і дорослих.

Селективний мутизм зустрічається особливо рідко у дорослих. Люди з селективним мутизмом можуть уникати соціальних зустрічей або відчувати себе нездатними говорити в ситуаціях, коли їм некомфортно.

Симптоми можуть приймати різні форми. Деякі люди взагалі не можуть говорити (або майже так). Інші можуть спілкуватися менше або обмежено [69].

Отже, тривожні розлади класифікуються залежно від симптомів, причин та особливостей їх проявів. Вони включають як загальні, так і спеціальні стани, такі як соціофобія, обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) чи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Генералізований тривожний розлад (ГТР) – постійна тривога, яка продовжує життєдіяльність, триває щонайменше 6 місяців і часто не пов’язана з реальними загрозами.

Панічний розлад – характеризується нападами паніки, які можуть виникати раптово, без очевидних причин.

Соціофобія – страх перед соціальними ситуаціями, контактами та оцінкою з боку інших.

ОКР – нав’язливі думки та повторювані дії, спрямовані на зменшення тривоги.

ПТСР – реакція на травматичні події, яка включає нав’язливі спогади, уникнення та негативні зміни настрою.

Соматоформні тривожні розлади – психічний стан із фізичними симптомами, які не мають фізіологічного підґрунтя.

Селективний мутизм – неможливість говорити в певних ситуаціях через тривогу.

Симптоми кожного типу різняться, включаючи як фізичні, так і емоційні прояви (наприклад, серцебиття, втома, уникнення соціальних контактів).

Причини можуть бути як біологічними (генетична емоційність, функціонування мозку), так і зовнішніми (травматичний досвід, виховання, стресові умови). Особливі умови, такі як війна чи інші стресові ситуації, суттєво збільшують ризик виникнення тривожних розладів.

Деякі розлади більш розширені у жінок (наприклад, ГТР, панічний розлад). Інші, як селективний мутизм, додатково вражають дітей, але можуть мати наслідки у дорослому віці.

Тривожні розлади мають значний вплив на якість життя, тому важливо їх діагностувати та лікувати, враховуючи індивідуальні особливості кожного випадку.

1.3. Причини виникнення тривожних станів

В сучасній психології тривожні стани вивчається як багатогранне явище. Поняття «тривожність та тривожний стан» зазвичай розглядається як емоційний стан, який виникає в ситуаціях невизначених ризиків і проявляється в очікуванні розвитку неприємних подій.

У психології прийнято розрізняти ситуаційну тривожність і особисту тривожність.

Причини тривожності пов’язані з неправильними уявленнями особистості про результат майбутніх дій, що в свою чергу позначається на психологічних особливостях особистості. Об’єктивні чинники визначаються ненормальними умовами, які створюють додаткові вимоги до психології особистості [52].

Хоча існують суттєві відмінності та підходи у визначенні видів тривожних станів, вчені сходяться на думці, що тривожність є невід’ємною частиною людського існування, а його надмірні прояви призводять до особистісного розладу, внутрішніх суперечностей в образі «Я», з емоційним дискомфортом [5].

Досліджуючи психологічні особливості, О. Шнайдер зазначив, що рівень тривожності може бути психологічно травмуючими [58].

Точна причина виникнення тривожних станів невідома, однак, як і інші психічні захворювання, вона може бути викликана наступними причинами: психологічні травми, постійні стресові ситуації, хімічні зміни в мозку, патогенні мікроорганізми організму, генетика та інші.

Відомо декілька захворювань, які можуть викликати стресові стани: залежність від психотропних стимуляторів (наркоманія), пролапс мітрального клапана, гіпоглікемія і гіпертиреоз. Також прояв тривоги і панічних атак може бути викликано різними фізіологічними факторами.

Такі стани мають специфічну симптоматику, при її виявленні важливо негайно звернутися до кваліфікованих лікарів.

До основних симптомів відносяться: внутрішнє тремтіння і відчуття тривоги, що проявляється без реальних причин, постійне або часте відчуття тривоги, гнів без активної стимуляції, прискорене серцебиття, порушення сну, проблеми з диханням і задишка, запаморочення та інші прояви, пов’язані з роботою психіки та нервової системи [60].

Результати наукових досліджень свідчать про те, що генетична схильність відіграє важливу роль у тривожних станах. У людей більша ймовірність розвитку тривожних розладів, якщо у них є близькі родичі з цим розладом. Така генетична схильність свідчить про більший ризик розвитку тривожних розладів.

Життя сповнене викликів, які можуть викликати стрес і в деяких випадках призвести до тривожних станів. Такими подіями можуть бути:

– травма: насильство, зловживання, нещасні випадки або раптова смерть близької людини;

– значні зміни в житті: початок роботи, переїзд в інше місто, одруження або народження дитини;

– щоденні стресові фактори: постійні проблеми у відносинах, тиск на роботі або фінансові проблеми;

– стрес, пов’язаний зі здоров’ям: серйозна або хронічна хвороба.

Нейромедіатори – це активні хімічні речовини в мозку, які відіграють ключову роль у контролі емоцій, поведінки та думок. Порушення балансу нейромедіаторів, таких як серотонін, дофамін і гамма-аміномасляна кислота (ГАМК), пов’язують із розвитком тривожних розладів. Наприклад, серотонін часто називають «гарним самопочуттям» через його роль у регуляції

настрою. Дисбаланс рівня серотоніну може призвести до тривоги та депресії.

Вплив нейромедіаторів на тривожність та розуміння цього механізму призвели до розробки лікування тривожних станів за допомогою препаратів, призначених для корекції хімічного балансу [49].

В працях класиків психології тривожність вважалася проявом дискомфорту, причиною якого міг бути розвиток особистості або психоемоційний стан у дитинстві [17].

Тривожні стани можуть виникати з різних причин, і вони часто є результатом взаємодії кількох факторів. Ось основні з них:

1. Психологічні фактори :

– стрес : хронічний стрес, пов’язаний із роботою, особистими стосунками чи фінансовими труднощами, може привести до тривожних станів.

– травми : пережитий психічний або фізичний травматичний досвід, як-от насильство, втрата близької людини чи аварії, може спричинити посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

– невпевненість у майбутньому : відчуття невизначеності, хвилювання щодо майбутнього або складності з плануванням життя можуть збільшити тривожність.

– психологічні розлади : люди з депресією, панічними розладами чи генералізованими тривожними розладами інші до частини епізодів тривожності.

2. Фізіологічні фактори :

– неврологічні порушення : проблеми з роботою нервової системи, дисбаланс нейротрансмітерів (наприклад, серотоніну або дофаміну) можуть бути причиною тривоги.

– гормональні зміни : гормональні коливання, що виникають під час хвороби, менопауза чи гормональні розлади, можуть посилити відчуття тривоги.

– захворювання серцево-судинної та дихальної систем : деякі фізичні захворювання, наприклад, гіпертонія, астма, серцеві аритмії, можуть супроводжуватися симптомами тривоги.

– медикаменти та речовини : лікарські препарати, алкоголь або наркотики можуть викликати або посилювати тривожні стани як побічний ефект.

3. Соціальні та екологічні фактори :

– соціальна ізоляція : відчуття самотності, відсутність підтримки з боку оточуючих людей можуть бути основними причинами виникнення тривожності.

– соціальний тиск : перфекціонізм, високі вимоги до себе або до інших можуть сприяти розвитку тривожних станів.

– сімейна динаміка : конфлікти в сім'ї, проблеми в стосунках можуть бути джерелом тривоги, особливо коли відносини є емоційно виснажливими.

– фінансові труднощі : тривога може виникати через проблеми з грішми, боргами або нестабільністю на роботі.

4. Генетичні фактори :

– існує певна спадкова спадковість до тривожних розладів. Якщо в родині трапляються випадки тривожних станів або інших психічних розладів, це може підвищити ймовірність появи тривожності в наступних поколіннях.

5. Культурні та зовнішні впливи :

– медіа та соціальні мережі : постійний поток інформації через новини чи соціальні мережі може спричинити перезбудження нервової системи, підвищити рівень стресу та тривожності, особливо коли інформація негативна чи напружена.

– культурні та суспільні очікування : стандарти, нав'язані культурою чи суспільством, можуть підвищити рівень стресу, викликаючи відчуття тривоги, людина, якщо відчуває себе невідповідною до цих норм [56].

Тривожні стани можуть бути результатом одного або кількох із цих факторів, і важливо розглянути кожен випадок індивідуально для правильної діагностики та лікування.

Отже, тривожність є комплексним психологічним явищем, яке охоплює як ситуативні, так і особистісні аспекти. Вона виникає у відповідь на невизначеність, ризики та стресові фактори, проявляючись емоційним дискомфортом і фізіологічними симптомами.

Тривожні стани можуть бути викликані психологічними, фізіологічними, соціальними та екологічними факторами, а також генетичною психікою. Значну роль другого стресу, психологічні травми, невпевненість у майбутньому, гормональні зміни та медіа-вплив.

Симптоми тривожних станів включають внутрішнє тремтіння, порушення сну, задишку, запаморочення, прискорене серцебиття тощо. Надмірна тривожність може привести до особистісного розладу, внутрішніх конфліктів та емоційного виснаження.

Виявлення тривожних станів і їх симптомів вимагає своєчасного звернення до кваліфікованих фахівців для правильної діагностики та розробки індивідуального плану лікування, який може включати медикаментозну терапію та психотерапевтичні методи.

Розуміння причин і механізмів тривожних станів краще розробляти ефективні підходи до їхнього попередження і лікування, а також посилювати якість життя.

РОЗДІЛ 2
ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОВЕДЕННЯ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ТРИВОЖНИХ СТАНІВ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

2.1. Сутність психокорекції тривожних станів у внутрішньо переміщених осіб

Психокорекція тривожних станів у внутрішньо переміщених осіб (ВПО) має особливе значення через специфічні труднощі та травми, з якими вони стикаються. ВПО переживають не тільки фізичну та соціальну мобільність, але й емоційний стрес, пов’язаний із внутрішнім домом, культурними змінами, соціальною ізоляцією та невизначеністю щодо майбутнього.

Загалом, факторами, які суттєво змінюють психічне функціонування людей в умовах гуманітарних катастроф, є зміни або втрата суспільної свідомості, відсутність можливостей (ресурсів) подолання зовнішніх стресових подразників, макроустановлення життєвих орієнтирів і установок. та незначні соціально кризові ситуації. До груп ризику соціально-стресового впливу входять військовослужбовці та їхні родичі, незалежно від того, чи перебувають вони в зоні бойових дій. Війна, по суті, надзвичайна людська катастрофа, викликає різноманітні реакції психічного функціонування. Їх спектр дуже широкий: від соціального стресу і проблем психосоціальної адаптації до розвитку клінічно визначених патологічних типів. Серед усіх цих проявів найважливішою є тривожність, яка найчастіше зустрічається у людей, які перебувають у надзвичайних гуманітарних ситуаціях.

Спектр травматичних переживань охоплює континуум від легкого до помірного дистресу, який може мало впливати на повсякденну діяльність, до важких психіатричних станів, що потребують тривалого лікування. Серед основних видів інцидентів, які спричиняють порушення у сфері психічного

здоров’я, експерти називають сексуальне та фізичне насильство, зокрема над дітьми, масове насильство, пожежі та підпали, масштабні транспортні аварії та ДТП, зґвалтування та сексуальне насильство, катування, участь у війні, небезпечні для життя медичні інциденти, тортури, ситуації, коли люди бачать вбивства та самогубства тощо.

Розгортання російської агресії на території України досягло рівня надзвичайної гуманітарної катастрофи, яка мала руйнівний вплив на військових, їхні родини та мирне населення. Причин стресу багато, реакція на стрес може бути різною за змістом і спрямованістю розвитку.

Також тривожність може переходити в патологічний стан у структурі тривожних розладів або проявлятися як симптом іншої психіатричної патології [45].

Сьогодні Україна посідає дев’яте місце за кількістю переміщених осіб у світі – в країні понад 1,6 мільйона переселенців і, на жаль, ситуація не покращується. Великі обсяги вимушеної внутрішньої міграції останніх років не обминули психологічного здоров’я окремої соціальної групи та здоров’я населення країни в цілому. Тому важливо визначити емоційний стан зазначеної групи населення України для попередження розповсюдження психологічних проблем, а для цього – своєчасної діагностики та лікування. В основі розвитку патологічних станів лежать механізми погіршення, що вивчаються з точки зору концепції стресу [70].

Дослідження психологічних особливостей переміщених осіб в Україні розкриває складний і багатогранний вплив вимушеного переселення на їхню особистість. Цей вплив охоплює всі ключові сфери: мотиваційну, когнітивну, емоційну та поведінкову. Психологічні аспекти внутрішньо переміщених осіб:

1. Мотиваційна сфера: нестійка самооцінка; потенційна відсутність інтересу до життя – зниження самооцінки та домагання [24].

2. Когнітивна сфера: порушення когнітивних процесів (уваги, пам’яті, мислення); когнітивне спотворення (песимістична оцінка очікувань і

життєвих подій); відчуття неповноцінності – очікування негативної оцінки ззовні.

3. Емоційна сфера: емоційна байдужість; агресивність; стрес і тривожні розлади; невпевненість – сором і почуття провини; депресія; невротизм; тривога – страх – безнадійність [30].

4. Поведінкова сфера: труднощі у встановленні позитивних соціальних стосунків; уникаюча поведінка; соціальні труднощі у взаємодії; швидка стомлюваність; схильність до імпульсивної поведінки; нехтування соціальними нормами; егоїзм; труднощі в адаптації; уникнення реальних проблем [38].

Аналіз показує, що ВПО стикаються з рядом психологічних проблем, включаючи низьку самооцінку, когнітивні порушення, емоційну нестабільність та соціальну дезадаптацію. Ці проблеми призводять до кризи ідентичності, що значно ускладнює процес інтеграції в нове соціокультурне середовище. Однак, незважаючи на значні проблеми, ВПО також демонструють певні сильні сторони. Зокрема, здатність адаптуватися до нових ситуацій, потенціал особистісного зростання та можливість переосмислити життєві цінності. Ці аспекти можуть стати основою для успішного подолання труднощів та інтеграції в нове середовище.

ВПО виявляє не лише слабкі сторони та загрози, а й можливості для зростання та адаптації. Важливо зосередитися на таких можливостях, як отримання психологічної допомоги, пошук нових соціальних стосунків і самозабезпечення в новому місці проживання. Розуміння цих психологічних характеристик має вирішальне значення для розробки ефективних стратегій підтримки ВПО. При плануванні та реалізації програм психологічної допомоги та соціальної адаптації необхідно враховувати комплексний характер впливу вимушеного переміщення на особистість [25].

Основні завдання психолога, який здійснює психологічну підтримку ВПО:

1) психологічна адаптація:

– лікування сильних стресових факторів;

– допомога помітити зміни та повернутися до життя;

– допомога в інтеграції та інтеграції набутого досвіду та створенні нових життєвих перспектив.

2) соціальна адаптація:

– адаптація до нового середовища для тимчасових місць проживання (місце переміщення);

– для успішної організації роботи з психологічної допомоги ВПО необхідно мати чітке розуміння їх психічного стану внаслідок травми. Події, які змушують людей залишати свої місця, залишати свої домівки, настільки далекі від звичайних кордонів життя, що можуть бути надзвичайно стресовими для будь-кого, хто опиняється в таких ситуаціях (навіть якщо вони залишають через стрес або хвилювання). Психологи повинні принаймні враховувати, що ВПО часто потрапляють у такі стресові ситуації: до переселення, під час переселення та після переселення.

– порушення в афективній сфері (характеристика). Такі порушення можуть проявлятися в «емоційному ступорі», депресії, фрустрації, темряві, нездатності до любові, творчості. Відчуття безпорадності було характерним для ВПО (особливо в перші два-три тижні). Часто інтенсивне почуття провини призводить до проявів аутоагресії (самозвинувачення, самопокарання тощо).

– поведінкові зміни (аспекти профілів поведінки). Особлива увага приділяється таким характеристикам ВПО, як непередбачуваність, надмірна стриманість і відсутність мотивації. Іноді навіть абсолютно невинні подразники можуть викликати сильні емоції або страх.

З психологічної точки зору реакції на стресові та травматичні події, можуть відрізнятися залежно від змінних:

– особиста історія (анамнез), психологічні характеристики, стратегії подолання, механізми захисту, упертість/слабкість, сильні/слабкі сторони, соціальний статус, освіта тощо;

– «соціальний капітал» (відносини, надання підтримки): сім’я (нуклеарна, розширена), спільноти (місцеві, етнічні, міжнародні);

– стать;

– фактичні умови травматичних подій: очікування подій / несподівані події, ізоляція, тривалість травматичної події, тривалість впливу;

– наявність надії – втрата надії.

Слід зазначити, що кожна з обраних змінних може визначати реакцію на травму та когнітивний процес, а також фактори, які призводять до реабілітації. Загалом, можна виділити три великі групи потенційної шкоди ВПО: негативну, позитивну та нейтральну.

