

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МАРІУПОЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

До захисту допустити:

В.о. завідувача кафедри

Ірина ДЕСНОВА
(ПІБ завідувача кафедри)

«08» січня 2024р.

**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЖИТЕЛІВ
ТИМЧАСОВО ОКУПОВАНИХ ТЕРИТОРІЙ УКРАЇНИ**

Кваліфікаційна робота
здобувача вищої освіти
другого (магістерського) рівня
вищої освіти освітньо-професійної
програми

«Практична психологія»

(назва освітньо-професійної програми)

«Стовбун Крістини Сергіївни»

(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

Науковий керівник

«Пучина О.В., кандидат

психологічних наук, доцент

кафедри практичної психології

МДУ»

(прізвище, ініціали, науковий ступінь, вчене звання.)

Рецензент:

«Губа Н.О., кандидат психологічних

наук, доцент кафедри практичної

психології ЗНУ»

(прізвище, ініціали, науковий ступінь, вчене звання, місце роботи)

Кваліфікаційна робота захищена

З оцінкою 95А

Секретар ЕК Анастасія ВАГАБОВА

«16» січня 2024 р.



Київ - 2023

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1 ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ОСОБИСТОСТЕЙ, ЩО ПРОЖИВАЮТЬ НА ТИМЧАСОВО ОКУПОВАНИХ ТЕРИТОРІЯХ УКРАЇНИ	7
1.1. Поняття психоемоційного стану.....	7
1.2. Фактори, що впливають на психоемоційний стан особистостей.....	14
1.3. Фактори, що впливають в умовах війни на психоемоційний стан особистостей.....	19
Висновки до розділу 1	27
РОЗДІЛ 2 ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ОСОБИСТОСТЕЙ, ЩО ПРОЖИВАЮТЬ НА ТИМЧАСОВО ОКУПОВАНИХ ТЕРИТОРІЯХ УКРАЇНИ.....	29
2.1. Різновиди психоемоційної реакції на війну жителів тимчасово окупованих територій України	29
2.2. Вплив довготривалого стресу на психоемоційний стан жителів тимчасово окупованих територій України	35
2.3. Особливості психоемоційного стану в умовах війни жителів тимчасово окупованих територій України	42
Висновки до розділу 2	49
РОЗДІЛ 3 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЖИТЕЛІВ ТИМЧАСОВО ОКУПОВАНИХ ТЕРИТОРІЙ УКРАЇНИ.....	52
3.1. Вибір та обґрунтування методів дослідження	52
3.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного експерименту	57
3.3. Формуючий експеримент та перевірка ефективності програми	64
Висновки до розділу 3	71
ВИСНОВКИ.....	74
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	78
ДОДАТКИ.....	92

ВСТУП

Обґрунтування актуальності роботи. Проблема психоемоційного стану жителів тимчасово окупованих територій України є вкрай актуальною та важливою в сучасному контексті екстремальних умов та війни. Політичні та соціальні зміни, що відбулись та досі відбуваються на тимчасово окупованих територіях України спричинили серйозні виклики для психічного здоров'я та благополуччя для жителів, потенційно наносячи серйозні виклики для психічного здоров'я, змінюючи їх психоемоційний стан та суттєво впливаючи на якість їх життя.

Окупація територій потенційно має глибокий соціальний вплив на психоемоційний стан осіб, що знаходяться або проживають в цих місцях. На суспільство відкрито накладаються обмеження, а права і свобода людей є порушеними. Виходячи з цього, такі обставини можуть призводити до виникнення стресових ситуацій, відчуття невідповідності та невизначеності, що потенційно може призводити до розвитку психологічних особливостей емоційного стану, як наприклад: психологічного стресу, депресивного стану.

Знаходячись в постійному відчутті загрози, жителі високо ймовірно стикаються з низкою травматичних подій, включаючи втрату рідних, розлучення з сім'єю, руйнування звичайного та звиклого способу життя. Ці фактори можуть призводити до розвитку депресивного стану різного рівня та посттравматичного стресового розладу.

Проблема психоемоційного стану населення, котре зіштовхнулось з війною та окупацією, постійним відчуттям загрози, завжди мала велику актуальність у наукових дослідженнях. Відомі вітчизняні та зарубіжні вчені здійснювали аналіз впливу воєнних конфліктів на психічне здоров'я людей. За вітчизняною дослідницькою спадщиною стоять роботи наступних науковців: Т. Дудкевич, О. Коваль, О. Брюховецька, М. Жидко, Ю. Шалев, Л. Царенко, М. Войтович, Н. Тертична, В. Жовтянська, О. Когут, М. Ю. Яворська, Р. Вовк, Л. Станіславська, І. Савенкова, та інші. Їх роботи

висвітлюють психологічні аспекти загалом, а також під час війни та її вплив на психоемоційне населення. За зарубіжною спадщиною стоять: Н. Вобертон, В. Кеннон, Д. Стюарт, С. Маклеод, К. Мартіндейл, Т. Вебер, Л. Глінсон, П. Бос, Р. Робінсон, С. Холдс, М. Пополі, В. Саріпалі, К. Вогель, К. Черрі, С. Ройз, Н. Мак-Вільямс, Н. Шпанцер, Барнхїлл, В. Коріел, та інші, котрі висловлювали свої погляди щодо психоемоційного стану та психологічних наслідків війни.

Активність дослідників в обраній галузі психологічного стану свідчить про важливість розуміння впливу соціополітичних змін в контексті війни на психології особистості, оскільки від психологічного благополуччя жителів тимчасово окупованих територій залежить не лише їх особистий розвиток та буття, а й соціальна стабільність і майбутнє цілої спільноти.

Дослідження психоемоційного стану жителів тимчасового окупованих територій є науковою задачею, яка дозволяє розкрити сучасні аспекти впливу соціальних та політичних змін, пов'язаних з війною, на психічне здоров'я людей. Результати такого дослідження надають розуміння особливостей психоемоційного стану і дозволяє розробити корекційну програму для психологічної підтримки та реабілітації.

Тема: Особливості психоемоційного стану жителів тимчасово окупованих територій України.

Об'єкт дослідження: психоемоційний стан жителів тимчасово окупованих територій України.

Предмет дослідження: особливості психоемоційного стану жителів тимчасово окупованих територій України під час війни.

Мета дослідження: проаналізувати психологічний стан жителів на тимчасово окупованій території України та особливостей їх психоемоційного стану, розробивши подальшу корекційну програму щодо опанування та покращення власного психоемоційного стану.

Завдання дослідження:

1. Визначити та проаналізувати теоретичні основи психоемоційного стану: розкрити сутність поняття «психоемоційний стан», «депресивний стан», «тривога», «посттравматичний стресовий розлад».

2. Визначити воєнні фактори, що впливають на психоемоційний стан жителів тимчасово окупованих територій.

3. Дослідити психоемоційний стан населення тимчасово окупованих територій України.