Група негативних наслідків. Звичайно, екстремальна подія сама по собі та отримана психологічна шкода можуть спричинити різні ступені психічних розладів. Для надання психологічної допомоги ВПО важливо визначити ступінь тяжкості цих захворювань:

1) звичайне людське страждання (ЗЛС) є найпоширенішою реакцією людини на життєві трагедії.

2) травматична психологічна реакція (ТПР) – вплив, який не завжди потребує уваги спеціалістів. Звичайний людський опір може подолати такий вплив.

3) психічні розлади (ПР). Найпоширенішим видом розвитку цього ефекту є посттравматичний стресовий розлад, який вимагає професійного втручання як психіатрів, так і психологів.

Група позитивних результатів. Друга категорія психологічних наслідків ВПО відноситься до феноменів, які часто знаходяться в центрі уваги психологічної/психотерапевтичної теорії та практики. Безсумнівно, є люди, які «виживають» після нелюдських страждань і які не тільки переживають екстремальні ситуації з високим рівнем цілісності, але й можуть стати психологічно сильнішими в результаті травматичних подій. Через таку гнучкість і психологічні зміни ця категорія результатів була названа «розвитком, активованим ризиком». До цієї групи відносяться всі позитивні

зміни, які є прямим наслідком пережитого болю. Завдяки переосмисленню своїх страждань є багато людей, які відчувають потребу перетворити сумний досвід на позитивні зміни, знайти нові сили та прогрес. Приклад таких випадків свідчить про «очищення» травматичних переживань, тобто в таких випадках травма розглядається як категорія, яка служить для очищення її від пріоритетів минулого життя. І це дає «чистий лист» для початку нового життя [26].

Надаючи допомогу ВПО, важливо враховувати, що багато з них перебувають у постійному стресі після пережитих травм збройного конфлікту та можуть отримати нову психологічну травму, пов'язану з переїздом та облаштуванням на новому місці. Ця стресова ситуація може перерости в кризу через багаторазові спроби позбутися проблеми. Особливо якщо власних сил і засобів недостатньо, впоратися з проблемою складно.

Симптоми, які може спостерігати психолог при безпосередній роботі з цією категорією: фізичні (тремтіння, головні болі, різка слабкість, зміна апетиту, різні больові відчуття); плач, смуток, пригнічений настрій, сум; стресові стани, страхи; стрес і нервозність; неспокійні думки; порушення циклу «сон-неспання»; почуття провини, сорому; ізоляція або нездатність рухатися; відсутність реакції на інших людей, небажання говорити; порушення пам'яті та ін. [14; 15].

Взаємодіючи з особами соціального статусу переміщених осіб, психологи можуть підтвердити, що кожна людина має власну унікальну комбінацію адаптаційних ресурсів. Ця комбінація включає в себе основні ознаки стилю боротьби індивідів:

1) переконання і цінності (обмани і моральні цінності);

2) вплив і почуття (чуття);

3) соціальна сфера;

4) уява і творчість;

5) розуміння і мислення (знання і мислення);

6) фізіолого-діяльнісний (фізична активність).

Сукупність усіх параметрів формує індивідуальний стиль боротьби в різних життєвих ситуаціях. Слід зазначити, що у кожної людини є свої основні методи подолання кризи в різні періоди життя. Працюючи з різними станами, що виникають внаслідок психотравмуючих подій війни, психолог може використовувати різні засоби, методи та підходи [19].

Ключові аспекти психокорекції тривожних станів у ВПО:

1. Внутрішньо переміщені особи переживають низку стресових ситуацій, які можуть підвищити або посилити тривожність:

– втрати : втрата дому, близьких, стабільного соціального оточення, змінене життєве середовище.

– невизначеність : відчуття нестабільності та невизначеності щодо майбутнього, житла, роботи, правового статусу.

– соціальна ізоляція : ВПО часто стикаються з труднощами в адаптації до нової громади, можуть відчувати себе чужими через культурні та мовні бар’єри.

2. Психокорекція для цієї категорії осіб має результати не тільки класичні методи, а й особливі потреби ВПО.

Психотерапевтичні методи :

– когнітивно-повідінкова терапія (КПТ) – це один з найефективніших підходів до роботи з тривожними станами, що дозволяє змінити негативні когнітивні патерни і переконання, які можуть посилювати тривогу.

– експозиційна терапія – у випадку посттравматичного стресового розладу, можна замінити терапію, яка є безпечним і прогресуючим переживанням травмуючих спогадів для зниження їх емоційної сили.

– психоосвіта – надання інформації про природу тривоги, її фізіологічні та психологічні аспекти може допомогти зменшити страх та непорозуміння щодо цих станів.

Емоційна підтримка :

– групова терапія : групи підтримки, де ВПО можуть обмінюватися досвідом, виявляти співчуття одного до одного, можуть значно знизити

рівень тривожності. Взаємна підтримка людей відчувати себе менш самотніми.

– індивідуальні сесії з психологом : дозволяють більш глибоко дослідити особистісні та психологічні труднощі, пов’язані з переміщенням, і розробити індивідуальні стратегії подолання стресу.

Релаксаційні техніки :

– медитація та майндфулнес : практики усвідомленості допомагають знизити рівень тривоги через фокусування на поточний момент, зменшуючи панічні думки про майбутнє.

– дихальні вправи : глибоке дихання або техніки релаксації, такі як прогресивна м’язова релаксація, допомагають заспокоїти нервову систему і порушити фізіологічні прояви тривожності.

Соціальна інтеграція :

– активності для інтеграції в нову громаду : організація заходів, що сприяють соціалізації, може допомогти ВПО відчути себе частиною нової громади та зменшити відчуття ізоляції.

– підтримка правових і соціальних потреб : допомога у вирішенні юридичних та адміністративних питань (наприклад, отримання статусу ВПО, доступ до медичних послуг та освіти) може знизити рівень тривоги, пов’язаний із невизначеністю.

3. Стратегії тривалої підтримки:

– підтримка стабільності : надання можливості для ВПО створити стабільне середовище (житло, робота, соціальні зв’язки) є важливим умовою для психічного здоров’я. Психологічна допомога повинна включати стратегії адаптації до змін, щоб знизити рівень тривожності в довгостроковій перспективі.

– використання психологічного відновлення через творчість та самоусвідомлення : арттерапії, письмових практик або інших творчих методів допоможе ВПО висловлювати свої емоції та переживання, що може бути корисним для стресу.

4. Важливо отримати культурні та індивідуальні особливості внутрішньо переміщених осіб, які можуть варіюватися у відношенні від походження, досвіду та психологічного стану. Тому психокорекція повинна бути гнучкою і адаптованою до конкретних потреб кожної особи чи групи.

Психокорекція тривожних станів у ВПО сприяє не тільки поліпшенню психічного здоров'я, але й хочеться цим особам адаптуватися до нових життєвих умов, знизити рівень стресу та інтегруватися в нове соціальне середовище.

Отже, внутрішньо переміщені особи стикаються зі специфічними психологічними труднощами, пов'язаними з втратами, невизначеністю, соціальною ізоляцією та травматичним досвідом. Ці фактори формують широкий спектр емоційних, когнітивних поведінкових та інших порушень, які вимагають індивідуального підходу в психологічній допомозі.

Серед психічних проявів тривожність є єдиною з найпоширеніших реакцій на стресову ситуацію, що створюється через гуманітарні катастрофи, включаючи військові конфлікти. Вона може мати як адаптивний, так і патологічний характер.

Вплив вимушеного переселення на особистість може бути як негативним (психічні розлади, соціальна дезадаптація), так і позитивним (активізація розвитку, переосмислення життєвих цінностей). Важливо враховувати обидва аспекти під час надання допомоги.

Психокорекція тривожних станів у ВПО вимагає інтегрованого підходу, що включає когнітивно-повідінкову терапію, психоосвіту, групову та індивідуальну терапію, релаксаційні техніки, а також заходи для соціальної інтеграції.

Ефективна психологічна допомога враховує унікальність досвіду кожної особи, її особистісні характеристики, рівень соціального капіталу, статтю, культурні особливості та інші фактори, які впливають на сприйняття та реакцію на травматичні події.

Соціальна інтеграція, створення стабільного середовища, забезпечення юридичних та побутових потреб є кількома елементами у зниженні рівня тривожності та адаптації до нових умов.

Стратегії тривалої допомоги включають стабілізацію життєвого середовища, розвиток творчого потенціалу, самосвідомість та адаптацію до нових умов. Це сприяє зміцненню психологічної стійкості та інтеграції ВПО в нове суспільство.

Таким чином, психокорекція тривожних станів у ВПО має вирішальне значення для їх психічного здоров'я, соціальної адаптації та відновлення життєвого потенціалу. Ефективні методи мають розроблятися індивідуально і спрямовуватися на довгострокову стабільність.

2.2. Специфіка проведення психокорекції тривожних станів у внутрішньо переміщених осіб

Психокорекція тривожних станів у внутрішньо переміщених осіб (ВПО) має свої специфічні особливості, які пов'язані з унікальними труднощами та викликами, з якими ці особи стикаються після переміщення. Врахування цих факторів є ефективним для забезпечення ефективності психокорекційної роботи.

Розглянемо основні з цих факторів:

1. Врахування травматичного досвіду:

– багато ВПО переживають сильні стресові ситуації, такі як насильство, втрату дому, розлуку з родиною, що призводить до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і панічних атак. Психокорекція повинна бути делікатною та емоційно чутливою, щоб уникнути повторного травмування.

Слід виявляти турботу, повагу та щиру турботу про ВПО. Допомога не обмежується психологічною підтримкою. Значна частина допомоги припадає на вирішення соціальних та сімейних проблем.

Принципи проведення психокорекції тривожних станів у внутрішньо переміщених осіб:

1. Принцип зменшення травми варто звести до мінімуму переживання людини, пов’язані з травмою, щоб уникнути повторної травматизації. Необхідно також враховувати особливу вразливість людей, які зіткнулися з важкими випробуваннями. Зокрема, багато з них не вважають себе «постраждалими». Щоб їх не образити, не слід вживати цих слів. У процесі психодіагностики можна побачити симптоми психічного ураження (плач людини, недовіра, злість, розчарування тощо). Якщо це неадекватна відповідь, важливо розуміти, що вона не обов’язково спрямована особисто на терапевта і не пов’язана з його рівнем компетенції.

2. Принцип підзвітності – перш ніж щось зробити, варто пояснити, чому це важливо.

3. Принцип конфіденційності – стосується того, що особиста інформація, надана кимось, використовувалася лише для терапевтичних цілей [43].

2. Поступова експозиція : для осіб з ПТСР важливо мати поступовий процес «відновлення» через роботу з травматичними спогадами за допомогою експозиційної терапії. Це може включати безпечне обговорення травматичних подій у контрольованому середовищі, де пацієнт може отримати підтримку від психолога чи групи.

Експозиційна терапія, або терапія з використанням впливу, заснована на поведінковій терапії, розробленій в середині 20 століття. Засновниками поведінкової терапії були такі психологи, як Дж. Уотсон і Б. Скіннер. Експозиційна терапія спочатку була розроблена для лікування тривожних розладів, зокрема фобій. Після військових конфліктів, зокрема Другої світової війни, війни у В’єтнамі та останніх конфліктів, таких як війни в Іраку та Афганістані, дедалі більше ветеранів, які страждають від посттравматичного стресового розладу (ПТСР), потребують спеціалізованого лікування.

Експозиційна терапія почала використовуватися для лікування посттравматичних стресових розладів у 1980-х роках. Експозиційна терапія ґрунтується на принципі, згідно з яким людину можна піддавати травматичним спогадам або ситуаціям, які викликають страх і тривогу, і це можна робити неодноразово та контролювати, щоб зменшити ці емоційні реакції. Основна ідея полягає в тому, щоб розірвати асоціації між травматичними спогадами та сильними емоційними реакціями. Експозиційна терапія є ефективним методом лікування ПТСР, пов'язаного з бойовими діями, і використовується в різних ситуаціях:

1. Індивідуальна терапія: індивідуальна терапія з терапевтом;

2. Групова терапія: сесії, під час яких пацієнти перебувають під наглядом і підтримують один одного;

3. Віртуальна реальність (VR): використання технологій віртуальної реальності для створення контрольованого віртуального середовища, де пацієнти можуть переживати травмуючі події в безпечному контексті.

З прогресом у клінічній психології та появою нових досліджень експозиційна терапія була адаптована та вдосконалена для лікування ПТСР, особливо серед учасників та свідків бойових дій. Він визнаний ефективним методом лікування і широко використовується в сучасній психотерапії.

Ця методика передбачає систематичне піддавання пацієнтів травматичним спогадам і ситуаціям, що провокують страх, у контрольованому середовищі, щоб зменшити емоційну реакцію на ці спогади.

Довготривале втручання включає кілька основних компонентів:

1. Психонавчання:

– особу навчають розуміти природу ПТСР і механізми підтримки симптомів;

– тренування дихання: особи навчаються технікам контролю дихання для зменшення фізичних симптомів стресу;

– віртуальна експозиція: особи описують свої травматичні спогади в безпечному терапевтичному середовищі.

Зважаючи на це, можна припустити, що найбільш реалістичне відображення створених умов поведінки може швидко створити спогади, подібні до травматичних спогадів. І чим ширша різноманітність, тим гострішою є проблема пристосування травматичного досвіду до кожного окремого випадку посттравматичного стресового розладу [22].

3. Техніка релаксації та дихання : для осіб із сильними переживаннями важливо включати вправи, які сприяють зниженню стресу в момент паніки чи тривоги (практики глибокого дихання, прогресивна м’язова релаксація, майндфулнес допомагають стабілізувати стан).

Втручання на основі психотерапії майндфулнес терапії (МБІ), наративної реконструкції (НР) й когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) також є ефективними методами полегшення. Слід зазначити, що психотерапевти можуть підтримувати клієнтів, які мають справу з емоційним болем під час терапії, спочатку допомагаючи клієнту визначити хворобливі відчуття та незадоволені потреби, а потім створюючи відповідні емоційні реакції на ці незадоволені потреби та хворобливі переживання. Тому психотерапевтична робота дає можливість стати свідком трансформації індивідуального емоційного болю. Варто зазначити, що психологічна підтримка вираження душевного болю має враховувати двостороннє поєднання душі та тіла. Крім того, для впровадження ефективного процесу змін важливо розуміти та враховувати різні типи емоційного болю, щоб вибрати найбільш ефективні методи втручання. Прогрес цієї терапії можна оцінити кількома способами, включаючи оцінку відповіді особи на лікування, моніторинг змін у симптомах, використання клінічних інтерв’ю для оцінки тяжкості симптомів тривалого розладу горя та моніторинг загального самопочуття людини [10].

Найбільш дієвим і ефективним показником є:

а) здатність індивіда визнати та прийняти втрату та пов’язані з нею почуття;

б) нормалізація стану індивіда, зменшення почуття смутку;

в) можливість переосмислити ситуацію.

Варто звернути увагу на когнітивну та емоційну компетентність особистості, її здатність створювати сенс у контексті досвіду. З цієї причини важливо прислухатися до метафор, які клієнти використовують, щоб описати свою втрату, і розширювати та змінювати свої метафори таким чином, щоб допомогти їм зцілити та подолати свій біль. У роботі з втратою психологу важливо супроводжувати клієнта на всіх етапах, активно вислуховувати, заспокоювати та підтримувати. Особливе значення в процесі реабілітації має допомога у пошуку внутрішніх ресурсів і складання планів на майбутнє [42].

Згідно з алгоритмами кризового втручання, важливо просто підійти до клієнта і прийняти його позицію. Подальша робота з травмою починається, коли клієнт готовий до спілкування, незалежно від рівня втрати. Проективні методи, такі як написання «листа», де клієнт висловлює свої почуття та думки зниклій людині – це допомагає клієнту висловити свої почуття та знайти спосіб завершити це символічним способом. Також корисні такі методи арт-терапії, як пластика, глина, фарби або олівець. Ці методи дозволяють клієнту «матеріалізувати» свої внутрішні почуття і вивільнити їх. Вони допомагають клієнтам ефективно впоратися з переживаннями втрати, дають можливість висловити свої почуття та знайти внутрішню рівновагу [37].

4. Підтримка соціальної адаптації

ВПО часто відчувають себе ізольованими через підтримку підтримки, культурні різниці або мовні бар’єри. Психокорекція повинна включати елементи соціальної підтримки, допомагати особам адаптуватися до нової громади:

– групова терапія : залучення внутрішньо переміщених осіб до

підтримуваної групи або терапевтичних груп може бути дуже корисним. Вони можуть поділитися своїми переживаннями з тими, хто переживає схожі труднощі, що створюють відчуття єдності та підтримки.

Ефективні програми інтеграції ВПО мають базуватися на якісних системах реєстрації відвідувачів, моніторингу їхніх потреб і можливостей, активній участі людей у створенні таких групових програм. І з цим велика проблема: у більшості спільнот немає таких систем, люди не запитують, що хочуть, і не збирають відгуки. Проте в Україні та за її межами накопичено чималий досвід проведення заходів для переселенців, проаналізувавши який, можна зробити висновок про його ефективність [66].

– активності для інтеграції : психолог може проводити групові заходи, тренінги або інші ініціативи для полегшення соціальної адаптації – знайомство з місцевими громадами, культурні заходи, волонтерська діяльність.

5. Індивідуальний підхід до кожного випадку – кожна людина має свій унікальний досвід і реакцію на стрес, тому психокорекція має бути індивідуально адаптованою до потреби конкретної особи. Важливо отримати лише травму від переміщення, а й інші психологічні аспекти, такі як попередні психічні розлади, соціально-економічний статус, вік, гендерні та культурні відмінності.

У кожної людини є свій поріг чутливості до стресу – рівень стресу, при якому ефективність діяльності підвищується (евстрес), і критичний рівень втоми, коли ефективність діяльності знижується (при виникненні стресу). Можна визначити «межі переходу» як об’єктивні або об’єктивні критерії, для яких використовуються біохімічні, фізіологічні чи поведінкові показники, тому дуже важко дати просте та загальне визначення стресостійкості, яке охоплює всі аспекти життя людини. Кожен організм має два види адаптаційних резервів: поверхневі і глибокі. При короткочасному (гострому) стресі відбувається рух «поверхневих» запасів, а якщо їх недостатньо, починається великий «глибинний» обмінний запас енергії. Найбільші

труднощі у визначенні стресостійкості людини виникають при оцінці її реакції на психологічні фактори. Третя причина з цього списку – внутрішні причини [34].

6. Індивідуальна терапія – психолог може використовувати когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), техніку психоаналізу, арт-терапію чи інші методи у залежності від особистих особливостей ВПО.

Індивідуальна та групова терапія – абсолютно різні форми роботи. І було б неправильно говорити, що якийсь окремий вид консультування буде більш ефективним. Багато залежить від мотивації, зусиль, бажання діяти та змінити життя. Крім того, доречно враховувати особливі умови роботи психолога, не всі займаються груповими вправами, зосереджуючись лише на індивідуальних заняттях. І, звичайно, варто звернути увагу на питання, адже деякі проблеми можна вирішити лише на індивідуальних зустрічах.

Переваги індивідуальної роботи:

1. Взаємодія зі своїм внутрішнім «Я».

2. Вся увага психолога зосереджена тільки на особі.

3. Свобода від негативних або стресових думок.

4. Більше вільного обговорення особистих тем.

Недоліки індивідуальної роботи:

1. Важко почати. Причини запобігти цьому завжди знайдуться.

2. Вихід із зони комфорту.

Групова психотерапія переваги:

1. Досвід людей у групі може бути терапевтичним.

3. З’являється більше можливостей для самовдосконалення. Перш за все, учасники групи діляться власним життєвим досвідом, проблемами та методами вирішення конфліктів.

4. Є теми, на які зручніше говорити в групі. Крім того, учасники пережили той самий чи схожий досвід.

Недоліки групової роботи:

1. Менше уваги з боку психолога.

2. Важливо рухатися за звичною програмою і з однаковою швидкістю.

3. Є моменти для самостійної роботи, на які завжди немає зворотного зв'язку. Знову ж таки, через кількість людей і перелік робіт в групі.

Психологи рекомендують обирати найбільш зручний вид психологічної практики, який викликає якомога менше опору та зривів [18].

Психокорекційний процес повинен бути адаптований до рівня готовності особи працювати з її переживаннями. Тривожність може бути тимчасовою або хронічною, а психотерапевт має бути готовим до коригування методів залежно від змін у стані людини.

7. Фокус на стабільність та безпеку

ВПО переживають значні труднощі, пов'язані з нестабільним життєвим становищем. Психологічна допомога повинна включати стратегії, спрямовані на відновлення відчуття безпеки та стабільності.

Важливо, щоб ВПО мав доступ до соціальних послуг, таких як житло, медичне обслуговування, фінансова підтримка. Психолог може працювати з іншими фахівцями для того, щоб допомогти людям отримати ці послуги.

Психолог може працювати з родинами або соціальними працівниками, щоб створити мережу, що підтримується особами, які переживають тривожність через соціальну чи матеріальну нестабільність.

8. Робота з емоційною енергією

ВПО, особливо ті, хто зазнав сильного стресу або втрати, можуть відчувати емоційне підвищення або втрату мотивації. Психокорекція повинна включати стратегії, які допомагають відновити емоційну енергію та інтерес до життя.

Терапія може включати роботу з самооцінкою, приймаючи себе та пошуком нових життєвих цілей. Арт-терапія, музикотерапія, письмо або інші творчі методи можуть допомогти ВПО виразити ваші емоції та зменшити стрес.

Управління емоціями – важливий навик для кожної людини. Дехто, стикаючись з речами, що руйнують емоції, сприймає їх як зло, намагається їх

придушити, жорстко контролювати, а то й зовсім уникати емоцій.

Оскільки емоції легко стимулювати, вони впливають на багато процесів як особистої, так і міжособистісної реальності, легко вбудовуються та активують моделі поведінки. Контроль емоцій іноді помилково розуміють як пригнічення, але коли це зловживання відбувається, процес обробки емоційних реакцій не тільки неефективний, але й надзвичайно шкідливий.

Управління емоціями включає в себе вміння використовувати їх, давати їм напрямок – наприклад, спонукати себе та інших до дій. І сьогодні більш актуальним є питання не «як позбутися емоцій», а «як дати їм волю». Пригнічені реакції є причиною не тільки психічних проблем людини, а й багатьох захворювань, тісно пов’язаних з психосоматичними переживаннями.

Система емоційного реагування є складною системою, і, як у кожній складній системі, в ній можуть виникати збої. Свідомість і несвідомість втручаються в емоційну реальність і створюють конфлікти в особистості та оточуючих її людей.

Емоції містять інформацію, ними насичене життя будь-якої групи, а управління емоціями в конфлікті – це вміння розуміти цю інформацію.

Щоб контролювати емоційні реакції, необхідно бути відкритим до своїх почуттів і ситуації інших людей, бути готовим прийняти їх [53].

ВПО може переживати періоди різкої емоційної нестабільності, особливо під час важких життєвих етапів, таких як зміна місця проживання або невизначеність щодо майбутнього.

Психологи, які працюють з ВПО, повинні бути готові до надання психологічної підтримки під час кризових ситуацій, таких як панічні атаки, депресивні епізоди чи гострі стресові реакції. Важливо вміти швидко реагувати на кризову ситуацію, підтримуючи людину в емоційному плані та допомагаючи стабілізувати її психічний стан.

Психокорекція тривожних станів у внутрішньо переміщених осіб вимагає комплексного, індивідуалізованого підходу, який враховує

особливості травми, соціальні потреби та емоційний стан. Ключовими аспектами є підтримка соціальної інтеграції, стабільності та надання підтримки, а також забезпечення доступу до ресурсів, які допомагають людям адаптуватися до нових потреб.

Отже, ВПО часто переживають серйозні травматичні події, що потребують делікатного підходу, спрямованого на уникнення повторної травматизації. Важливим є виявлення емпатії, поваги та турботи, а також вирішення соціальних та сімейних проблем.

Принципи роботи з ВПО: уникнення активізації болісних спогадів та викликати особливу вразливість клієнтів, пояснення терапевтичних дій, забезпечення безпеки особистої інформації.

Методи проведення психокорекції тривожних станів у внутрішньо переміщених осіб:

– експозиційна терапія : поступова робота з травматичними спогадами у контрольованому середовищі.

– техніка релаксації та дихання : допомагають стабілізувати емоційний стан та зменшити стрес.

– майндфулнес, когнітивно-повідінкова терапія (КПТ) та арт-терапія: сприяють усвідомленню почуттів та зниженню тривожності.

Важливо сприяти інтеграції ВПО через групові заходи, тренінги, створення терапевтичних груп та ініціативи для соціального залучення.

Кожен випадок унікальний, і психотерапія має лікування індивідуальних потреб, попередні психічні розлади, соціально-економічний статус, вік та культурні відмінності.

Важливо відновлювати емоційну мотивацію та створювати умови для вивільнення внутрішніх переживань через творчі методи (арт-терапія, музикотерапія, письмо).

Забезпечення доступу до соціальних послуг, таких як житло та фінансова підтримка, є ключовим для стабільності у ВПО.

Ефективне управління емоціями намагається уникати негативних наслідків їх пригнічення, знижуючи ризики психосоматичних розладів.

Ефективна психокорекція тривожних станів у ВПО потребує системного, індивідуально орієнтованого підходу, що враховує травматичний досвід, емоційні та соціальні потреби, а також спрямований на створення відчуття безпеки та стабільності.

2.3. Моделі проведення психокорекції тривожних станів у внутрішньо переміщених осіб: дорослих та дітей

Психокорекція тривожних станів у внутрішньо переміщених осіб є важливим питанням у контексті соціальних, психологічних та гуманітарних викликів, з якими стикаються ці групи. Для ефективного втручання доцільно використовувати адаптовані моделі, враховуючи специфіку дорослих і дітей.

1. Психокорекція для дорослих ВПО – когнітивно-повідінкова терапія (КПТ).

Мета – змінити деструктивні когнітивні схеми та реакції на стрес; зниження тривожності шляхом використання власних емоцій і фокусування на теперішньому моменті, формування підтриму середовища для обміну досвідом.

Методи:

– ідентифікація негативних думок, пов’язаних із тривогою. Цей метод базується на когнітивно-поведінковій терапії (КПТ). Метою методу є усвідомлення автоматичних негативних думок, які підсилюють тривогу. Інструментами є ведення щоденника думок, визначення тригерів тривоги та їх впливу на поведінку та переформатування негативних думок у більш реалістичні;

– навчання технік релаксації (дихальні вправи, прогресивна м’язова релаксація). Техніки релаксації спрямовані на зменшення фізичного та психологічного напруження. Дихальні вправи: методика 4-7-8, діафрагмальне

дихання, щоб зменшити активацію симпатичної нервової системи. Прогресивна м’язова релаксація (метод Джекобсона): почергове напруження і розслаблення груп м’язів для усвідомлення їхнього стану [4];

– практики майндфулнес. Майндфулнес фокусується на теперішньому моменті, зменшуючи тривожні думки. Вправи: спостереження за диханням, увідомлення відчуттів у тілі (сканування тіла);

– навчання усвідомленості у повсякденому житті. Розвиток усвідомленості краще реагувати на виклики та знижувати тривогу. Практики: помічати, коли повідомляють тривожну думку, і оцінювати її реалістичність, регулярно відзначати моменти, за які можна бути вдячним, використовувати тайм-аути для короткої паузи у стресових ситуаціях [47];

– робота з життєвими цінностями. Даний підхід є компонентом терапії та відповідальності (ACT). Мета – визначити, що є недоліком для людини, і будувати дії відповідно до цього. Методи: вправи з самоідентифікації, складання карт життєвих цінностей, обговорення, як тривожні думки перешкоджають досягненню цих цінностей [33];

– групові обговорення про подолання стресу. Групова робота знижує відчуття ізольованості та створеної підтримки. Формати: обговорення індивідуальних викликів у дружній обстановці та обмін успішними стратегіями подолання тривоги. Додаткові активності: групові творчі заняття (малювання, музика) та практики релаксації чи медитації разом із групою [32].

2. Психокорекція для дітей ВПО

Мета – вивільнення внутрішнього напруження через гру; формування почуття безпеки та надання психологічного ресурсу; допомогти дитині висловлювати та розуміти свої емоції; розрядка психічної напруги через тілесні рухи.

Методи:

– використання сюжетних ігор, які не дозволяють дітям безпечно програвати травматичні події. Мета – надати дитині можливість відтворити

емоції та події в безпечному середовищі. Приклади: ігри з ляльками або фігурками, які моделюють життєві ситуації, символічна гра. Переваги: через гру дитина переосмислює досвід і знаходить шляхи вирішення проблеми;

– робота з іграшками, малюнками, піском. Техніка: дитина створює композицію в піску, висловлюючи ваші емоції, тематичні або вільні малюнки для розкриття почуттів, використання символічних об’єктів для відображення внутрішніх переживань. Переваги: цей метод дозволяє дитині висловити те, що важко сказати словами [61];

– казкотерапія. Мета – через казки допомогти дітям зрозуміти та прийняти своє переживання. Методика: читання або складання казок із схожими ситуаціями, вибір героїв, з якими дитина може ідентифікуватися. Додатково: В кінці казки бажано створити фінал, щоб дати дитині відчуття безпеки;

– створення історій, які допомагають дитині адаптуватися до нових умов. Техніка: заохочення дитини до вигадування історії про героїв, які потрапили в таку ситуацію (переїзд, втрата); включення позитивних моментів, які надихають на розвиток і адаптацію. Ефект – історії допомагають зрозуміти, що зміни можуть бути не лише викликами, а й можливостями [29];

– аналіз і обговорення почуттів героїв. Методи: читання книг або перегляд мультифільмів, де герої стикаються зі схожими емоціями, розмова про почуття героїв та їхню поведінку. Результат – дитина вчиться розуміти й висловлювати власні емоції через рефлексію;

– використання картинок для вираження емоцій. Матеріали: картки із зображеннями різних емоцій. Завдання: попросити дитину вибрати картинку, яка відображає її стан, обговорити, чому вона вибрала саме цю цю проблему;

– тілесно-орієнтовані практики для дітей. Методи: вправи на усвідомлення тіла (наприклад, відчуття ніг на підлозі або рук на столі). Ефект – допомога у відновленні зв’язку між тілом та емоціями [3];

– терапевтичні танці, ігри з рухами. Техніка: вільний танець під

музику. Мета – вираження емоцій через рух;

– вправи для контролю відчуття над власним тілом. Ефект – розвиток почуття безпеки та контроль.

Загальні рекомендації для роботи з ВПО (дорослі та діти):

– забезпечення місця для роботи, де клієнти почуваються комфортно і захищено;

– розуміння того, як травматичний досвід впливає на поведінку;

– кожна особа чи дитина має унікальний досвід і потреби;

– робота з родиною для покращення адаптації в новому середовищі [46].

Представлені моделі можуть комбінуватися залежно від рівня тривоги, віку, культурних особливостей і доступності ресурсів.

Отже, психокорекція тривожних станів у ВПО є напрямом, що вимагає системного підходу до підтримки як дорослих, так і дітей, які відзначили вплив стресу через зміну життєвих умов.

Для дорослих ВПО ефективними є когнітивно-поведінкові методики, які допомагають змінити деструктивні когнітивні схеми, знизити рівень тривожності та сформувати навички усвідомленого проживання теперішнього моменту.

Методи для дітей ВПО зосереджуються на творчому вираженні емоцій, використовують ігрові та терапевтичні практики, які створюють відчуття безпеки, допомагають розрядити напругу та адаптуватися до нових умов.

Використання комбінованих підходів із залученням як когнітивно-поведінкових, так і тілесно-орієнтованих методів дозволяє використовувати широкий спектр потреб і надавати цілісну підтримку.

Надання правильної та індивідуалізованої допомоги сприяє не зниженню рівня тривожності, але й формуванню позитивного ставлення до життя, адаптивних механізмів та психологічної стійкості в нових умовах.

РОЗДІЛ 3
ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ТРИВОЖНИХ СТАНІВ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

3.1. Організація і методи дослідження особливостей проведення психокорекції тривожних станів у внутрішньо переміщених осіб

Дослідження особливостей проведення психокорекції тривожних станів у внутрішньо переміщених осіб, як правило, організовується поетапно, щоб забезпечити чітке структурування та досягнення поставлених цілей.

Дослідження особливостей проведення психокорекції тривожних станів у внутрішньо переміщених осіб включає три основні етапи:

1. Діагностичний етап (емпіричне дослідження)

На цьому етапі створюється збір первинної інформації для оцінки психологічного стану внутрішньо переміщених осіб. Використовуються наступні методи:

1. анкетування та опитування.

2. психодіагностичні методики: опитувальник базових симптомів SCS-90, дослідження Outcome Questionnaire-45, шкала проявів тривоги Дж. Тейлор, «Самооцінка психічних станів» (за Г. Айзенком).

2. Психокорекційний етап

Основним завданням цього етапу є безпосереднє проведення психокорекційної роботи як для дітей, так і для дорослих.

3. Контрольно-аналітичний етап

На цьому етапі оцінка ефективності психокорекційної роботи.

Застосовуються такі методи:

1. повторна психодіагностика з використанням інструментів, застосованих на першому етапі.

2. порівняння результатів до і після корекції для визначення змін у рівні тривожності.

Поетапний підхід дозволяє забезпечити системність і результативність психокорекційної роботи з внутрішньо переміщеними особами.

Метою проведення дослідження – розробити, впровадити та оцінити ефективність психокорекційних заходів для зниження рівня тривожності у внутрішньо переміщених осіб (ВПО).

Завдання дослідження

1. Визначити рівень тривожності у ВПО.