Практичне значення отриманих результатів: полягає у розробленні корекційної програми, котра може слугувати базою та бути пристосованою до потреб психологами, соціальними працівниками та іншими фахівцями, або готовою програмою для підтримки психологічного здоров'я жителів, що опинились на тимчасово окупованих територіях та пережили або переживають негативний вплив від війни. Також отримані результати можуть бути використані для розробки та впровадження ефективних психологічних програм, корекційних програм, тренінгових програм.

Особистий внесок автора: полягає в визначенні сучасних особливостей психоемоційного стану жителів тимчасово окупованих територій України в умовах війни. Дана робота розглядає проблему саме в контексті тимчасової окупації, що відкриває нові перспективи для розуміння впливу насильницьких конфліктів. Підібраний діагностичний інструментарій та отримані результати можуть зробити внесок у розвиток практичних підходів до психологічної підтримки та реабілітації людей. Розроблена корекційна програма щодо підтримки психоемоційного благополуччя жителів.

Апробація результатів роботи: отримані результати були представлені на наступних заходах:

- міжнародна конференція «Війна. Психотерапія травми». Секційна доповідь на тему: «особливості психоемоційного стану мешканців тимчасово окупованих територій України». Львів, 2023,

– міжнародна конференція «Війна. Психотерапія травми». Круглий стіл. Львів, 2023.

Публікації:

– Магістерські студії психолого-педагогічного факультету Маріупольського державного університету: збірник наукових праць здобувачів ОС Магістр ОП «Дошкільна освіта», «Початкова освіта», «Фізична культура та спорт», «Практична психологія», «Менеджмент. Управління закладом загальної середньої освіти» / за заг. ред. Л.В. Задорожної-Княгницької. «Особливості психоемоційного стану жителів тимчасово окупованих територій України». Випуск 1. Київ: МДУ, 2023. 246 с.

– міжнародна конференція «Війна. Психотерапія травми», публікація тез на тему: «особливості психоемоційного стану мешканців тимчасово окупованих територій України». Львів, 2023. Подано до друку.

РОЗДІЛ 1

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ОСОБИСТОСТЕЙ, ЩО ПРОЖИВАЮТЬ НА ТИМЧАСОВО ОКУПОВАНИХ ТЕРИТОРІЯХ УКРАЇНИ

1.1 Поняття психоемоційного стану

Психоемоційний стан особистості - це важливе поняття та категорія у психології, яка має багатогранне тлумачення та значуще місце в життєдіяльності кожної людини. Ця тема була предметом вивчення багатьох дослідників, котрі докладали багато зусиль, щоб розкрити її сутність, структуру та динаміку.

Хоч багато століть ця тема вивчалась різними науковцями, вони все ж таки не прийшли до остаточного визначення психоемоційного стану. Тому, спираючись на роботи дослідників та вивчення відповідної літератури, вони використовували перелік термінів, котрі будуть розглянуті далі.

Психоемоційний стан є фундаментальним компонентом нашого психологічного досвіду, який визначає нашу реакцію на реальність, впливає на наші дії, мислення та сприйняття, а отже має вагомий вплив на добробут нашого життя.

Особливо хочемо зазначити увагу на тому, що цей стан є мінливим і провокується низкою життєвих обставин, як наприклад: станом здоров'я, соціальним статусом, політичним устроєм, обмеженнями, станом сім'ї, відчуттям постійної загрози. Як і будь-які психологічні явища, психоемоційний стан відбувається у вигляді переживань у свідомій та несвідомій психіці особи. Отже, їх не завжди можна дослідити за допомогою природничих наук та сприйняти за допомогою органів відчуття.

Щоб детальніше зрозуміти сутність цього питання, ми звернемося до історії його виникнення за автором Н. Ворбертон, котрий розкриває

актуальну думку цього питання[56]. Перший, хто почав досліджувати такі «стани», був Аристотель в трактаті «Про душу» [55, с. 14-20]. Він зазначав, що для людської душі властиві особливі стани, що пов'язані з природою людини. За його думкою, наші стани, такі як страх та сміливість, є невід'ємними від природної матерії людини. Він вважав, що саме ці стани є переживаннями людини. Він відрізняв стан від властивостей, та дійшов до думки, що психічні стани виникають під впливом зовнішніх факторів. Аристотель стверджував в своїй роботі [55, с. 14-20], що стан - це відображення визначеного та набутого відношення до чогось, і за відсутності цього відношення неможливо судити про той чи інший стан. Стан вважався відображенням певних якостей об'єкта та є таким, що легко змінюється.

Незабаром, філософи Августин [55, с. 36-41] вважали, що сукупність психічних феноменів відокремлюється на психічні стани, а саме на вольовий стан та стан свідомості.

Сьогодні ми розуміємо, що психоемоційний стан є постійно таким, що постійно несе в собі зміни від одного стану до іншого, або певний одночасний перебіг. Геракліт виніс протилежну думку щодо психічних станів та в своїй роботі стверджував, що лише слово «стан» вказує на те, що це явище говорить про щось постійне[55, с. 31-36]. В подальшому, він дійшов до думки, що психічний стан нашої мови може мати динамічний характер, змінюватись через низку обставин.

Сократ та Платон писали в своїх роботах [55, с. 7-14], що психічний стан є станом душі людини, що провокується зовнішніми та внутрішніми факторами.

За дослідженнями та спостереженнями Декарта [55, с. 102-112], психічні стани - це явлення, котрі супроводжуються змінами в поведінки, стану внутрішніх органів людини, змінами в міміці та невербальній комунікації.

Вагомий внесок І. Кант [55, с. 102-112] За його вченням, будь-яка зміна провокує за собою формування нового стану в особистості, і кожен стан виникає з минулого стану.

За роботами вченого В. Джеймса [55, с. 150-156] стоїть думка, що психічні стани мають властивості, такі як безперервність, особистісний характер, мінливість.

З аналізу наукових джерел відомо, психоемоційний стан людини є неврівноваженим до того моменту, поки він не отримає необхідної інформації або не отримає необхідних ресурсів, і тоді він набуває статичного характеру [50, 55]. Виходячи з цієї думки, ми розуміємо протилежне, психоемоційний стан вважається врівноваженим, коли в особі є повна необхідна інформація та ресурси, що вона потребує. Також, важливо зазначити, важливість набуття ресурсів для добробуту психіки та підкреслити актуальність цієї думки в сучасному сьогодні, коли навіть статичне положення може бути піддано змінам. Також відомо наступну класифікацію психоемоційного стану як прояв психічного процесу:

- 1) вольові стани, такі як: рішучість, незібраність,
- 2) пізнавальний стан, такі як: роздуми,
- 3) емоційний стан, такі як: тривожність, настрої.

За дослідженнями Р. Лазаруса [92], психоемоційний стан - це результат сприйняття та оцінки зовнішньої загрози або виклику. Його постулатом слугувало наступне припущення «негативні емоції не залежать від обставин, людей, ситуації. Негативні емоції завжди залежать від когнітивної оцінки про ці обставини, людей, події», що було доведено в його дослідженнях.