2. Проаналізувати фактори, що впливають на розвиток тривожних станів.

3. Розробити та апробувати психокорекційні методики.

4. Оцінити результати впроваджених методик.

Учасники дослідження:

– внутрішньо переміщені особи (чоловіки, жінки, різні вікові категорії).

– кількість учасників – 60 осіб.

Методи дослідження:

1. Шкала проявів тривоги Дж. Тейлор – це один із класичних і найбільш специфічних інструментів для вимірювання рівня тривожності. Шкала спрямована на оцінку як ситуативної, так і загальної тривожності [36].

Шкала тривожності Дж. Тейлор є одним із класичних і широко використовуваних інструментів для вимірювання рівня тривожності. Вона розроблена Джанет Тейлор у 1953 році на основі питань, взятих із Міннесотського багатофакторного особистісного дослідника (MMPI). Цей тест дозволяє оцінити ступінь проявів як ситуативної, так і загальної тривожності.

Шкала створена для:

– визначення рівня тривожності як стабільної особистісної характеристики;

– дослідження взаємозв’язку тривожності з іншими психологічними особливостями.

Шкала складається з 50 тверджень, які оцінюють, проявляють тривожність. Відповіді формату «Так» або «Ні», що полегшує використання і обробку результатів.

Переваги:

- простота в проведенні;
- легкість в обробці результатів;
- широкий спектр програмнь [35].

Шкала Дж. Тейлор є ефективним інструментом для оцінки тривожності та її інтенсивності. Вона особливо корисна в дослідницькій і терапевтичній роботі, коли потрібна програма рівня тривожності та його вплив на поведінку і стан людини [36].

2. «Самооцінка психічних станів» (за Г. Айзенком) – дана методика підходить для загального оцінювання психічних станів, включаючи тривожність. Методика включає дослідження самооцінки емоційного стану, зокрема тривоги, депресії та агресивності, визначення загального психологічного фону.

Методика «Самооцінка психічних станів» була розроблена відомим британським психологом Гансом Айзенком і використана для оцінки емоційного стану особистості. Вона дозволяє застосовувати рівень таких психічних станів, як тривожність, фрустрація, агресивність і ригідність (емоційна негнучкість).

Даний тест призначений для:

– швидкої оцінки емоційного стану на момент тестування;

– виявлення домінуючих емоційних реакцій особистості;

– використання в дослідженнях і психокорекційній роботі для моніторингу емоційних змін.

Методика включає 40 тверджень, кожне з яких описує певний психічний стан.

Твердження згруповані за 4 шкалами:

- тривожність : вказує на переживання страху, напруги, невпевненості;
- фрустрація : вказує на рівень розчарування і незадоволеності потреб;
- агресивність : оцінює готовність до проявів ворожості або агресивних дій;
- ригідність : показати нездатність змінювати звичні способи реагування в нових об’єктах.

Методика «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка є ефективним інструментом для оцінки тривожності та інших емоційних станів [8].

3. Опитувальник базових симптомів SCL-90 є багатовимірним і використовується для оцінки різних психологічних симптомів, включаючи тривожність. Він охоплює широкий спектр симптомів (депресія, соматизація, фобічна тривожність тощо), може допомогти в дослідженні тривожності, але не є вузько спрямованим.

Опитувальник базових симптомів SCL-90 – це широко використовувана анкета самооцінки для вимірювання ряду психологічних і психіатричних симптомів. Він включає десять основних вимірів симптомів, які передбачають соматизацію (SOM, для дистресу, пов’язаного з тілом/фізіологічними переживаннями), обсесивно-компульсивний (OC, для нав’язливих думок і компульсивних дій), міжособистісну чутливість (IS, що описує самовідчуття неадекватності/неповноцінності в стосунки з іншими), депресія (DEP, для поганого настрою та зниження почуття сенс), тривога (ANX, для симптомів тривоги та пережитого напруження), ворожість (HOS, для агресивності по відношенню до інших), фобічна тривога (PANX, для страхів, пов’язаних із специфічними подразниками), параноїдальні ідеї (PI, для проекцій на інших і персекуторних когніцій) і психотизм (PSY, для психотичної та шизофренічної поведінки) та додаткові симптоми. Інструмент має на меті сприяти точному оцінюванню суб’єктивного (наприклад,

клінічно не спостережуваного) досвіду психопатології, не вимагаючи залучення спеціалістів із психічного здоров'я (тобто заощаджуючи ресурси) [67].

4. Опитувальник OQ-45 – це клінічний інструмент для оцінки загального психологічного стану, розроблений для моніторингу змін у пацієнта протягом терапії. Він вимірює психологічний дистрес, соціальне функціонування та якість міжособистісних відносин.

Мета опитувальника OQ-45 – виявлення психологічних проблем і сфери, які потребують уваги.

Опитувальник складається з 45 тверджень , які оцінюють різні аспекти життя респондента. Усі питання розподілені між трьома основними шкалами:

Симптоматичний дистрес (Symptom Distress, SD) – вимірює психологічний дистрес, включаючи тривогу, депресію та соматизацію.

Міжособистісні відносини (Interpersonal Relations, IR) – оцінює здатність будувати та підтримувати стосунки.

Соціальна роль (Social Role, SR) – визначає, наскільки респондент задоволений виконанням соціальних обов'язків (робота, навчання, сімейні ролі).

OQ-45 є універсальним і ефективним інструментом для оцінки стану потреби в терапевтичному процесі. Його застосування дозволяє точно визначити проблемні зони та оцінити ефективність терапії [68].

Загальний опис досліджуваної вибірки людей:

1. Загальна кількість осіб, залучених до дослідження – 60;

2. Вік респондентів – від 17 до 56 років;

3. Метод дослідження: google-form;

4. Методи залучення респондентів – залучення ВПО через Департамент соціального захисту населення Запорізької міської ради;

5. Тривалість – вересень 2024 р. – жовтень 2024 р.;

На рис. 3.1 представлено розподіл учасників дослідження за статтю, який показує відсоток від загальної кількості респондентів.

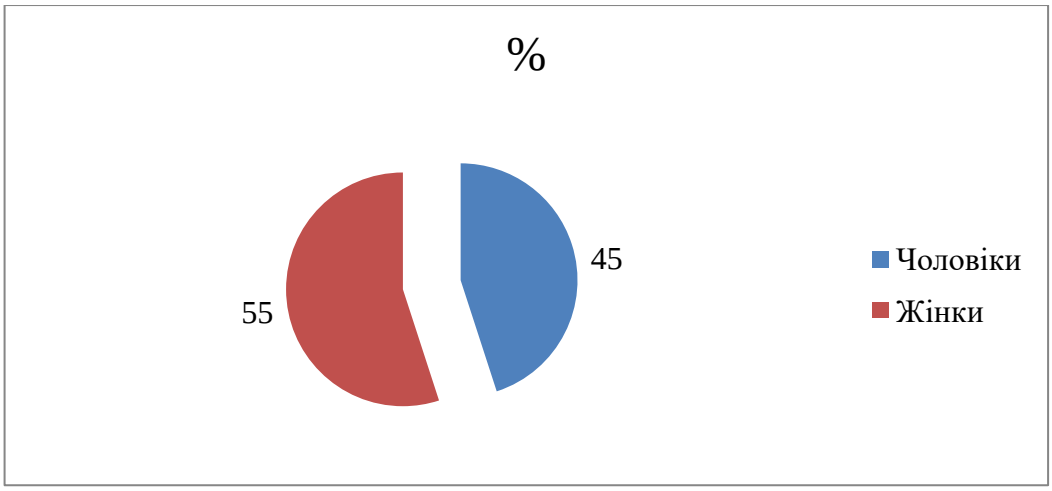


Рис. 3.1. Розподіл учасників дослідження за статтю

В дослідженні прийняли участь 45 % чоловіків ВПО та 55 % жінок ВПО.

Розподіл забезпечує достатньо рівномірний баланс для аналізу психологічних станів у чоловіків і жінок, хоча більша частина жінок може вплинути на загальні результати дослідження.

Соціальний статус учасників дослідження представлено на рис. 3.2.

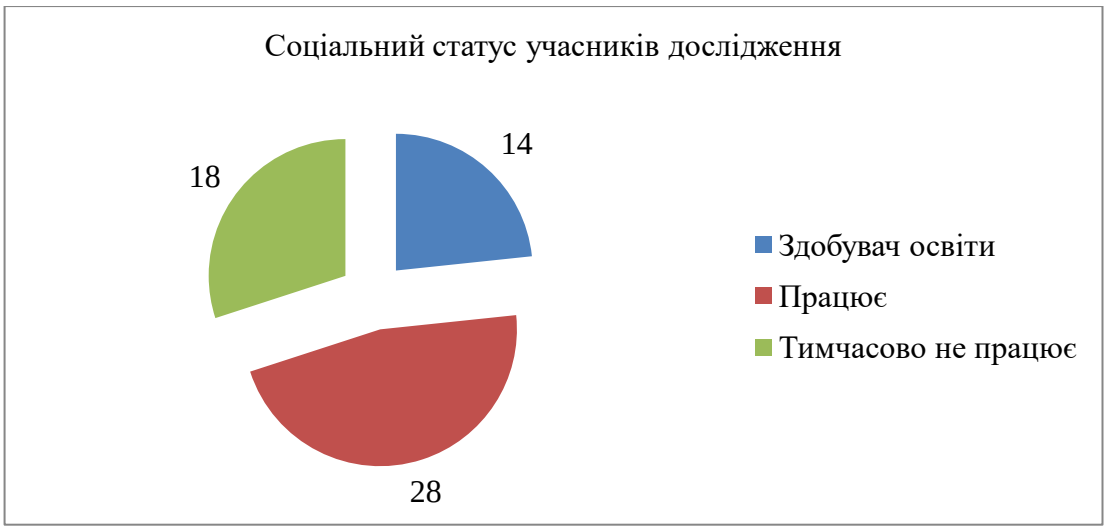


Рис. 3.2. Соціальний статус учасників дослідження

В дослідженні прийняли участь 14 здобувачів освіти (23 % від загальної кількості), 28 працюючих осіб ВПО (46 % від загальної кількості респондентів) та 18 тимчасово непрацюючих ВПО (31 % від загальної кількості респондентів).

Здобувачі освіти – учні, які єднають навчання з адаптацією до нових умов. Вони можуть мати нижчий рівень фінансової незалежності, але вищу цю адаптивність через доступ до соціального середовища навчання.

Працюючі особи – ці респонденти, ймовірно, стикаються з викликами балансування між роботою, адаптацією до нових умов та забезпечення сімейного добробуту. Їхній рівень тривожності може залежати від стабільності зайнятості.

Тимчасово непрацюючі – дана категорія респондентів найбільше вразлива до психологічного дистресу через втрату роботи та невизначеність. Вони можуть мати високий рівень тривожності та потребувати додаткової підтримки для реінтеграції.

В дослідженні приймали участь ВПО з Донецької та Запорізької області.

Опитування проводилося за допомогою Google Forms і було представлено респондентам, які відповіли на особисті повідомлення та погодилися взяти участь в опитуванні.

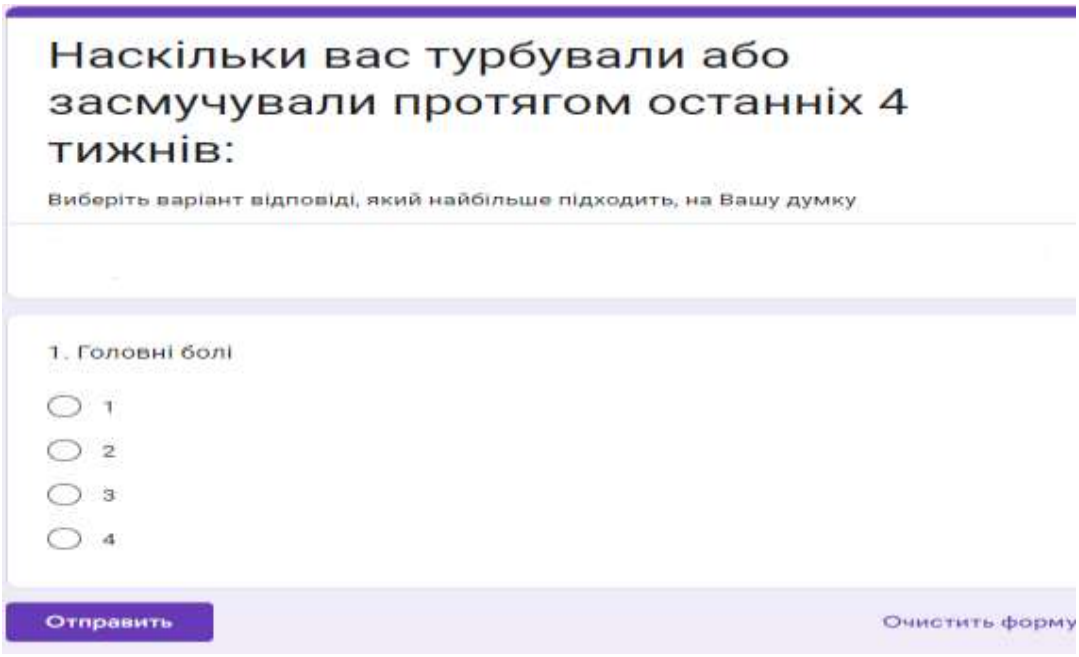


Рис. 3.3. Google Forms на питання тесту SCL-90-R

Проблеми, які виникли під час дослідження:

1. Важливо було уточнити варіанти відповіді респондентів, оскільки вони пропускали питання;

2. Не всі респонденти правильно зрозуміли питання, тому було важливо обговорити визначені питання одразу, а потім розглянути їхні відповіді в процесі підготовки остаточних результатів дослідження.

дослідження Outcome Questionnaire-45, шкала проявів тривоги Дж. Тейлор, «Самооцінка психічних станів» (за Г. Айзенком).

Розглянемо результати згідно опитувальника базових симптомів SCS-90,

В табл. 3.1 представлено результати дослідження згідно індикаторів SCL-90-R.

Таблиця 3.1

Результати дослідження згідно індикаторів SCL-90

Симптоматичний захід	Відповіді за варіантами			
	1	2	3	4
Соматизація	54	5	1	0
Обсесивно-компульсивний розлад	34	10	16	0
Міжособистісна сензитивність	40	15	5	0
Депресія	22	34	1	3
Тривога	19	22	18	1
Ворожість	51	9	0	0
Фобічна тривожність	40	14	6	0
Параноїдальні ідеї	36	18	6	0
Психотизм	44	7	8	1
Додаткові симптоми	40	10	0	0

Отримані результати дають змогу сформувати наступні висновки:

1. варіанти 1 і 2 можна вважати стандартними, інші варіанти вже відрізняються від норми.

2. обсесивно-компульсивний розлад можна констатувати у 16 осіб.

Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) – це тривожний розлад, при якому людина відчуває думки (тривоги), які змушують її виконувати дії (копульсії). Ці дії можуть заважати повсякденному життю та соціальній взаємодії [59].

3. у 5 осіб присутня міжособистісна сензитивність. Міжособистісна сензитивність – це здатність людини тонко сприймати і розуміти емоції, думки та наміри інших людей. Це включає в себе здатність читати невербальні сигнали, розпізнавати емоційні стани співрозмовників і адекватно відповідати на них. Ця риса може сприяти хорошим міжособистісним відносинам і ефективному спілкуванню, оскільки люди з високою сензитивністю можуть швидко адаптувати свою поведінку до потреб співрозмовників, уникати конфліктів і підтримувати гармонію в групах.

4. 4 особи з числа 60 респондентів мають ознаки депресії. Ознаки депресії можуть включати такі симптоми, як постійний сум, відчуття безнадійності, зниження енергії, проблеми з концентрацією уваги, зміни в апетиті або сні, а також відчуття тривоги або безпорадності.

Враховуючи кількість респондентів, можна вважати це як невеликий відсоток, але в той же час це показує, що депресія може бути більш поширеною в певних групах або ситуаціях.

5. Тривога присутня у 19 осіб. Тривога може проявлятися в різних формах: постійне занепокоєння, фізичні симптоми, такі як прискорене серцебиття або пітливість, труднощі з концентрацією, а також відчуття страху чи невизначеності.

Наявність такої кількості людей із симптомами тривоги може свідчити про вплив певних факторів на їх емоційний стан, таких як стресовий стан, соціальні умови чи інші зовнішні чинники. Високий рівень тривоги може вплинути на якість життя і вимагати психологічної або медичної підтримки.

6. Фобічна тривожність спостерігається у 6 осіб. Фобічна тривожність – це специфічний тип тривоги, який пов’язаний з певними фобіями або страхами, наприклад, боязню замкнутих просторів, певних тварин або соціальних ситуацій.

Фобії можуть суттєво вплинути на повсюдне життя людини, потім вони можуть спричинити уникнення ситуацій, що викликають страх, і, як наслідок, обмежити можливості людини в соціальному, професійному чи особистому житті. У деяких випадках фобічна тривожність може бути настільки вираженою, що потребує психологічного лікування або терапії, наприклад, когнітивно-повідінкової терапії.