Дійсно, що саме наше вміння до розумової здатності породжує наш процес мислення, через оцінку певних ситуацій ми можемо надавати їм певний сенс, за котрим будуть відбуватись наші емоції та відчуття. Виходячи з його науки, ми розуміємо, що для тих людей, для котрих війна завдала травму, котрі лицем до лиця зіштовхнулись з усіма або більшістю загроз, в

них буде проявлений негативний стрес з можливими подальшими психологічними наслідками.

За сучасною українською науковою роботою дослідника з галузі психології Т. Дуткевич [57], психічний стан - наявний факт, котрий існує впродовж певного часу та зумовлений певним становищем. Таке явище є завжди залежним від становища та підвергається змінам від середовища.

За думкою українського фахівця О. Коваль [69], психічний стан - сукупна характеристика психіки особи, котра свідчить про певні установи та своєрідність психічних проявів в їх пливу. Це певного роду форма зворотної реакції, що демонструє відношення особи до проявів власної психіки та проявляється в момент взаємодії з оточуючим середовищем у визначений момент часу та за певних умов. Вона поділяє види психічних станів відносно до наступних особливостей:

- 1) влада над особою (астенічна або стенична),
- 2) здебільшого впливові форми психіки (вольова, емоційна, пізнавальна),
- 3) ступінь сприйняття (глибока або поверхнева),
- 4) тимчасовість (короткочасна, тривала, довготривала, та ін.).

Також відомо, що психоемоційний стан - це психічна діяльність особи за певний проміжок часу або життя, котра відображає як відбуваються психічні процеси, що спровоковані певною діяльністю, відображенням світу та станів психічних особливостей особистостей. В даному контексті мається на увазі, що особливостями можуть бути будь-які відчуття та переживання людини, як позитивні, так і негативні.

Психічний стан - психологічна сукупність характеристик особи, що відображається душевні переживання в певний проміжок часу і які є статичними.

Як систематичне явище, фактором для набуття того чи іншого стану є актуальна проблема, питання, подія або ситуація, що за собою утворює

певний психоемоційний стан. Важливо зазначити, що в кожній особі реакція на одну й ту саму ситуацію може бути різною через низку факторів. Наприклад, через рівень стресостійкості та адаптації, світогляду, наявності залежностей від чогось або когось, поточному психоемоційному стану.

Психологічний стан є тісно взаємопов'язаним з емоційним станом. Емоційний стан, за периферичною теорією В. Джеймса [55, с. 150-156], це процес осмислення збудження в тілі особи, котре вона відчуває після сприйняття події або ситуації, що викликає це збудження. За цією теорією, є фактор, котрий викликає зміну у фізіологічних процесах особи. Ця зміна безпосередньо передається в мозок, звідки виникає певна емоційна реакція та емоційний стан.

В. Кеннон, в свій час, стверджував трохи інший порядок виникнення емоційного стану [92]. За його думкою, емоційний стан виникає через подразник, що впливає на центральну нервову систему особи, на таламус. За його етапами спочатку є наявний подразник, котрий вносить реакцію для таламуса, а вже потім виникає емоція та фізіологічна зміна. Попри все, думки В. Джеймса та В. Кеннона схожі в тому, що є певний подразник, котрий викликає емоційний стан в особі.

За теорією диференційованих емоцій К. Ізарда [93], емоційний стан - сукупний процес, що відбувається на нейрофізіологічному, емоційному та нервово-м'язовому процесі. Він стверджував, що емоційний стан є високо значущим процесом для особи, котрий відображається у нашому світосприйнятті, носить значний вплив на психічний стан людини, визначаючий сутність людського існування та сутті буття.

З наукових джерел відомо, що існує певна класифікація психічних станів за наступними категоріями та рівнями психічної активності (функціюванні психіки) [50, 55, 88]:

- 1) негативні психічні стани з високим рівнем психічної активності, такі як: злість, страх,

- 2) негативні з середнім рівнем психічної активності, що в собі мають: байдужість, очікування,
- 3) негативні з низьким рівнем психічної активності, з них виділяють: смуток, апатію,
- 4) позитивні стани з середнім рівнем психічної активності, котрі полягають в: спокій, зацікавленість,
- 5) позитивні з високим рівнем психічної активності: радість, захованість, тощо.

За видами, вони поділяються на наступні [50]:

- 1) вольові, що полягають в таких структурі вольових дій, до них відносять такі, як: рішучість, ініціативність, цілеспрямованість. під собою вони розуміють, що треба певна «воля» або сила душі задля виконання якоїсь дії. стан, що буде цьому передувати, і буде вольовим станом,
- 2) мотиваційні - вони стосуються бажань особи. це стани, що зумовлені певною духовною енергією, бажанням, стимулом. до них відносять: прагнення, інтереси, пристрасті,
- 3) емоційні - вони базуються на емоційних станах особистостей, тобто її поточних наявних психологічних проявів відчуття. до них відносять - настрій, стреси, афект, фрустрація, апатія, та багато інших емоційних станів,
- 4) ті, що стосуються різноманітних рівнів організації особистості. загалом вони проявляються в різних рівнях уважності особистості щодо чогось.

Аналізуючи багато різних робіт науковців, ми приходимо до певної класифікації наступних ключових складників емоційного стану та їх відмінностей залежно від таких факторів, як [50, 55, 88]:

- 1) суб'єктивна якість емоційного стану:
 - а) позитивні - суб'єктивно задовільнений стан, що носить в собі приємні для особи емоції,

- b) нейтральні - емоції без докрашення, котрі ніяк не впливають на психоемоційний стан особи,
- c) негативні - ті, що суб'єктивно є дискомфортними для особи,
- 2) тривалість емоційного стану [50]:
 - a) довготривалі, що тримаються впродовж довгого часу,
 - b) короткотривалі, що швидко зникають та особистість повертається до звичного або минулого психоемоційного стану,
- 3) сфера впливу за К. Ізардом [50, с. 230-239]:
 - a) фундаментальні - це ті емоційні стани, що має властиві для неї адаптаційні функції з унікальними та неповторними проявами, котрі є високо важливими для особи,
 - b) поверхневі або малозначущі - повна протилежність фундаментальним емоціям,
- 4) впливу на психологічний, соматичний на психічні стани на особистість [88]:
 - a) окремі - що не мають вираженого значення,
 - b) фундаментальні або вагомі - це ті, що мають виражене значення на стан особи та мають свої наслідки та особливості,
- 5) розподіл за емоційним тоном або підтекстом за Е. Титченером [88]:
 - a) незадоволення - ті, що не можуть залишити приємний підтекст отриманих емоцій,
 - b) задоволення - ті, що можуть залишити приємний підтекст отриманих емоцій,
- б) фактори, через котрі виникають емоції за І. Кантом [55, с. 102-112]:
 - a) Інтелектуальні - ті, що виникають під час розумової або когнітивної діяльності людини,

- b) Сенсуальні - ті, що виникають після надання якогось сенсу особою чомусь або комусь,
- 7) ознаки за виникненням та протіканням[50]:
 - a) демонстративні - емоції, що не є щирими, та задіяні для певної цілі,
 - b) репрезентативні - щирі емоції, дійсні та поточні,
 - c) демонстративно-репрезентативні або змішані - щирі емоції, що є прикрашеними або збільшеними для демонстрації,
- 8) характеру взаємодії особи з об'єктами оточення[88]:
 - a) контактні - після безпосереднього контакту особи з об'єктом,
 - b) дистанційні - ті, що виникають за відсутністю контакту особи з об'єктом.