7. Параноїдальні ідеї властиві 6 особам. Параноїдальні ідеї – це переконання або думки, що людина або оточуючі люди мають неприйнятні або шкідливі наміри щодо неї, якщо навіть немає для цієї реальної основи.

Параноїдальні ідеї можуть суттєво вплинути на якість життя, оскільки вони можуть призвести до соціальної ізоляції, конфліктів у стосунках, стресу та тривожних станів.

8. Психотизм виявлено у 9 осіб. Психотизм – це психічний стан, що характеризується відчуттям від реальності, наявністю галюцинацій, бредових ідей або значними порушеннями мислення. Психотичні стани можуть бути частиною різних психічних розладів, таких як шизофренія, біполярний розлад, важка депресія з психотичними симптомами або іншими порушеннями.

Важливо розуміти, що психотизм може бути результатом різних чинників, включаючи генетичні передумови, травми, стрес, вживання психоактивних речовин чи навіть фізичні хвороби мозку.

На рис. 3.4. сформовано візуальний вигляд результатів згідно методики SCL-90-R.

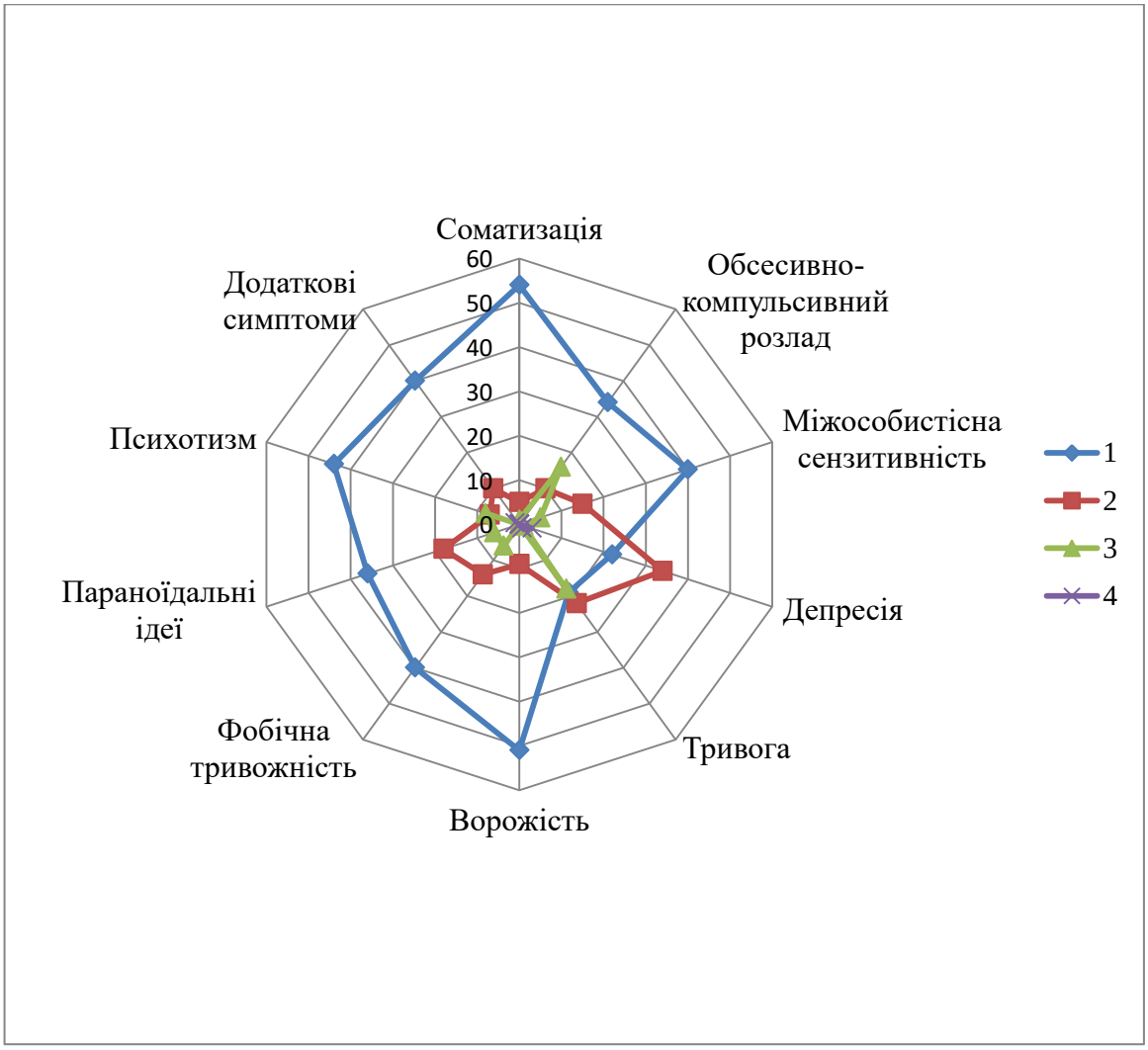


Рис. 3.4. Візуальний вигляд результатів згідно методики SCL-90-R

Відповідно до отриманих результатів, психологічна допомога в цьому випадку має бути спрямована на наступні проблеми.

1. Зниження рівня соматизації;

2. Подолання ворожості;

3. Усунення стресових думок, спогадів, діяльності та дій, а також різноманітних патологічних страхів (фобій).

На рис. 3.5. представлено результати дослідження Outcome Questionnaire-45.



Рис. 3.5. Результати дослідження Outcome Questionnaire-45

Опитувальник Outcome Questionnaire-45 (OQ-45) показує певні статистичні показники, які можуть допомогти оцінити психоемоційний стан респондентів.

Найбільший бал – 103 – це може свідчити про більш серйозні або виражені симптоми у цього респондента. OQ-45 вимірює рівень психічного дискомфорту та функціонування людини в різних сферах життя, тому високий бал вказує на значну кількість проблем у цих сферах.

Найменший бал – 42 – це вказує на те, що у цього респондента менш виражені психологічні проблеми, або його психічний стан знаходиться в межах нормального функціонування.

Середній бал – 67 – це середнє значення показника для всіх виборів, які можна вказати на загальний рівень психоемоційного стану групи. У контексті OQ-45 середній бал 67 може показати на вищому рівні проблеми, які потребують уваги, але не є критичними.

У загальному вигляді, якщо середній бал близьких до 67, це свідчить про більший рівень психоемоційних труднощів серед респондентів.

Загальна кількість питань шкали тривожності Дж. Тейлора 38. За кожну відповідь «так» нараховується 1 бал. При наявності балів від 1 до 16 рівень стресу вважається низьким. Від 17 до 25 вважається рівним середньому стресу, відповідно більше 26 балів свідчить про високий стрес.

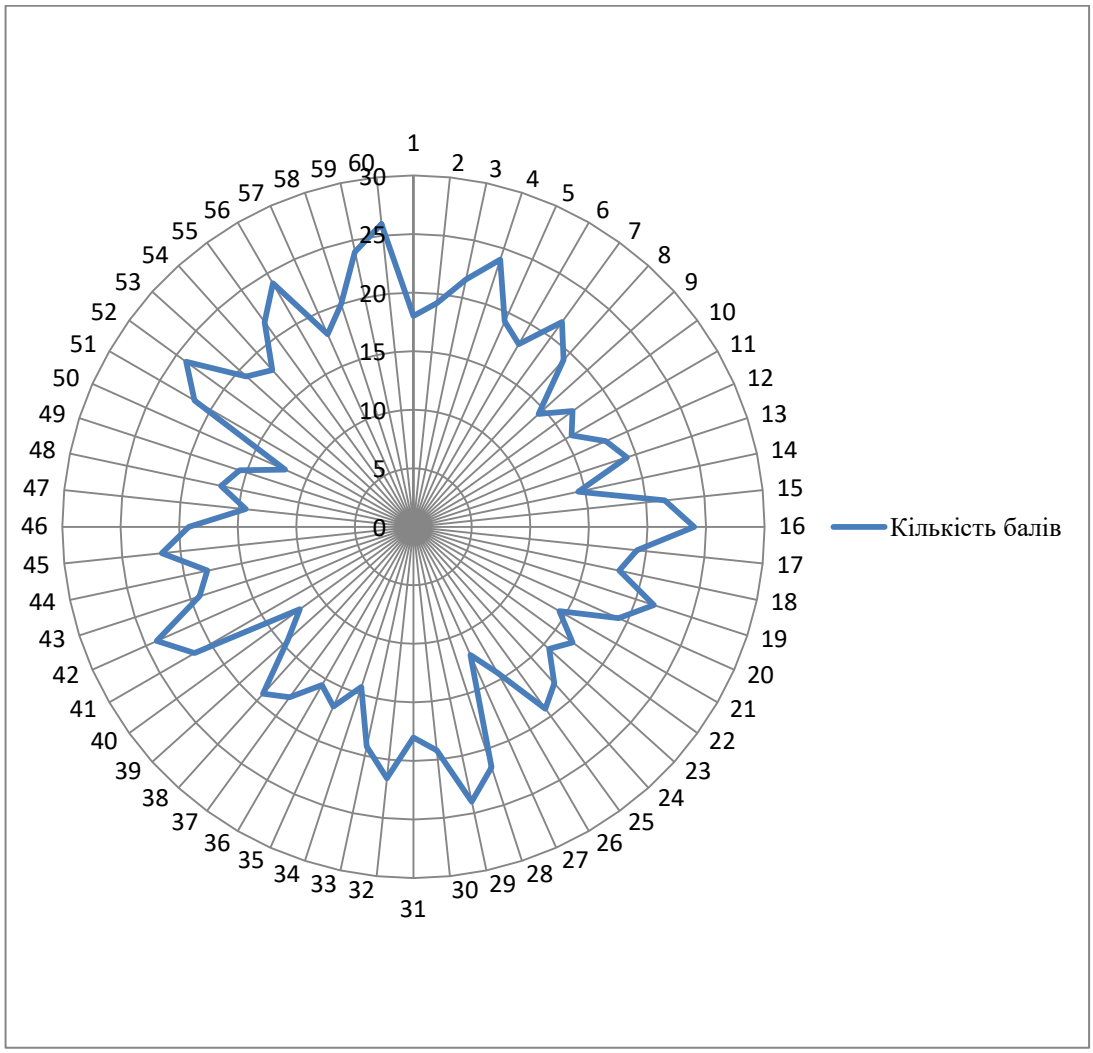


Рис. 3.6. Результати дослідження шкали тривожності Дж. Тейлора

Результати дослідження тривожності за методикою Дж. Тейлора показали низький рівень тривожності у 14 осіб. 45 осіб мають середній рівень тривожності та 1 особа має високий рівень тривожності.

14 осіб з низьким рівнем тривожності – це 23% від вибірки, і ці респонденти, ймовірно, мають стабільний емоційний стан і менші до тривожних переживань. Вони можуть відчувати менше стресу в повсякденному житті і мають кращі адаптивні механізми.

45 осіб із середнім рівнем тривожності – що складає 75% респондентів, що є значною часткою. Це можна означати, що учасники дослідження мають найвищий рівень тривоги, що може виявитися в коротких занепокоєннях, стресах або переживаннях в окремих ситуаціях. Такий рівень тривожності може бути нормальним, але вказує на потребу в підтримці або техніках управління стресом.

1 особа з високим рівнем тривожності – це 1,7% від вибірки, і цей респондент, ймовірно, переживає сильні тривожні реакції, які можуть супроводжувати його в повсюдному житті. Високий рівень тривожності може бути ознакою тривожного розладу, що потребує медичної або психологічної допомоги.

Загалом, ці результати показують, що більшість респондентів мають вищий рівень тривожності, що є характерним для багатьох людей у стресових або невизначених ситуаціях.

Результати «Самооцінка психічних станів» (за Г. Айзенком) представлено в табл. 3.2.

Таблиця 3.2

Дані результату методики «Самооцінка психічних станів» (за Г. Айзенком)

Види емоційних реакцій	Середні результати групи
Шкала тривожності	6
Шкала фрустрації	8
Шкала агресивності	4
Шкала ригідності	7
Загальна оцінка	25

Результати методики «Самооцінка психічних станів» за Г. Айзенком, вказують на вищий рівень емоційних реакцій у досліджуваній групі.

Низький рівень тривожності вказує на досить спокійний емоційний стан респондентів. Вони, ймовірно, не страждають від постійних переживань або сильного стресу, а також можуть добре справлятися з тривожними ситуаціями.

Помірний рівень фрустрації означає, що респонденти іноді можуть відчувати розчарування чи незадоволення через неможливість досягти бажаного, але цей рівень не є високим і не має серйозного впливу на їхнє функціонування.

Низький рівень агресивності про те, що респонденти здатні контролювати свої імпульси і виявляють поміркованість у поведінці. Це вказує на здорову емоційну регуляцію без синдрому до агресивних реакцій.

Помірний рівень ригідності може показати на те, що респонденти можуть бути менш гнучкими у своїх думках і поведінці, але загалом мають достатній рівень адаптивності до змін.

Загальна оцінка на рівні 25 показує на загальний помірний рівень емоційних реакцій у групі, що є нормальним. Враховуючи це, можна сказати, що в групі немає виражених психологічних проблем, але певні емоційні труднощі можуть бути присутніми, які потребують уваги для збереження психоемоційної стабільності.

Отже, дослідження включало 45% чоловіків і 55% жінок серед внутрішньо переміщених осіб (ВПО), що забезпечує достатній баланс для аналізу психологічних станів. Проте більша частина жінок може дещо вплинути на загальні результати, адже у жінок можуть бути спеціальні психологічні реакції в умовах адаптації до нових умов життя.

За результатами методика SCL-90-R, Outcome Questionnaire-45, шкали Дж. Тейлора та методики Г. Айзенка, можна зробити наступні висновки: обсесивно-компульсивний виявлений у 16 осіб, що свідчить про наявність тривожних розладів у респондентів.

Міжособістісна сензитивність є характерною для 5 осіб, що вказує на їх здатність тонко сприймати емоції та думку інших людей, сприяючи гармонійним міжособистісним відносинам.

Депресія виявлена у 4 осіб, що вказує на присутність симптомів депресії у невеликої частини респондентів, які потребують додаткової уваги та підтримки.

Тривога виявлена у 19 осіб, що вказує на найбільший рівень непокоєння серед незабезпечених респондентів, ймовірно, через стресову ситуацію, пов’язану з адаптацією до нових умов.

Фобічна тривожність у 6 осіб та параноїдальні ідеї у 6 осіб свідчать про певний рівень психопатологічних симптомів, які можуть обмежувати соціальну інтеграцію та взаємодію.

Психотизм виявлений у 9 осіб, що можна свідчити про більш серйозні психічні порушення, які потребують спеціалізованого втручання.

Результати за методикою Дж. Тейлора показали, що 75% респондентів мають середній рівень тривожності, що вказує на значний рівень емоційного стресу серед учасників дослідження. Лише 1 особа має високий рівень тривожності, що вимагає медичної або психологічної допомоги.

Результати методики «Самооцінка психічних станів» показали наявність помірних емоційних реакцій у групі. Низький рівень агресивності та тривожності вказує на достатню здорову емоційну регуляцію серед респондентів. Однак існує певний рівень фрустрації та ригідності, який може потребувати корекції за допомогою психологічної техніки.

В цілому, отримані результати показують на важливість комплексного підходу до психокорекції внутрішньо переміщених осіб, зокрема через використання когнітивно-повідінкових методів та соціальну підтримку.

3.2. Програма психокорекції тривожних станів у внутрішньо переміщених осіб: дорослих та дітей

Програма психокорекції тривожних станів у внутрішньо переміщених осіб (дорослих) має на меті зниження рівня тривожності, формування стійкості до стресу, розвиток адаптаційних навичок, що дозволяє ВПО успішно інтегруватися в нові соціальні умови.

Структура програми:

1. Тривалість: 8–12 сесій, 1–2 рази на тиждень (за потребою тривалість може коригуватися).

2. Форма: Індивідуальна чи групова робота.

3. Учасники: Дорослі ВПО, які відчувають підвищену тривожність або стрес через зміну життєвих умов.

4. Методи: когнітивно-повідінкова терапія (КПТ), тілесно-орієнтовані практики, елементи майндфулнес та групової роботи.

Підготовчий етап проведення має на меті створення довірливих стосунків між учасником та терапевтом (або в групі), пояснення принципів роботи.

Основні завдання:

- ознайомлення з механізмами тривожності;
- визначення очікувань учасників від програми.
- формування індивідуальних цілей роботи.

Основний етап

Модуль 1: Робота з когнітивними переконаннями:

- ідентифікація автоматичних негативних думок;
- ведення щоденника думок (визначення тригерів, зміна деструктивних переконань);
- переформулювання негативних думок у позитивні або нейтральні.

Модуль 2: Релаксація та управління стресом:

- освоєння дихальних технік;
- прогресивна м’язова релаксація;
- вправи на зниження фізичної напруги (короткі розтяжки, техніки релаксації під музику).

Модуль 3: Майндфулнес-практики:

- фокусування на теперішньому моменті через дихальні вправи та сканування тіла;
- усвідомленість у щоденній діяльності (вправи: «помічай п’ять відчуттів», «заземлення»);
- вдячність і позитивне мислення (регулярне ведення списку «за що вдячний сьогодні»).

Модуль 4: Робота з життєвими цінностями:

- вправи на самоідентифікацію (визначення цінностей, які важливі для учасника);
- складання плану дій відповідно до цінностей;
- розробка стратегії подолання тривожності, яка вимагає досягнення цінних цілей.

Модуль 5: Групова підтримка:

- обговорення індивідуальних викликів і стратегій їх подолання;
- групові творчі активності (малювання, спільне моделювання життєвих ситуацій);
- спільні релаксаційні сесії (медитація, дихальні вправи).

Заключний етап має на меті підбиття підсумків, оцінку досягнутих результатів та проведення повторного дослідження.

Методи:

- порівняння рівня тривожності до та після програми;
- відгуки учасників;
- план підтримки (що робити у випадку рецидиву тривожності);
- очікувані результати;

- зниження рівня тривожності;
- покращення здатності управляти стресом;
- усвідомлення власних життєвих цінностей і формування плану дій для їх досягнення;
- підвищення рівня саморефлексії та самодопомоги;
- покращення психологічного стану через створення підтримувального середовища.

Програма психокорекції тривожних станів у внутрішньо переміщених осіб (дітей) має на меті зниження тривожності у дітей, формування почуття безпеки, розвиток навички емоційної регуляції та адаптації до нових життєвих умов через ігрові, творчі та тілесно-орієнтовані практики.

Структура програми:

1. Тривалість: 8–10 сесій (1 раз на тиждень, тривалість 45–60 хвилин).

2. Форма: індивідуальні або групові заняття (групи до 6 дітей).

3. Учасники: діти віком 14-17 років, які відчувають підвищену тривожність або психоемоційне напруження через ситуацію вимушеного переміщення.

4. Методи: ігрова терапія, арт-терапія, тілесно-орієнтовані вправи, казкотерапія.

Етапи програми

Підготовчий етап має на меті налагодження довірливих стосунків між терапевтом і дитиною, створення безпечного середовища.

Методи:

- розповідь про суть занять у доступній ігровій формі;
- встановлення правил (наприклад, «у нашій кімнаті ми всі поважаємо один одного»);
- вибір символу-захисника (іграшка або образ, який супроводжує дитину під час занять).

Основний етап

Модуль 1: Вивільнення емоцій через гру та творчість:

Методи:

– сюжетні ігри для програвання травматичних подій у безпечному середовищі;

– робота з піском: створення композицій, що символізують страхи та їхнє подолання;

– малювання емоцій (тематичні малюнки «Як я відчуваю себе», «Моє щасливе місце»);

– ліплення з пластилину як спосіб відображення внутрішнього стану.

Модуль 2: Робота з емоціями через історії:

- казкотерапія: читання або створення історій, які допомагають дитині ідентифікувати свої почуття;
- обговорення почуттів героїв казок;
- створення власної історії дитиною про героя, який подолав труднощі.

Модуль 3: Робота з тілом для зниження тривожності:

Тілесно-орієнтовані вправи:

– «Заземлення» (положення ніг на підлозі, рук на столі);

– «Дихання, як хвиля» (навчання повільному диханню);

– терапевтичний танець: вільний рух під музику для розрядки емоційного напруження;

– вправи для контролю відчуття над тілом («Невидима броня», «Я сильний як дерево»).

Модуль 4: Формування позитивного мислення та почуття безпеки:

– використання картинок із зображеннями емоцій для обговорення почуттів;

– гра «Що мене робить щасливим?» (створення малюнків щасливих моментів);

– створення символу захисту (наприклад, намалювати або зробити амулет);

– ритуал «Закриваємо двері страхам» (діти символічно «закривають» свої страхи, малюючи їх на аркушах і залишаючи в уявній «скриньці страхів»).

Заключний етап має на меті закріплення досягнутих результатів і формування навичок самодопомоги.

Методи:

– вправа «Моя карта ресурсів» (малювання або створення списку джерел підтримки та щастя);

– обговорення успіхів дитини за програмою (у формі гри або через малюнки).

Очікувані результати

- зниження рівня тривожності у дитини;
- формування навичок вираженості та регуляції емоцій;
- відчуття безпеки й довіри в нових умовах;
- розвиток адаптивних механізмів поведінки;
- покращення емоційного стану через гру, творчість і тілесні практики.

Дані програми можуть адаптуватися під потреби конкретної особи, з урахуванням вікових та культурних особливостей.

3.3. Аналіз ефективності програми психокорекції тривожних станів у внутрішньо переміщених осіб: дорослих та дітей

Аналіз ефективності програми проводиться шляхом повторного тестування згідно обраних методик.

Дані повторного дослідження шкали тривожності Дж. Тейлора представлено на рис. 3.7.

Результати повторного дослідження тривожності за методикою Дж. Тейлора показали низький рівень тривожності у 15 осіб (+1 особа). 45 особам притаманний середній рівень тривожності. Високого рівня тривожності не має ні одна особа.

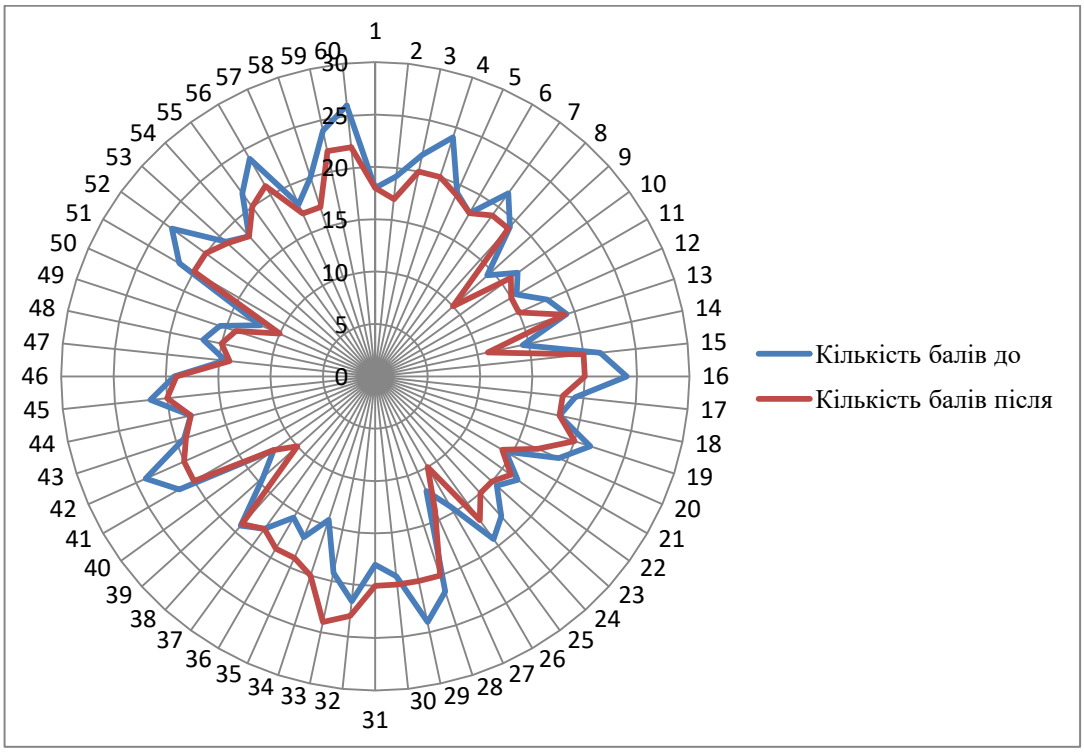


Рис. 3.7. Дані повторного дослідження шкали тривожності Дж. Тейлора

Результати повторного дослідження згідно методики «Самооцінка психічних станів» (за Г. Айзенком) представлено в табл. 3.3.

Таблиця 3.3

Результати повторного дослідження згідно методики «Самооцінка психічних станів» (за Г. Айзенком)

Види емоційних реакцій	Середні результати групи до	Середні результати групи після
Шкала тривожності	6	4
Шкала фрустрації	8	9
Шкала агресивності	4	4
Шкала ригідності	7	6
Загальна оцінка	25	23

Згідно з наданими результатами, можна зробити декілька висновків про зміни емоційних реакцій групи до та після психокорекції тривожних станів у внутрішньо переміщених осіб: дорослих та дітей.

Шкала тривожності – зниження з 6 до 4 свідчить про зменшення рівня тривожності в групі, що вказує на позитивні зміни або ефективність застосованих методів для зменшення тривожності.

Шкала фрустрації – підвищення з 8 до 9 вказує на те, що рівень фрустрації збільшився після впливу чи втручання. Це може означати, що учасники стали більш чутливими до труднощів або незадоволення, або що вплив не сприяв зменшенню цієї емоційної реакції.

Шкала агресивності – значення залишилось незмінним (4), що означає, що рівень агресивності в групі не змінився під впливом втручання або факторів, які досліджуються.

Шкала ригідності – зменшення з 7 до 6 може свідчити про зниження рівня ригідності, тобто учасники стали більш гнучкими у своїх реакціях або здатними адаптуватися до нових умов.

Загальна оцінка знизилась з 25 до 23, що вказує на невелике поліпшення емоційного стану групи.

Загалом, зменшення тривожності та ригідності є позитивними ознаками, але підвищення фрустрації може свідчити про потребу в додаткових коригуючих заходах.

Аналіз результатів повторного дослідження та ефективності програми психокорекції тривожних станів показує різні зміни емоційних реакцій в групі, що можуть бути корисними для подальшої корекційної роботи.

Зниження середнього рівня тривожності з 6 до 4 свідчить про ефективність застосованих методів психокорекції для зменшення тривожних реакцій. Таке зниження позитивно оцінюється, оскільки тривожність є однією з основних емоційних проблем у цій групі.

Підвищення рівня фрустрації з 8 до 9 вказує на погіршення цього аспекту емоційного стану, що є незвичним, оскільки зазвичай втручання повинно сприяти зниженню фрустрації. Це може бути результатом підвищеної чутливості учасників до зовнішніх стресових факторів або свідченням необхідності доопрацювання програми в частині роботи з фрустрацією.

Постійний рівень агресивності (4) вказує на відсутність змін у цьому аспекті емоційної поведінки. Це може свідчити про те, що методи психокорекції не вплинули на агресивність або ж ця проблема потребує окремої роботи.

Зниження рівня ригідності з 7 до 6 вказує на позитивні зміни в здатності учасників адаптуватися до змін, що є важливим для покращення емоційного та соціального функціонування.

Невелике зниження загальної оцінки з 25 до 23 також вказує на поліпшення емоційного стану в групі.

Зменшення тривожності та ригідності є важливими досягненнями програми, однак підвищення фрустрації і відсутність змін в агресивності можуть вимагати додаткових коригуючих заходів або перегляду деяких аспектів програми психокорекції.

ВИСНОВКИ

Тривожність є природною реакцією речовин на стрес, яка ускладнює мобілізацію ресурсів у складних ситуаціях. У помірних межах вона є нормальним емоційним станом, необхідним для адаптації.

Причини тривожності можуть бути як суб’єктивні, так і об’єктивні чинники, включаючи психологічні особливості, соціальні особливості та генетичну свідомість.

Тривожність супроводжується змінами у фізіології (підвищений пульс, тремтіння) та емоційному стані (відчуття страху, хвилювання). У патологічній формі вона може переходити в тривожні стани або розлади.

До тривожних станів належать генералізований тривожний розлад, панічний розлад, соціальна тривожність та інші форми. Вони можуть мати різні тригери та рівень прояву.

Тривожність проявляється через емоційні (тривога, дратівливість), фізичні (головний біль, безсоння) та поведінкові симптоми (унікальні ситуації, соціальна ізоляція).

Тривожність – це багатогранне явище, яке потребує комплексного підходу до вивчення та лікування.

Тривожні розлади класифікуються залежно від симптомів, причин та особливостей їх проявів. Вони включають як загальні, так і спеціальні стани, такі як соціофобія, обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) чи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Генералізований тривожний розлад (ГТР) – постійна тривога, яка продовжує життєдіяльність, триває щонайменше 6 місяців і часто не пов’язана з реальними загрозами.

Панічний розлад – характеризується нападами паніки, які можуть виникати раптово, без очевидних причин.

Соціофобія – страх перед соціальними ситуаціями, контактами та оцінкою з боку інших.

ОКР – нав’язливі думки та повторювані дії, спрямовані на зменшення тривоги.

ПТСР – реакція на травматичні події, яка включає нав’язливі спогади, уникнення та негативні зміни настрою.

Соматоформні тривожні розлади – психічний стан із фізичними симптомами, які не мають фізіологічного підґрунтя.

Селективний мутизм – неможливість говорити в певних ситуаціях через тривогу.

Симптоми кожного типу різняться, включаючи як фізичні, так і емоційні прояви (наприклад, серцебиття, втома, уникнення соціальних контактів).

Причини можуть бути як біологічними (генетична емоційність, функціонування мозку), так і зовнішніми (травматичний досвід, виховання, стресові умови). Особливі умови, такі як війна чи інші стресові ситуації, суттєво збільшують ризик виникнення тривожних розладів.

Деякі розлади більш розширені у жінок (наприклад, ГТР, панічний розлад). Інші, як селективний мутизм, додатково вражають дітей, але можуть мати наслідки у дорослому віці.

Тривожні розлади мають значний вплив на якість життя, тому важливо їх діагностувати та лікувати, враховуючи індивідуальні особливості кожного випадку.

Тривожність є комплексним психологічним явищем, яке охоплює як ситуативні, так і особистісні аспекти. Вона виникає у відповідь на невизначеність, ризики та стресові фактори, проявляючись емоційним дискомфортом і фізіологічними симптомами.

Тривожні стани можуть бути викликані психологічними, фізіологічними, соціальними та екологічними факторами, а також генетичною психікою. Значну роль другого стресу, психологічні травми,

невпевненість у майбутньому, гормональні зміни та медіа-вплив.

Симптоми тривожних станів включають внутрішнє тремтіння, порушення сну, задишку, запаморочення, прискорене серцебиття тощо. Надмірна тривожність може привести до особистісного розладу, внутрішніх конфліктів та емоційного виснаження.

Виявлення тривожних станів і їх симптомів вимагає своєчасного звернення до кваліфікованих фахівців для правильної діагностики та розробки індивідуального плану лікування, який може включати медикаментозну терапію та психотерапевтичні методи.

Розуміння причин і механізмів тривожних станів краще розробляти ефективні підходи до їхнього попередження і лікування, а також посилювати якість життя.

Внутрішньо переміщені особи стикаються зі специфічними психологічними труднощами, пов’язаними з втратами, невизначеністю, соціальною ізоляцією та травматичним досвідом. Ці фактори формують широкий спектр емоційних, когнітивних поведінкових та інших порушень, які вимагають індивідуального підходу в психологічній допомозі.

Серед психічних проявів тривожність є єдиною з найпоширеніших реакцій на стресову ситуацію, що створюється через гуманітарні катастрофи, включаючи військові конфлікти. Вона може мати як адаптивний, так і патологічний характер.

Вплив вимушеного переселення на особистість може бути як негативним (психічні розлади, соціальна дезадаптація), так і позитивним (активізація розвитку, переосмислення життєвих цінностей). Важливо враховувати обидва аспекти під час надання допомоги.

Психокорекція тривожних станів у ВПО вимагає інтегрованого підходу, що включає когнітивно-повідінкову терапію, психоосвіту, групову та індивідуальну терапію, релаксаційні техніки, а також заходи для соціальної інтеграції.

Ефективна психологічна допомога враховує унікальність досвіду кожної особи, її особистісні характеристики, рівень соціального капіталу, статтю, культурні особливості та інші фактори, які впливають на сприйняття та реакцію на травматичні події.

Соціальна інтеграція, створення стабільного середовища, забезпечення юридичних та побутових потреб є кількома елементами у зниженні рівня тривожності та адаптації до нових умов.

Стратегії тривалої допомоги включають стабілізацію життєвого середовища, розвиток творчого потенціалу, самосвідомість та адаптацію до нових умов. Це сприяє зміцненню психологічної стійкості та інтеграції ВПО в нове суспільство.

Таким чином, психокорекція тривожних станів у ВПО має вирішальне значення для їх психічного здоров’я, соціальної адаптації та відновлення життєвого потенціалу. Ефективні методи мають розроблятися індивідуально і спрямовуватися на довгострокову стабільність.

ВПО часто переживають серйозні травматичні події, що потребують делікатного підходу, спрямованого на уникнення повторної травматизації. Важливим є виявлення емпатії, поваги та турботи, а також вирішення соціальних та сімейних проблем.

Принципи роботи з ВПО: уникнення активізації болісних спогадів та викликати особливу вразливість клієнтів, пояснення терапевтичних дій, забезпечення безпеки особистої інформації.