Отже, ми доходимо до висновку, що психоемоційний стан - це складний психологічний феномен, що поєднує в собі емоційні та психологічні реакції на зовнішнє середовище та внутрішні процеси.

1.2 Фактори, що впливають на психоемоційний стан особистостей

Єдина константа нашого життя - його постійна динаміка змін. Воно ніколи не стоїть на місці, завжди вносить нові правила життя та нові ситуації, до котрих ми маємо пристосуватись. Ця нестійкість відповідно призводить до певних змін в нашій свідомості та психоемоційному стану.

При нормальному психоемоційному стані особистість спроможна вирішувати будь-які питання свого життя, вести повноцінне життя, що полягає у створенні та підтримуванні нових стосунків, працювати, навчатись, створювати щось нове та творити, приймати рішення, тощо.

З загальноприйнятого визначення психічного та психологічного здоров'я випливає, що в нормальному стані або стані благополуччя людина спроможна справлятися з звичайними життєвими стресами, може

продуктивно та проактивно працювати, зробити певний внесок [46]. Дане визначення зазначено в рамках Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Згідно цього визначення, ми розуміємо, що на психічне та психологічне впливають не лише соціально-економічні обставини, в котрих люди знаходять певні сенси для себе, а й індивідуальні характеристики та атрибути, а також середовище, в котре їх оточує кожен день.

Хочемо навести наші роздуми щодо кожної обставини.

Соціально-економічні обставини. Ними характеризується такі фактори, котрі впливають на психоемоційний стан особистості, як: можливість позитивного або негативного спілкування з оточуючими та сім'єю, здатність або нездатність розвиватись, отримувати нову освіту та творити щось нове, можливість або неможливість процвітання та кар'єрного розвитку, можливість або неможливість заробляти на життя та на мрії. Також сюди відноситься можливість або неможливість отримувати необхідну медичну та психологічну підтримку.

Фактори навколишнього середовища. До них ми хочемо віднести: соціальне, культурне та геополітичне середовище, домогосподарство та спільноти оточуючих, можливість отримувати необхідні для життя ресурси (їжа, вода, медикаменти, тощо), переконання спільноти, права особи та конституція, політика світу, світові фінансові кризи, дискримінація, гендерна рівність або нерівність, конфлікти оточення, війна.

Індивідуальні якості та характеристики. До таких ми відносимо ті властивості, що є набутими здібностями людини або є вродженими. Це також такі фактори, як: здатність до соціального інтелекту (можливості мати справу з оточуючим соціальним світом в соціальній діяльності) та емоційний інтелект (здатність думати та відчувати, керувати собою).

Також, слід не забувати про взаємодію психологічного стану та здоров'я особистості, котре має свої прояви на кожному етапі життя людини.

З цих проявів можуть сформуватись будь-які особистісні реакції: від позитивних або негативних, до амбівалентних.

Доцільно також навести таблицю Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо психологічного здоров'я з ілюстрацією набором факторів, що можуть несприятливих факторів для благополуччя психологічного стану або для покращення його самопочуття [32].

Табл. 1.1.

Ризики для психічного здоров'я

Фактори	Несприятливі, погрожуючі фактори	Покращуючі фактори
Індивідуальні фактори	Низька самооцінка Когнітивна або емоційна незрілість Труднощі в спілкуванні Медичні захворювання Вживання психоактивних речовин	Здорова самооцінка, впевненість Здатність вирішувати проблеми, керувати стресом або негараздами Комунікативні навички Фізичне здоров'я Спорт
Соціальні фактори	Самотність або втрата Сімейні конфлікти Підвергнення насиллю або жорсткої поведінки Низький дохід та бідність Труднощі в навчанні Стрес на роботі Безробіття	Соціальна підтримка сім'ї та оточуючих друзів Гарне виховання Сімейна взаємодія Фізична охорона та підтримка Економічна безпека Навчальні досягнення Задоволення на роботі Успіхи в роботі
Фактори навколишнього середовища	Незадовільний доступ до основних послуг Несправедливість та дискримінація Соціальна та гендерна нерівність Вплив війни чи	Рівність доступу до основних послуг на задовільному рівні Соціальна справедливість, толерантність Соціальна та гендерна рівність Фізична охорона та безпека

Також, деякі психічні стани зумовлені віком особистості, до яких належать: перехідний етап формування особистості в підлітковому віці, криза середнього віку та інші.

За думкою Всесвітньої організації охорони здоров'я, такі фактори завжди взаємодіють між собою в різному ступені прояві та з різною динамікою, і можуть мати як позитивний психологічний вплив, так і негативний [47]. Погіршення психоемоційного стану, за їх думкою, спричиняють низкою біологічних, екологічних та економічно-соціальних факторів, наприклад: швидкі соціальні зміни, стресові умови праці.

С. Маклеод, доктором філософії та психології, розглядав піраміду потреб американського психолога А. Маслоу та його теорію розширеної моделі потреб [34]. Хоча він не погодився з актуальністю розташування за цифрами, ця піраміда, за його думкою, носить значний характер. І, дійсно, Маклеод погоджується з тим, що якщо в якомусь з етапів є дефіцит - особа не зможе досягнути повного задоволення. Тож, ця теорія є актуальною. За цією теорією всі потреби поділяються на: фізіологічні, потреба у безпеці, соціальні потреби, потреба у самоповазі та самоактуалізації. Перші чотири потреби (рис. 1.2.1.) вважаються основними потребами, без задоволення яких людина зможе задовольнити потребу вищого рівня - потребу у самоактуалізації.



Рис. 1.2.1. Піраміда потреб А. Маслоу.

За його теорією, людина при відсутності однією з потреб, повинна реалізувати її та докласти певних зусиль для цього. Перехід між рівнями можливий лише тоді, коли всі потреби з минулого етапу є реалізованими. Також, за його теорією, ми бачимо, що кожен з цих факторів може безпосередньою впливати на наш емоційний стан. Відсутність будь-якого з елементів вже може свідчити про те, що особа вже стикається з певного роду негативними емоціями. І, навпаки, коли всі потреби задовільнені - відчувати позитивні емоції.

За сучасною думкою українських психологів О. Брюховецької, Т. Чаусової, Л. Інжиєвської, психоемоційне благополуччя залежить лише від суб'єктивної оцінки особи [51]. Вони наголошують на тому, що навіть коли особа забезпечена усім необхідним для життя, всі її потреби є задовільненими, вона все одно може відчувати незадоволення від життя. А отже, сутність цього поняття полягає аж ніяк не в об'єктивній оцінці.

З аналізу вище сказаного, ми розуміємо, що наш психічний стан - це зворотна реакція на постійно присутні в житті людини турботи та проблеми, на безперервний процес подолання с повсякденними чи тимчасовими труднощами. Отже, ми приходимо до висновків, що наш стан стає зміненим.

Психічні стани, до яких відносяться саме змінені стани свідомості, є проміжними між відносно стабільними властивостями особи та психічними процесами. Психічні процеси - сукупність різних сторін свідомості особи та різноманітні психологічні та фізіологічні функції організму особи. Змінені стани свідомості є фоном особистісної психічної діяльності, відображаючи особливості характеру особи, її особливостей, поточного соматичного стану.

За Ч. Тарт [50, с. 158-176], змінений стан свідомості - це зміни нормального або звичного психічного стану особи в результаті дії подразника, котрий їх спричиняє. Під цим поняттям він розумів, що ці зміни можуть бути різними та спричиненими різними факторами. Починаючи від приємних та закінчуючи вкрай негативними та нестерпними.

За класичним визначенням А. Людвіга [21], швейцарського вченого, змінений стан свідомості - зміни в психологічному, психічному функціонуванні або в суб'єктивних відчуттях особистості, що зумовлені через певні генералізовані норми, котрі рефлексуються спостерігачами або самою особистістю.

За А. Ревонсуо, фінським вченим, головним означенням таких станів є систематичні зміни суб'єктивних змістів з реальним світом відносно її звичного стану [50, с. 183-189]. За його думкою це певне спотворення реалії в психіки особистості.

Важливо зауважити, що змінені стани є завжди суб'єктивними, тож вони провокуються різними тригерами і можуть як мати відношення до особливостей та патологій психоемоційного стану, так і не мати взагалі.

Отже, особливості психоемоційного стану можуть бути зумовлені численними факторами, котрі включають в себе:

- 1) біологічні фактори: схильність певної особи на біологічному рівні до наявності психоемоційних особливостей,

2) психологічні фактори: особистий досвід, пережиті травми, стратегії володіння зі стресом, суб'єктивні переживання та сприймання, тощо,

3) соціальні та політичні фактори: взаємодія з іншими, соціальна підтримка та безпека, культура, цінності.

1.3 Фактори, що впливають в умовах війни на психоемоційний стан особистостей

Війна - це не лише бойові дії, стратегії та політика. Це вперш за все люди, які переживають ці страшні події та наслідки від них: їх почуття, страхи. В цих умовах людський психологічний стан зазнає безліч випробувань, проблем та трагедій, з котрими він стикається.

Війна - сукупність дій із застосуванням зброї та насильства по відношенню до будь-яких всесвітньо признаних територій, з метою захоплення територій, окупації, а також присвоєння чужих людських ресурсів [85].

Ми розуміємо та бачимо, що війна не обмежується лише фізичним проявом для присвоєння собі чужого. Тож на нашу думку доцільно додати визначення психологічної війни, котра на сьогоднішній день щільно поєднана із війною.

Психологічна війна - цілеспрямовані речі або дії, метою яких є насильне змушення когось зменшити впевненість в чомусь або в комусь, відчуті безнадійність, страх, паніку, тощо.

Коли нестійкість призводить до загрози існуванню, наш внутрішній стан різко змінюється та особа може зіштовхнутись з низкою негативних психоемоційних станів. Наприклад, може зіштовхнутись з таким захисним механізмом, як заперечення, може зіштовхнутись з відчуттям гіркою суму або депресією.

Війна є одним з найбільш негативних чинників для психоемоційного стану особистості. Означений фактор пов'язаний з постійним відчуттям загрози для існування, загрозою насильства, матеріальних та суспільних втрат, розлукою. Сама по собі війна завжди означає різкі зміни з політичним устроєм, суспільним та соціальним устроєм, економічним устроєм. Вона завжди несе за собою втрати та загибель, катування та знуцання [75, 77].

За думкою Ю. Шалева, війна завжди викликає безліч варіацій стресу, паніки, страху та різним емоціям, котрі можуть в той чи інший силі охопити людину [81].

На сьогоднішній день, в умовах окупації, жителі постійно зіштовхуються з обмеженнями мобільного зв'язку та інтернету, обмеженнями у висловлюванні особистої думки та відношення до України та української нації, проблемами та обмеженості отримання освіти, насильством (фізичним, сексуальним, психологічним), приниженням та примушуванням до небажаних дій, невизначених втрат та травмуючим досвідом, втратами та смертями. Жителі окупованих територій України постійно зіштовхуються з звуками та власним спостереженням вибухів та обстрілів [94, 95, 96].

ВООЗ зазначає, що порушення прав людини, соціальна ізоляція, сексуальне насилля, економічний та політичний тиск, психологічне насилля, та стресові умови є запорукою погіршення психічного здоров'я та благополуччя особи. За їх думкою, кожен, хто зіштовхнувся з війною, будуть мати психологічний стрес. В деяких випадках він буде тимчасовим та пройде без особливостей. В той час, як в наступні 10 років кожен 5 буде мати психоемоційні особливості, такі як: посттравматичний стресовий розлад, тривога, депресивний стан, біполярний розлад або шизофренія [45, 46].

За актуальними книгами Л. Царенко, Т. Вебер, М. Войтович, Л. Гриценко, В. Кочубей, Л. Гридковець з основ реабілітаційної психології, психотравматична подія - будь-яка високо значуща для особи ситуація, що наносить патогенний негативний вплив на психоемоційний стан, психіку, та

може зумовити психічні особливості психоемоційного стану через недостатність роботи психологічних емоційних захисних реакцій [56, 70, 71, 72].

Л. Глінсон, ірландський психотерапевт, в своїх роботах досліджувала втрати та горе. В одній з своїх робіт вона зазначала, що тоді, як в смерті є повна ясність та впевненість в тому, що людини більше немає, є такі прояви втрат, коли втрата особи є більш очевидною та зрозумілою для психіки [20]. В своїй роботі вона доводила актуальність думку американського дослідника з галузі психології та психіатрії П. Бос. За її визначенням, невизначена втрата - ситуація, котрій характерна незрозуміла втрата, що не є роз'ясненою, а отже зрозумілою для особи [20]. Через це, як зазначає П. Бос, ситуація не може бути вирішеною через відсутність інформації. За її думкою це спричиняє певні психоемоційні особистісні стани, такі як тривога, депресивний стан, підвищена конфліктність, тривога, надія.