Методи проведення психокорекції тривожних станів у внутрішньо переміщених осіб:

– експозиційна терапія : поступова робота з травматичними спогадами у контрольованому середовищі.

– техніка релаксації та дихання : допомагають стабілізувати емоційний стан та зменшити стрес.

– майндфулнес, когнітивно-повідінкова терапія (КПТ) та арт-терапія: сприяють усвідомленню почуттів та зниженню тривожності.

Важливо сприяти інтеграції ВПО через групові заходи, тренінги, створення терапевтичних груп та ініціативи для соціального залучення.

Кожен випадок унікальний, і психотерапія має лікування індивідуальних потреб, попередні психічні розлади, соціально-економічний статус, вік та культурні відмінності.

Важливо відновлювати емоційну мотивацію та створювати умови для вивільнення внутрішніх переживань через творчі методи (арт-терапія, музикотерапія, письмо).

Забезпечення доступу до соціальних послуг, таких як житло та фінансова підтримка, є ключовим для стабільності у ВПО.

Ефективне управління емоціями намагається уникати негативних наслідків їх пригнічення, знижуючи ризики психосоматичних розладів.

Ефективна психокорекція тривожних станів у ВПО потребує системного, індивідуально орієнтованого підходу, що враховує травматичний досвід, емоційні та соціальні потреби, а також спрямований на створення відчуття безпеки та стабільності.

Психокорекція тривожних станів у ВПО є напрямом, що вимагає системного підходу до підтримки як дорослих, так і дітей, які відзначили вплив стресу через зміну життєвих умов.

Для дорослих ВПО ефективними є когнітивно-поведінкові методики, які допомагають змінити деструктивні когнітивні схеми, знизити рівень тривожності та сформувати навички усвідомленого проживання теперішнього моменту.

Методи для дітей ВПО зосереджуються на творчому вираженні емоцій, використовують ігрові та терапевтичні практики, які створюють відчуття безпеки, допомагають розрядити напругу та адаптуватися до нових умов.

Використання комбінованих підходів із залученням як когнітивно-поведінкових, так і тілесно-орієнтованих методів дозволяє використовувати широкий спектр потреб і надавати цілісну підтримку.

Надання правильної та індивідуалізованої допомоги сприяє не зниженню рівня тривожності, але й формуванню позитивного ставлення до життя, адаптивних механізмів та психологічної стійкості в нових умовах.

Дослідження включало 45% чоловіків і 55% жінок серед внутрішньо переміщених осіб (ВПО), що забезпечує достатній баланс для аналізу психологічних станів. Проте більша частина жінок може дещо вплинути на загальні результати, адже у жінок можуть бути спеціальні психологічні реакції в умовах адаптації до нових умов життя.

За результатами методика SCL-90-R, Outcome Questionnaire-45, шкали Дж. Тейлора та методики Г. Айзенка, можна зробити наступні висновки: обсесивно-компульсивний виявлений у 16 осіб, що свідчить про наявність тривожних розладів у респондентів.

Міжособістісна сензитивність є характерною для 5 осіб, що вказує на їх здатність тонко сприймати емоції та думку інших людей, сприяючи гармонійним міжособистісним відносинам.

Депресія виявлена у 4 осіб, що вказує на присутність симптомів депресії у невеликої частини респондентів, які потребують додаткової уваги та підтримки.

Тривога виявлена у 19 осіб, що вказує на найбільший рівень непокоєння серед незабезпечених респондентів, ймовірно, через стресову ситуацію, пов’язану з адаптацією до нових умов.

Фобічна тривожність у 6 осіб та параноїдальні ідеї у 6 осіб свідчать про певний рівень психопатологічних симптомів, які можуть обмежувати соціальну інтеграцію та взаємодію.

Психотизм виявлений у 9 осіб, що можна свідчити про більш серйозні психічні порушення, які потребують спеціалізованого втручання.

Результати за методикою Дж. Тейлора показали, що 75% респондентів мають середній рівень тривожності, що вказує на значний рівень емоційного стресу серед учасників дослідження. Лише 1 особа має високий рівень тривожності, що вимагає медичної або психологічної допомоги.

Результати методики «Самооцінка психічних станів» показали наявність помірних емоційних реакцій у групі. Низький рівень агресивності та тривожності вказує на достатню здорову емоційну регуляцію серед респондентів. Однак існує певний рівень фрустрації та ригідності, який може потребувати корекції за допомогою психологічної техніки.

В цілому, отримані результати показують на важливість комплексного підходу до психокорекції внутрішньо переміщених осіб, зокрема через використання когнітивно-повідінкових методів та соціальну підтримку.

Аналіз результатів повторного дослідження та ефективності програми психокорекції тривожних станів показує різні зміни емоційних реакцій в групі, що можуть бути корисними для подальшої корекційної роботи.

Зниження середнього рівня тривожності з 6 до 4 свідчить про ефективність застосованих методів психокорекції для зменшення тривожних реакцій. Таке зниження позитивно оцінюється, оскільки тривожність є однією з основних емоційних проблем у цій групі.

Підвищення рівня фрустрації з 8 до 9 вказує на погіршення цього аспекту емоційного стану, що є незвичним, оскільки зазвичай втручання повинно сприяти зниженню фрустрації. Це може бути результатом підвищеної чутливості учасників до зовнішніх стресових факторів або свідченням необхідності доопрацювання програми в частині роботи з фрустрацією.

Постійний рівень агресивності (4) вказує на відсутність змін у цьому аспекті емоційної поведінки. Це може свідчити про те, що методи психокорекції не вплинули на агресивність або ж ця проблема потребує окремої роботи.

Зниження рівня ригідності з 7 до 6 вказує на позитивні зміни в здатності учасників адаптуватися до змін, що є важливим для покращення емоційного та соціального функціонування. Невелике зниження загальної оцінки з 25 до 23 також вказує на поліпшення емоційного стану в групі. Зменшення тривожності та ригідності є важливими досягненнями програми, однак підвищення фрустрації і відсутність змін в агресивності можуть вимагати додаткових коригуючих заходів або перегляду деяких аспектів програми психокорекції.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аврамчук О. С. Когнітивні стратегії уникнення в осіб із соціальним тривожним розладом у період адаптації до умов війни. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. Серія: Психологія. № 1. 2024. С. 30–36.

2. Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В., Ткаченко В. В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.

3. Байдик В. В., Бондарук Ю. С., Гопкало Ю. П., Гніда Т. Б., Корнієнко І. О., Лунченко Н. В., Луценко Ю. А., Мороз Р. А., Ткачук І. І. Групові форми роботи в системі психосоціальної допомоги дітям і сім'ям, що опинились у складних життєвих обставинах внаслідок військових дій (досвід упровадження) заг. ред. В. Г. Панка, І. І. Ткачук. Київ : Ніка-Центр, 2020. 122 с.

4. Байдюк Я. Роль фізичної активності у зниженні рівня тривожності у молоді. *Сучасні тренінгові технології для розвитку особистості: екотренінг* : збірник тез доповідей VIII Всеукраїнської науково-практичної конференції (23-24 квітня 2024 року). Відп. ред. Перепелюк Т.Д.. Умань-Київ: Уманський державний педагогічний університет імені Павла Тичини; Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2024. С. 17–20.

5. Білоус Р. М., Саннікова І. С. Психологічні особливості тривожності студентської молоді. *Молодий вчений.* Т. 2, No 5. 2019. С. 25–28.

6. Бойчук Н., Іванюта О. В. Соматоформні розлади: презентація. Рівне, 2020. 22 с.

7. Внотченко Н. М., Шпортун О. М. Тривожність як чинник негативного впливу на життєдіяльність молоді в умовах воєнного стану. 2024. URL: http://surl.li/bgvdvv (дата звернення: 30.11.2024).

8. Галадза М., Прядка В., Коляденко Н. Вплив переходу на дистанційну форму навчання на психічні стани студентів медичних спеціальностей. *Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я*. 2022. № 2(7). С. 55–63.

9. Галієва О.М. Диференціація понять «тривога» та «тривожність». *Психологія та соціальна робота*. Т. 24. Вип.1 (49). Київ, 2019. С. 32–48.

10. Гальчук К. В. Методологія роботи із втратою: теорія та практика. Психологічна допомога в закладах освіти: ефективні методики та практики (з досвіду роботи): практ.-метод. посіб. Чернівці, 2024. С. 34–44.

11. Горбунова О., Засєкіна Л., Плевачук О. Довідник діагностичних критеріїв DSM-5 від Американської психіатричної асоціації (пер. з англ. О. Лизак, М. Прокопович). Львів : Галицька видавнича спілка, 2023. 536 с.

12. Горенко М. Тривожність молоді під час війни: психологічні аспекти та стратегії адаптації. *Věda a perspektivy.* № 12 (31). 2023. С. 232–234.

13. Грига І. В. Психологічні виміри тривожних станів. *Актуальні проблеми юриспруденції та психології*: матеріали IV Всеукр. наук.-практ. конф. (Дніпро, 15 грудня 2023 р.). Дніпро: ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет», 2023. С. 84–90.

14. Гундертайло Ю. Д. Арттерапевтичні технології надання психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам. Способи підвищення соціально-адаптативних можливостей людини в умовах переживання наслідків травматичних подій : методичні рекомендації. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2017. С. 61–69.

15. Гундертайло Ю. Потенціал арттерапевтичних технологій відновлення життєвої неперервності переселенців. *Простір арттерапії*. Вип. № 2 (21). 2016. С. 25–32.

16. Данилова Т. В. Майндфулнес і обсесивно-компульсивний розлад: короткий огляд. URL: http://surl.li/ajccjr (дата звернення: 30.11.2024).

17. Іванова Т. Тривога як психологічний феномен. Вісник Львівського університету. *Серія психологічні науки*. Випуск 6. 2020. С. 72–78.

18. Індивідуальна чи групова терапія: що обрати? URL: https://holdyou.net/news/individualnaya-ili-gruppovaya-terapiya (дата звернення: 30.11.2024).

19. Кирашек Н. О., Ковальова О. В. Психологічна допомога внутрішньо переміщеним особам. *Габітус.* 2024. Вип. 61. С. 187–190.

20. Кияшко Д. Ю. До проблеми психологічних чинників страхів особистості в юнацькому віці. URL: http://appsychology.org.ua/data/jrn/v12/i15/ii/22.pdf (дата звернення: 30.11.2024).

21. Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Копаниця О. В., Малхазов О. Р. Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів: методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2011. 281 с.

22. Ковбаса В. Л. Метод експозиційної терапії для лікування ПТСР та здоров'язбереження військовослужбовців. *Основні цілі стратегії сталого розвитку: проблеми та перспективи* : матеріали І Міжнародного науково-практичного форуму (м. Полтава, 26 версеня 2024 р.). Полтава : ПНПУ імені В. Г. Короленка, 2024. С. 105–106.

23. Корнієнко І. О., Воронова О. Ю. Психодіагностика: курс лекцій з дисципліни для студентів заочної форми навчання спеціальності 053 Психологія. Мукачево: МДУ, 2019. 41 с.

24. Котух О. В. Психологічне благополуччя внутрішньо переміщеної особи: адаптація та інтеграція в нову громаду. *Науковий вісник Херсонського державного університету.* Серія Психологічні науки. Вип. 1. 2023. С. 56–61.

25. Кудінова М., Кожанова Д. Психологічні особливості внутрішньо переміщених осіб: теоретичний аналіз проблеми. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом.* Психологія. № 2 (63). 2024. С. 17–24.

26. Лазос Г. П. Психологічна допомога внутрішньо переміщеним особам (на прикладі роботи з переселенцями з Криму). Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник. Київ : ТОВ «Видавництво «Логос». 206 с.

27. Лемак М. В., Петрище В. Ю. Психологу для роботи: психодіагностичні методики. URL: https://wp.nmc-pto.rv.ua/DOK/MZPsSl/Psyhologu_dla_roboty.pdf (дата звернення: 30.11.2024).

28. Матейко Н. М. Основи психодіагностики: інструктивно-методичні матеріали до самостійної роботи. Івано-Франківськ: Симфонія форте, 2013. 80 с.

29. Матійків І. М. Тренінг емоційної компетентності: навчально-методичний посібник. К.: Педагогічна думка, 2012. 112 с.

30. Михлюк Е., Логовський І. Психологічні особливості життєстійкості внутрішньо переміщених осіб. *Проблеми екстремальної та кризової психології.* № 1(7). 2024. С. 105–117.

31. Мозуль А. О. Соціофобія як проблема. *Вісник Національної юридичної академії ім. Ярослава Мудрого*. 2021. С. 33–37.

32. Мушкевич М. І. Основи психотерапії : навч. посіб. Вид. 3-тє. Луцьк : Вежа-Друк, 2017. 420 с.

33. Нагайська І. Психологічні особливості стресостійкості майбутніх психологів в умовах воєнного стану. *Особистість в екстремальних умовах: матеріали XI Всеукраїнської науково-практичної конференції* (24 травня 2024 р., м. Львів). Львів, 2024. С. 41–43.

34. Овчаренко О. Ю. Психологія стресу та стресових розладів : навчальний посібник. Київ : Університет «Україна», 2023. 266 с.

35. Особистісна шкала проявів тривоги Тейлор. URL: http://surl.li/mqorgd (дата звернення: 30.11.2024).

36. Особистісна шкала проявів тривоги Тейлор. URL: https://www.eztests.xyz/tests/personality_tmas/ (дата звернення: 30.11.2024).

37. Панка В. Г., Панок В. Г., Романовська Д. Д., Ткачук І. І., Предко В. В., Мороз Р. А., Каменщук Т. Д., Якимчук Г. В. Програма підвищення кваліфікації практичних психологів з навчання методикам і технологіям постковідної соціально-психологічної реабілітації учасників освітнього процесу. НАПН України, Укр. наук.-метод. центр практ. психол. і соц. роботи. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2024. 84 с.

38. Педоренко В. М. Особливості психоемоційного стану переселенців в умовах іншої країни (на прикладі Німеччини). *Науковий вісник Ужгородського національного університету.* 2022. Серія: Психологія. № 5. С. 5–10.

39. Подольська А. Аналіз тривожності як психологічного феномену та використання арт-терапії роботи з глиною в терапії тривожності. *Психологічний журнал*. № 7. 2021. С. 29–38.

40. Постна О. І. Гендерні особливості ступеню прояву тривожності у студентів. *Психологія і педагогіка в системі сучасного гуманітарного знання XXI століття*: збірник тез міжнародної науково-практичної конференції. Харків, 2016. С. 106.

41. Практики інтеграції внутрішньо-переміщених осіб у приймаючі громади. URL: https://.com.ua/praktyky-integracziyi-vnutrishno-peremishhenyh-osib-u-pryjmayuchi-gromady/ (дата звернення: 30.11.2024).

42. Предко В. В. Життєстійкість у постковідний період: подолання наслідків переживання відчуття втрати. *Науковий вісник Ужгородського національного університету.* Серія: Психологія. № 3. 2023. С. 23–27.

43. Пророк Н. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. Київ, 2018. 208 с.

44. Психодіагностична робота. URL: http://surl.li/xiggfr (дата звернення: 30.11.2024).

45. Рахман Л. В. Розуміння тривожного стану в ситуації гуманітарної катастрофи. *Практикуючий лікар*. Т. 11, № 1. 2022. С. 5–10.

46. Розвиток емоційного інтелекту в дітей: методики, вправи, поради спеціалістів. URL: https://mind.ua/publications/20255098-rozvitok-emocijnogo-intelektu-v-ditej-metodiki-vpravi-poradi-specialistiv (дата звернення: 30.11.2024).

47. Сіренко Т. Посібник з управління стресом та самодопомоги під час бойових дій та у післявоєнний період, спрямований на медичних працівників. 2023. URL: http://surl.li/bpnehe (дата звернення: 30.11.2024).

48. Тивонюк Х. В. Психологічні особливості тривожності дитини дошкільного віку. URL: http://surl.li/yczcwv (дата звернення: 30.11.2024).

49. Тривожний стан: причини, симптоми та методи управління. URL: http://surl.li/vvpfuc (дата звернення: 30.11.2024).

50. Тривожні стани – сутність. 2022. URL: https://galka.if.ua/tryvozhni-stany-sut-ta-prychyny-vynyknennia/ (дата звернення: 30.11.2024).

51. Тривожні стани. URL: http://surl.li/zekqot (дата звернення: 30.11.2024).

52. Турчак О. М. Психологічні особливості вербальних проявів тривожності у студентів у ситуаціях емоційної напруги: дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07. Острог, 2015. 245 с.

53. Управління емоціями та почуттями. URL: https://lcptodcz.lviv.ua/news/17-40-30-29-07-2019/ (дата звернення: 30.11.2024).

54. Федорець В. М. Психологічні особливості тривожних розладів та можливості їх корекції. *Актуальні проблеми практичної психології* : збірн. наук. праць Міжнародн. наук.-практич. інтернет конф. (17 травня 2024 року, м. Одеса). Одеса, 2024. С. 234–237.