Під час війни населення окупованих територій України, на превеликий жаль, зіштовхнулись з невизначеними втратами двох типів: фізична втрата та психологічна втрата.

За ствердженнями П. Бос, такі втрати мають наступну класифікацію:

1) фізична втрата. Коли фізично особа не є присутньою поруч або її присутність є невідомою, але близьке до неї оточення вважає її психологічно присутньою. Характерним при цьому є стан очікування, сподівань та віри в повернення людини,

2) психологічна втрата. Коли особа є фізично присутньою серед свого близького оточення, але на психологічному рівні знаходиться не в тому ж місті. До такого характерним є стан аддикції, одержимості, ностальгії в крайньому прояві, особливості психоемоційного стану (депресивний стан, біполярний афективний розлад, та інші).

За думкою Н. Тертичної, сучасного українського дослідника загальної та медичної психології, втрата - це особистий досвід людини та її

переживання, що пов'язано із смертю близької людини. Тоді як горе - прояви емоцій після втрати [90].

Реальність, яка описана в багатьох дослідженнях, підтверджує, що багато людей зникли або були вбиті, тож люди, на жаль, заштовхнулись з таким гірким досвідом.

З приходом війни, в перший час люди зіштовхнулись з тим, що оселі, в котрих вони проживали, завдалися ударам з різного озброєння та були зруйновані. Виходячи з цього, особам не було куди бігти, де жити та де сховатись від загрози. Також відомо, що люди зіштовхнулись з голодом та холодом, через проживання в місцях, що не є призначеними для проживання [78].

Люди зіштовхнулись з невизначеністю. Ніхто з жителів не знав, що буде далі та що чекатиме їх в наступну хвилину. За думкою сучасного американського доктора наук та психотерапевта, Б. Робінсона, мозок особи функціонує на основі інстинкту виживання, котрий проводить постійний аналіз навколишнього світу і робить висновки про те, що вважати безпечним і що вважати потенційно небезпечним [30]. Мозок завжди схильний до уникнення невизначеності, створюючи безліч непідтверджених сценаріїв, оскільки сприймає невизначеність як потенційну загрозу. Він працює за простим алгоритмом - за відсутністю інформації про майбутнє, мозок передбачає найгірші сценарії, персоналізує погрози та швидко робить висновки щодо уявного.

За думкою автора, коли в особи не має почуття впевненості в майбутньому, реакція на стрес активується, закликаючи особу до задля збереження життя або до переміщення у безпечний стан. Передбачати негативні варіанти потрібно для того, щоб захистити самого себе від потенційної загрози. Б. Е. Робінсон також стверджує, що мозок настільки потребує знати результат, що навіть негативні сценарії є способом для зменшення або уникнення від занепокоєння, що пов'язане з невизначеністю.

За думкою С. Холдс, сучасного психолога, невизначеність - психоемоційний стан особистості, коли вона не знає певну частину або загальну інформацію щодо чогось [33].

Це наводить нас на думку про те, що невизначеність може сильніше впливати на психоемоційний стан, ніж фактичні негативні події.

За думкою В. Жовтянської та О. Кухарук, українських психологів, невизначеність - завдання або питання, щодо якого особа формулює певну кількість гіпотез, через відсутність інформації або недостатність інформації [58].

За думкою благодійного психологічного фонду KI(N)D'S та його визначних спеціалістів з психології, чим далі люди перебувають від війни чи обстрілів, то більша ймовірність, що їхній психоемоційний стан покращиться [41]. Всі поточні зміни в психоемоційному стані людей підкоряються законам коливання (маятника). Вони перемикаються між ейфорією та розчаруванням. Також, люди відчують загальну втому від війни, яка частково пояснюється постійною невизначеністю навколо подій.

Отже, це підтверджує правильність обраного нами шляху. Люди, що знаходяться в окупації, постійно знаходяться у війні і їх емоційний стан зумовлений постійним відчуттям невизначеності.

Зрозуміло, що такі дії провокують відчуття стресу, страху, паніки та хвилювань, з якими особистість зіштовхується протягом кожного дня в умовах окупації.

За думкою М. Пополі, стрес — це фізіологічна реакція на зміни навколишнього середовища, яка може бути або позитивною та проадаптивною (як у більшості випадків), або негативною та дезадаптивною [13]. Він робив великий акцент на тому, що кожна особа реагує по-різному. Для певної кількості осіб стрес є певним стимулом до позитивних змін у житті та може покращити когнітивні здібності особи. В той час як для іншої кількості осіб, через різні генетичні характеристики та особистісний досвід,

можуть мати проблеми з досягненням необхідної адаптації до змін оточуючого середовища. Така негативна реакція може стати частішою, коли людина піддається дуже сильному або повторюваним стресовим подразникам. У цьому випадку ми говоримо про дезадаптивні реакції, які можуть сприяти виникненню різних захворювань, серед котрих - психічні [13].

Сучаний професор О. Радченко відмічає, що роботи Г. Сельє є базою для розуміння життєвої мети та ресурсів, що треба для проходження та досягнення поставленої мети [54]. Вона розглядала теорію стресу з погляду медичних теорій та зазначила їх актуальність на сьогоднішній день. Видатний вчений Г. Сельє розвинув власну теорію стресу. За його думкою, стрес - це стан психологічного або фізіологічного напруження, котрий виникає через різні фактори, які за собою провокують в особи змін у функціонуванні організму. За його думкою організм завжди намагається уникнути подібного стану. Серед факторів, що провокують стрес, за думкою Г. Сельє, він визначає розумові, емоційні, соматичні, зовнішні та внутрішні. Також він не виключає той фактор, що вони можуть проявлятися в сукупності. [54]

За українським фахівцем та дослідником О. Коваль [69], стрес - це персональне реагування організму особи на екстремальну ситуацію, котра тягне за собою відповідну перебудову діяльності організму та його пристосування. Вона також поділяє стрес на наступні фази:

- 1) тривожність - психологічний стан посиленого дискомфорту через хвилювання з приводу ситуацій або ситуації, що можуть потенційно відбутись. цей стан характеризується підвищеною невпевненістю у собі та у майбутньому, у можливостях. з ним присутнє самонавіювання негативних можливих варіацій подій, їх уява та саме мислення про це. в той час, як особа проходить зістикується з невизначеністю та відчуває тривожність, організм готується до захисту, звідки й йде фізичний прояв цього явлення,

2) адаптація - період, коли відбувається акомодация до небезпеки або нового етапу, які вже є наявними. в цей момент відбувається певного роду врівноваження протидії від ефекту стресового чинника а захисних механізмів психіки особи,

3) виснаження - період, коли стрес бере верх над організмом та психікою особи, переходячи у негативний та залишає такі ж наслідки.