55. Халік О. О. Тривожність на початкових етапах професійного становлення особистості. *Проблеми сучасної психології:* Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національною університету імені Івана Огієнка. Вип. 23. 2014. С. 663–676.

56. Христук О. Л. Психологія девіантної поведінки: навчально-методичний посібник. Львів: ЛьвДУВС, 2014. 192 с.

57. Чеботарьова Л., Коваленко О., Солонович А., Солонович О. Посттравматичний стресовий розлад і легка черепно-мозкова травма – поширені наслідки війни: питання патогенезу та диференційної діагностики (Огляд). *Сімейна Медицина. Європейські практики*. № 2. 2022. С. 64–72.

58. Шнайдер О. В. Психологічні особливості емоційного вигорання працівників сфери інформаційних технологій. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія»*. 2016. № 26. С. 144–148.

59. Що таке обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) та як його подолати? URL: https://doc.ua/ua/news/articles/chto-takoe-obsessivno-kompulsivnoe-rasstrojstvo-okr-i-kak-ego-preodolet (дата звернення: 30.11.2024).

60. Щудрик Л. В. Психологічні аспекти тривожності у дошкільному віці. URL: https://naurok.com.ua/stattya-na-temu-psihologichni-aspekti-trivozhnosti-u-doshkilnomu-vici-122812.html (дата звернення: 30.11.2024).

61. Як допомогти дитині розвинути емоційну стійкість – поради психолога. URL: https://psyhologist.com.ua/yak-dopomogti-ditini-rozvinuti-emotsijnu-stijkist-poradi-psixologa-navchannya-ta-rozvitok-ditej (дата звернення: 30.11.2024).

62. Ясточкіна І. А. Прояви тривожності серед студентської молоді. *Вісник Запорізького національного університету.* Серія : Педагогічні науки. 2014. № 1 (22). С. 173–180.

63. APA Dictionary of Psychology. URL: https://dictionary.apa.org/anxiety (дата звернення: 30.11.2024).

64. Generalized anxiety disorder: when worry gets out of control. URL: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/generalized-anxiety-disorder-gad (дата звернення: 30.11.2024).

65. Panic Disorder: When Fear Overwhelms. URL: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/panic-disorder-when-fear-overwhelms (дата звернення: 30.11.2024).

66. Post-traumatic stress disorder (PTSD). URL: http://surl.li/zjdcyu (дата звернення: 30.11.2024).

67. Rapson Gomez, Vasileios Stavropoulos, Daniel Zarate, Olympia Palikara Symptom Checklist-90-Revised: A structural examination in relation to family functioning. 2021. URL: http://surl.li/xjpkjn (дата звернення: 30.11.2024).

68. Scoring and Interpreting the Outcome Questionnaire-45. URL: https://www.ehrs.com/forms/pei/oq45scoreguide.pdf (дата звернення: 30.11.2024).

69. Selective Mutism. URL: https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/selective-mutism (дата звернення: 30.11.2024).

70. Semikina O. Y., Fedchenko V. Y., Yavdak I. O., Cheredniakova O. S., Volkova S. O. Особливості емоційного стану у внутрішньо переміщених осіб. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. №13. 2020. URL: https://doi.org/10.26565/2312-5675-2020-13-03 (дата звернення: 30.11.2024).

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник базових симптомів SCS-90

Наскільки вас турбували або засмучували протягом останніх 4 тижнів
Оцініть, наскільки сильно він відчуває кожен із симптомів за останній тиждень, включаючи день проходження дослідження.

Шкала відповідей :

1 — "Зовсім не турбує".
2 — "Помірно турбує".
3 — «Досить сильно турбує».
4 — "Дуже сильно турбує".

1. Головні болі
2. Нервозність або тремтіння всередині
3. Небажані думки чи ідеї, які не виходять з вашої голови
4. Непритомність або запаморочення
5. Втрата сексуального інтересу або задоволення
6. Почуття критичності до інших
7. Думка про те, що хтось інший може контролювати ваші думки
8. Почуття, що інші винні у більшості ваших бід
9. Проблеми із запам’ятовуванням речей
10. Стурбований неохайністю або недбалістю
11. Відчуття легкого роздратування
12. Болі в серці або грудях
13. Відчуття страху на відкритому просторі або на вулиці
14. Відчуття низької енергії або уповільнення
15. Думки про припинення життя
16. Чути голоси, які не чують інші люди
17. Тремтіння
18. Відчуття, що більшості людей не можна довіряти
19. Поганий апетит
20. Можете легко розплакатися
21. Почуття сором’язливості або неспокою з протилежною статтю
22. Відчуття того, що потрапив у пастку чи спійманий
23. Раптово злякався без причини
24. Спалахи гніву, які ви не могли контролювати
25. Відчуваєш страх вийти з дому на самоті
26. Звинувачувати себе в чомусь
27. Болі в попереку
28. Почуття блокування в досягненні завдань
29. Почуття самотності
30. Відчуття тривоги
31. Занадто багато турбуватися про речі

32. Відсутність інтересу до речей
33. Почуття обережності
34. Ваше почуття легко поранити
35. Інші люди знають про ваші особисті думки
36. Інші вас не розуміють або не співчувають
37. Відчуття неприязності людей
38. Доводиться робити речі дуже повільно
39. Серце стукає або прискорюється
40. Нудота або розлад шлунку
41. Відчуття неповноцінності перед іншими
42. Болючість м'язів
43. Відчуття, що за тобою спостерігають або говорять інші
44. Проблеми із засипанням
45. Я старанно перевіряю та ще раз перевіряю все
46. Труднощі з прийняттям рішень
47. Відчуття страху їздити в автобусах, метро чи поїздах
48. Проблеми з дихання
49. Жарко або холодно
50. Уникаю певних речей, місць або видів діяльності
51. Ваш розум стає порожнім
52. Оніміння або поколювання в окремих частинах тіла
53. Ком у горлі
54. Відчуття безнадії щодо майбутнього
55. Проблеми з концентрацією
56. Відчуття слабкості в окремих частинах тіла
57. Відчуття напруженості або напруги
58. Відчуття тяжкості в руках або ногах
59. Думки про смерть
60.Переїдання
61. Почуття незручності, коли люди дивляться або говорять про вас
62. Думки, які не належать вам
63. Бажання побити, поранити або завдати шкоди комусь
64. Пробудження рано вранці
65. Необхідність повторювати ті самі дії, такі як торкання, підрахунок, миття
66. Сон неспокійний або порушений
67. Бажання зламати або розтрощити речі
68. Мати ідеї чи переконання, яких інші не поділяють
69. Почуття дуже сором'язливого з іншими
70. Почуття незручності в натовпі, наприклад у магазині або в кіно
71. Усе відчувати – це зусилля
72. Відчуття паніки
73. Почуття дискомфорту від їжі або пиття в громадських місцях
74. Часті суперечки

75. Почуття нервозності, коли вас залишають на самоті
76. Інші не віддають належної оцінки вашим досягненням
77. Відчуваєш себе самотнім, навіть коли ти серед людей
78. Почуття такого неспокійного, що ви не можете всидіти на місці
79. Почуття нікчемності
80. Відчуття, що знайомі речі дивні або нереальні
81. Кричати або кидати речі
82. Відчуття страху, що ви знепритомнієте на людях
83. Відчуття, що люди скористаються вами, якщо ви їм дозволите
84. Мати думки про секс, які вас дуже турбують
85. Думка про те, що ви повинні бути покарані за свої гріхи
86. Відчуття спонукання до виконання завдань
87. Думка про те, що з вашим тілом щось серйозне не так
88. Ніколи не дозволяєте наближатись до вас
89. Почуття провини
90. Думка, що з вашим розумом щось не так

Додаток Б

ОПИТУВАЛЬНИК OQ

№_____

Інструкція: Згадайте минулий тиждень, включно з сьогоднішнім днем, та допоможіть нам зрозуміти ваше самопочуття. Прочитайте уважно кожен пункт і зробіть позначку в тому квадратику, який найбільше відповідає вашому стану. У цій анкеті «робота» означає будь-який вид діяльності (оплачувана робота, навчання, волонтерська робота, ведення домашнього господарства і т.д.). Не робіть ніяких позначок в обведеному прямокутнику праворуч.

1. У мене добрі стосунки з іншими……☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ 0
2. Я швидко втомлююся. .....☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
3. Мене нічого не цікавить…… .☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
4. Я почуваюся напруженим/-ою на роботі/під час навчання. .....☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
5. Я звинувачую себе……..……☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
6. Я почуваюся роздратованим/-ою. .....☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
7. Я почуваюсь нещасливим/-ою у шлюбі/ у романтичних стосунках..☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
8. Я думаю про самогубство. .....☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
9. Я почуваюсь ослабленим/-ою……☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
10. Я відчуваю страх ……☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
11. Після того, як я забагато випив/-ла ввечері, мені вранці потрібно похмелитися (Якщо ви не вживаєте алкоголю, відзначте «ніколи»)……..☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
12. Мене влаштовує моя робота/навчання. .....☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ 0
13. Я щаслива людина……..……..☐ 4☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ 0
14. Я забагато працюю/вчуся. .....☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
15. Я почуваюся нікчемним/-ою……☐ 0☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
16. Я стурбований/-а проблемами в сім'ї. .....☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
17. Мене не задовольняє моє сексуальне життя……☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
18. Я почуваюся самотнім/-ою. .....☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
19. Я часто сперечаюся з іншими…….☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
20. Я почуваюся коханим/-ою і бажаним/-ою. .....☐4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ 0
21. Я насолоджуюся тим, як проводжу свій вільний час……☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ 0
22. Мені важко зосереджуватися. .....☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
23. Я почуваюся безнадійно, коли думаю про своє майбутнє……☐ 0☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
24 Я собі подобаюся…….☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ 0
25. Я маю думки, які мене тривожать, і яких я не можу позбутися…☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
26. Мене дратують люди, які критикують те, що я випиваю чи вживаю наркотики (Якщо це вас не стосується, відзначте «ніколи»)…….☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
27. У мене проблеми зі шлунком……☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
28. Я працюю/вчуся не так добре, як раніше. .....☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
29. У мене пришвидшене серцебиття…….☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
30. У мене є проблеми у стосунках з друзями та приятелями……☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
31. Я задоволений/-а життям……☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ 0
32. У мене проблеми на роботі/ в навчанні через вживання алкоголю чи наркотиків (Якщо це вас не стосується, відзначте «ніколи»)……☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
33. Я відчуваю, що щось погане має трапитися…..……☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
34. Я відчуваю біль у м'язах..... ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
35. Я відчуваю страх відкритого простору, їзди за кермом, в автобусах, в метро тощо……☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
36. Я почуваюся знервованим/-ою……☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
37. Я задоволений/-а своїми романтичними стосунками ..…… ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ 0
38. Я відчуваю, що не справляюся на роботі/ в навчанні. ..... ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
39. У мене забагато суперечок на роботі/ в навчанні……☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
40. Мені здається, що з моєю головою щось не так. ..... ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

41. Я важко засинаю або погано сплю…… ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
42. Мені сумно..... ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
43. Я задоволений/-а своїми стосунками з іншими……. ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ 0
44. Я настільки роздратований/-а на роботі/в навчанні, що можу зробити щось, про що шкодуватиму ……... ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
45. У мене бувають головні болі……..☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Додаток В

Шкала прояву тривожності Тейлора (TMAS) – тест на тривожність як рису особистості

Наведені нижче твердження стосуються вашої поведінки та емоцій. Уважно обміркуйте кожне твердження. Потім вкажіть, чи є ці твердження загалом вірними для вас чи ні .

1. Я швидко не втомлююся
2. Я вважаю, що нервую не більше, ніж інші
3. У мене дуже мало головних болів
4. Я працюю в умовах великої напруги
5. Я часто помічаю, що моя рука тремтить, коли намагаюся щось зробити
6. Я червонію не частіше за інших
7. У мене діарея раз на місяць або частіше
8. Я досить сильно переживаю через можливі нещастя
9. Я практично ніколи не червонію
10. Я часто боюся, що зараз почервонію
11. Мої руки і ноги зазвичай досить теплі
12. Я дуже легко пітнію навіть у прохолодні дні
13. Іноді, коли я соромлюся, я спітнію
14. Я майже не помічаю, як моє серце б’ється, і я рідко відчуваю задишку
15. Я майже весь час відчуваю голод
16. Мене дуже рідко турбують запори
17. У мене великі проблеми зі шлунком
18. У мене були періоди, коли я втрачав сон через хвилювання
19. Мене легко збентежити
20. Я більш чутливий, ніж більшість інших людей
21. Я часто хвилююся про щось
22. Я хотів би бути таким же щасливим, як інші
23. Зазвичай я спокійний і мене важко засмутити
24. Я майже весь час відчуваю тривогу з приводу чогось або когось
25. Я щасливий більшу частину часу
26. Мене нервує чекати
27. Іноді я настільки збуджений, що мені важко заснути
28. Іноді я відчував, що труднощі накопичуються настільки високо, що я не міг їх подолати

29. Я визнаю, що хвилювався понад розуму через дрібниці
30. У мене дуже мало страхів порівняно з моїми друзями
31. Часом я справді почуваюся непотрібним
32. Мені важко зосередитися на завданні чи роботі
33. Зазвичай я стриманий
34. Я схильний сприймати речі важко
35. Часом я думаю, що я зовсім поганий
36. Мені точно не вистачає впевненості в собі
37. Іноді я відчуваю, що ось-ось розлетюся на шматки
38. Я повністю впевнений у собі

Додаток Г

Методика «Самооцінка психічних станів» (за Г. Айзенком)

№ з/п	Психічні стани	Підходить	Не дуже підходить	Не підходить
		2	1	0
1	Не відчуваю у собі впевненості			
2	Часто червонію без причини			
3	Мій сон мене непокоїть			
4	Легко починаю нудьгувати			
5	Непокоюся через неприємності, які є тільки в уяві			
6	Мене лякають труднощі			
7	Люблю аналізувати свої недоліки			
8	Мене легко переконати			
9	Я підозріливий			
10	Важко переношу час очікування			
11	Нерідко мені здаються безвихідними ситуації, із яких можна знайти вихід			
12	Неприємності мене сильно засмучують, я падаю духом			
13	У неприємних ситуаціях я схильний без поважних причин звинувачувати себе			
14	Нещастя та невдачі нічому мене не вчать			
15	Я часто відмовляюся від боротьби, вважаю її даремною			
16	Я часто почуваю себе беззахисним			
17	Іноді у мене буває стан відчаю			
18	Відчуваю розгубленість перед труднощами			
19	У важкі хвилини життя іноді поводжуся як дитина, хочу, щоб мене пожаліли			
20	Вважаю недоліки свого характеру невиправними			
21	Залишаю за собою право вирішального голосу			
22	Часто при розмові перебиваю співрозмовника			
23	Мене легко розсердити			
24	Люблю робити зауваження іншим			
25	Хочу бути авторитетом для оточуючих			
26	Не задовольняюсь малим, хочу більшого			
27	Коли розгніваюсь, погано себе стримую			

28	Більше люблю керувати, ніж підкорятися			
29	У мене різка, грубувата жестикуляція			
30	Я злопам’ятний			
31	Мені важко змінювати звички			
32	Нелегко переключати увагу			
33	З обережністю ставлюся до всього нового			
34	Мене важко переконати			
35	Нерідко у мене з голови не виходять думки, яких потрібно позбутися			
36	Нелегко зближуюся з людьми			
37	Мене розчаровує навіть незначні зміни плану			
38	Я проявляю впертість			
39	Неохоче йду на ризик			
40	Різко реагую на відхилення від прийнятого мною режиму			

Методика оцінювання

Підраховується кількість балів за кожну з чотирьох груп питань:

I - 1-10-те питання - ***тривожність;***

II - 11-20-те питання - ***фрустрація*** (психологічний стан зростаючого емоційно-вольового напруження, що виникає в конфліктній ситуації);

III- 21-30-те питання - ***агресивність;***

IV - 31-40-ве питання - ***ригідність*** (тенденція до збереження своїх стереотипів, способів мислення, нездатність змінити власну точку зору).

Інтерпретація результатів

Тривожність:

0-7 балів - низька тривожність;

8-14 балів - тривожність середня, допустимого рівня;

15-20 балів - висока тривожність.

Фрустрація:

0-7 балів - висока самооцінка, стійкість до невдач, ви не боїтеся труднощів;

8-14 балів - середній рівень самооцінки, має місце фрустрація;

15-20 балів - низька самооцінка, ви уникаєте труднощів, боїтеся невдач.

Агресивність:

0-7 балів - ви спокійні, стримані;

8-14 балів - середній рівень агресії;

15-20 балів - ви агресивні, нестримані, маєте труднощі в стосунках з людьми.

Ригідність:

0-7 балів - ригідності нема;

8-14 балів - середній рівень;

15-20 балів - сильно виражена ригідність, вам протипоказані зміна місця роботи, зміни в сім’ї.