За думкою українського військового психолога О. Покальчук, те, що відбувається з особистісним психоемоційним станом людей, що знаходяться на окупованих територіях України, порівнюється зі шкалою Е. Богардуса [56]. Суть цієї шкали - коли ви чогось не знаєте або не розумієте, для психіки це виглядає більш тривожніше та визначається як потенційне джерело небезпеки. За його думкою, нас буде чекати серйозна соціальна проблема через виникнення певних психоемоційних особливостей.

В сучасній роботі Т. Батлер-Боудон розглядав різних засновників психології, психоаналізу та психіатрії. За думкою З. Фрейда, паніка - неусвідомлена особою афективна поведінка та дії, котрі характеризуються миттєвим здійсненням намірів [50, с. 84-92].

Переживання, за думкою О. Коваль, це емоційний стан, що пов'язаний з певною ситуацією. Цей стан виникає через те, що особистість пропускає через власну свідомість цю ситуацію, котра стає подією її особистого життя.

Переживання - це емоційний стан особистості, який може бути як негативним, так і позитивним, та що виникає через її ставлення до інших осіб або особи, до певної ситуації, в котрій вона перебуває, до себе. Таким чином, це завжди спричинено об'єктом, котрий вона переживає. Тривалість та потужність є залежним від того, що виникає такий стан, та особливостями психіки особливості [69].

В той час, в термінологічному словнику екстремальної та кризової психології зазначається, що страх - емоція, що виникає в той час, коли існує потенційна небезпека для біологічного або соціального життя особи. Страх,

за цим виданням, є завжди спрямованим на фантазійну або існуючу небезпеку. [69].

За думкою З. Фрейда, страх - це відповідна реакція на подію, котра потенційно може нанести небезпеку для особи. За думкою З. Фрейда, страх регулярно відтворюється за повторенням небезпечної ситуації [50, с. 87-92].

Зіштовхнувшись з війною, особистість зіштовхується з одним наступних варіантів травматичних подій для її психоемоційного стану: довготривалі події та несподівані події. Виникнення цих подій безпосередньо викликає певні особистісні реакції психіки людей, що за собою викликає певні емоційні стани.

Спираючись на це, ми можемо сказати, що війна, яка послугувала фактором тимчасовій окупації низки областей України, слугує фактором невизначеності, загрози та екстремальних умов, що за собою може провокувати такі психоемоційні стани, як напруження, стрес, тривогу та паніку, котрі можуть бути до тимчасові, довготривалі або хронічні.

В цій ситуації, всі ці явища викликані суміжними для всіх осіб факторами. Емоції можуть виходити одна з іншої, можуть поєднуватись, замінити одне одного. Але при цьому є одна константа - який новий фактор їх не спровокував би, вони всі спричинені лише війною.

Висновки до розділу 1

Дослідження психоемоційного стану особистості є важливим критерієм у розумінні широкого спектру поведінкових реакцій та міжособистісних взаємин, що відображає багатовікові зусилля дослідників, які прагнули конкретизувати та систематизувати цю складну та багатовимірну концепцію - поняття психоемоційного стану в контексті психологічної науки. Хоча історія науки свідчить про відсутність консенсусу щодо визначення терміну психоемоційного стану, наша робота підтверджує його значний вплив на якість життя особистості та її здатність до соціальної адаптації. У нашій

теорії ми розглянули психоемоційний стан як багатогранний феномен, вплив якого визначається широким спектром біологічних, психологічних, та соціально-політичних факторів.

Загалом, психоемоційний стан можна описати як узагальнене поняття для всіх переживань, що виникають у житті людини. Ці переживання впливають на мотивацію, поведінку та мислення особи. У психології, емоційний стан включає в себе почуття та душевні хвилювання, які є невід'ємною складовою життєвого процесу людини і відіграють важливу роль у формуванні загального психологічного та емоційного стану індивіда. Психічні стани, які по сутності є певним синонімом психоемоційного стану, зазначаємо як мінливі та емоційно насичені, що часто залежать від життєвих обставин, в котрих знаходиться особа та фізичного стану її здоров'я.

Ми розуміємо, що психоемоційний стан є відповіддю на життєві турботи та проблеми, з якими особа стикається щодня. Ці стани виступають як фон особистісної психічної діяльності і відображають індивідуальність характеру, соматичного стану та сприйняття реальності.

Також, ми хочемо зробити акцент на фундаментальній ролі первинних та вторинних потреб у формуванні емоційної структури особистості. Первинні потреби, які є біологічно зумовленими та відіграють ключову роль у фізичному виживанні, виступають основою для більш складних вторинних потреб, що охоплюють психологічні аспекти самовизначення та самовдосконалення. Також, ми розуміємо, що потреби взаємодіють і формують складну структуру емоційних та психологічних реакцій на події в житті особи. Тож, підтверджуючи теорію А. Маслоу про ієрархію потреб, ми з'ясували, що відсутність або задоволення основних потреб має прямий вплив на емоційний стан особи.

Психологічне благополуччя - це стан психічного та емоційного здоров'я, коли людина відчуває себе щасливою, задоволеною та сприймає своє життя позитивно. Це стан, в якому людина має здатність ефективно

вирішувати проблеми, впоратися зі стресом, підтримувати здорові відносини з іншими людьми, відчувати внутрішню гармонію і задоволення від свого життя.

Ми розуміємо, що психологічна травма - це психічний стан, який виникає в результаті досвіду подій або ситуацій, які викликають інтенсивний стрес і страх, та які можуть суттєво впливати на психологічне та емоційне благополуччя людини. Ця травма може бути спричинена різними факторами, такими як серйозні аварії, насильство, втрата близької людини, сексуальне насильство, військові дії, природні катастрофи, терористичні акти та інші події, які порушують звичний порядок і безпеку життя людини.

Наші висновки окреслюють психоемоційний стан як динамічну відповідь на континуум викликів і негараздів, з якими стикається людський досвід. Ми детально описали, як змінені стани свідомості служать посередниками між стабільними рисами особистості та психологічними процесами, надаючи розуміння нюансів взаємодії між індивідуальним характером, соматичними станами та сприйняттям реальності.

РОЗДІЛ 2

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ОСОБИСТОСТЕЙ, ЩО ПРОЖИВАЮТЬ НА ТИМЧАСОВО ОКУПОВАНИХ ТЕРИТОРІЯХ УКРАЇНИ

2.1 Різновиди психоемоційної реакції на війну жителів тимчасово окупованих територій України

За нашою думкою, будь-який стрес, особливо травмуючий, спонукає в особи реакції захисних механізмів психіки. Поняття захисних механізмів бере початок в психоаналізі.

За сучасною думкою В. Саріпалі, К. Вогель, звичайною реакцією на стрес є момент, коли тіло та психіка переходить до режиму боротьби, завмирання або втечі [42]. Суть цієї реакції полягає у тому, щоб забезпечити особу безпечним місцем та зберегти її життя. Так само вважала й К. Черрі, американський психолог та спеціаліст з реабілітації. Це підтверджує нашу думку.

За думкою С. Ройз, сучасного фахівця з психології, люди в війну заштовхнулись з такими реакціями як паніка, стрес та його фізичні прояви, хтось був готовий тікати в безпечні місця, хтось завмирав [76]. Попри це, за її думкою, люди можуть ще й відчувати відчуття провини за свої почуття. Це підтверджує нашу думку щодо наявності психологічних проявів захисних механізмів.

Робота О. Когут доводить, що реакцією на стрес є запобігання до захисних механізмів психіки [18]. Німецькі роботи сучасного фахівця з психодинамічної психології також підтверджують нашу думку [28]. З сучасним терапевтом К. Левінсон, реакцією на стрес також є включення психологічних захисних механізмів [36].

Сучасний американський психоаналітик Н. Мак-Вільямс [80], виокремила наступні чотири варіанти впливу, котрі формують певні захисні механізми в особі:

- 1) захисні механізми, що були скопійовані з поведінки батьків або тих осіб, що виконували їх функції,
- 2) наслідки, котрі особа відчула від використання певних захисних механізмів,
- 3) природа стресу, котру дитина відчула в своєму ранньому дитинстві,
- 4) темперамент особи.

Сучасний професор з психіатрії та психолог з Америки, Н. Шпанцер, розглядав в своїй роботі психічні захисні механізми психіки за різними видатними вченими. В ній від доводив актуальність таких механізмів на сьогоднішній день та розглядав їх як корисні або погіршуючі функції реагування. З його роботи, за Д. Вайллантом, американським психологом та психіатром, згідно розвитку психоаналітичного складу особистості (Его особистості) є наступні категорії психологічних механізмів захисту [29, 101, с. 10-39]:

I рівень. Психотичні захисти. Д. Вайллант вважав, що характерним є прояв для здорових дітей віком до 5 років, а на далі воно переходить до мрій та фантазій дорослих осіб. За його думкою, корекція цих захисних механізмів полягає у сприйнятті реальності. До психотичних захистів відносять:

Ілюзорна проєкція - захисний механізм у вигляді помилкового уявлення про зовнішній світ, найчастіше про загрозу, яку вона несе для особи. Вона працює наступним чином, перекладаючи неприємні почуття на інших людей, щоб позбутися чи полегшити дистресовий стан. Окрім перенесення своїх негативних почуттів на інших, людина може вважати, що інші використовують її в корисних цілях та інтересах. Отже псевдопроєкція,

використовуючи відчуття людиною ворожих почуттів до інших, змінює справжню оцінку оточуючих.

Заперечення зовнішньої реалії - це захисний механізм, який враховує більше сприйняття зовнішньої реальності, а не внутрішнього стану людини. Воно походить від створення образу людей, навколишнього світу, навіть враховуючи того, чого може існувати, тим самим заперечуючи справжньому світу. Наочним виразом цього захисту - це зміна інших людей на вигаданих, у тому числі тих, які вже померли, використовуючи фантазію.

Спотворення реалії - вагома зміна зовнішнього світу в особистих інтересах та потребах людини. Цей захисний механізм використовується вагомим виправданням для людини, щоб знімати відповідальність за свої потяги. Саме завдяки цьому захисному механізму людина звільняє себе від негативних почуттів, замінюючи їх на протилежні. Спотворення реальності може походити від нав'язливих думок та ідей, їх здійснення, бажання об'єднатися з іншими людьми, а так само через помилкове прийняття бажаного за справжнє.

II рівень. Інфантильні механізми. Такий тип властивий для здорових дітей віком від 3 до 15 років (підлітків). Щодо дорослих, він зазначав, що такі прояви свідчать про порушення характеру та тим, хто потребує психотерапії. Корекцією може бути сама психотерапія та створення близьких благих стосунків з оточуючими. До таких відносять:

Проекція почуттів - виникає при небезпеці з реальності і викликає присвоєння своїх неусвідомлених почуттів іншим людям, які проявляються в психоемоційному стані в такому вигляді як: злопам'ятності, хибних підозрах або упередженнях.

Шизоїде фантазування - використовується для переходу у свій внутрішній світ для того, щоб вирішити конфлікт або задовольнити свої потреби. Але, на відміну невротичного заперечення, при шизоїдному фантазуванні людина переробляє зовнішній світ, а чи не внутрішній.

За допомогою фантазії людина змінює образ зовнішньої реальності в такий спосіб, що бажана ситуація стає очевидною реальністю. І навпаки, скрутна ситуація відступає на задній план або зникає.

Людина, яка використовує цей захисний механізм, не відстоює на правдивості своїх фантазій, як у Невротичному запереченні, а лише використовує це, щоб уникнути близькості з людьми.

Іпохондрія - працює таким чином, що особа інтеріоризує або, простіше кажучи, надає собі неблагополуччя. Внаслідок чого, наприклад, може стати причинами неіснуючої хвороби будь-які неоднозначні фактори. Легкий головний біль для іпохондричної людини переходить у переживання щодо можливого серйозного захворювання мозку. Навіть найменший конфлікт на роботі може виявитися причиною серцевого нападу.

Пасивно-агресивна поведінка - працює таким чином, що, по відношенню до інших людей виникає агресія, але виявлена в пасивній формі у вигляді опору, або ж звернена проти себе і є характерною особливістю цього захисного механізму. Навмисне запізнення, затримки та прояви захворювань, які більше порушують життя інших, а не життя самої людини, відносяться до прояву пасивно-агресивного захисту. Різновидом цього захисту є провокаційна поведінка для привернення уваги, виставлення себе в ролі блазня, створення садомазохістських відносин. Щоразу людина використовує пасивно-агресивний захист для того, щоб уникнути прийняття конкурентоспроможної ролі.

Компульсивна поведінка - як компульсивна поведінка вважається безпосереднім проявом зовні неусвідомлюваних імпульсів у вигляді автоматичних моторних та вербальних реагувань, шокуючих дій та непристойної поведінки. Безконтрольний прийом ліків, наркотиків, а також різного роду збочення та заподіяння собі шкоди з метою звільнення від напруженості, занепокоєння та депресивного стану також належать до компульсивної поведінки.

III рівень. Невротичні механізми. Властиво для здорових людей віком від 3 до 90 років з особливостями психіки у вигляді невротичних розладів при гострих стресових станах. Корекцією він вважав можливою під час психотерапії. До невротичних механізмів відносять:

Інтелектуалізація - це спроба уникнення істотного і значущого за рахунок раціонального обґрунтування значущості несуттєвого. Крім подібних способів уникнення Д. Вайллант пише [29, 101, с. 10-39], що зміна уваги до неживого як уникнення близькості з людьми, прояву надмірної уваги до незначного в якості відмови від вираження почуттів. Цей захисний механізм також полягає у гіпертрофованій увазі до незначних деталей з метою відмови від сприйняття цілого.

Інтелектуалізація вказує на деякі міркування про невиразні бажання, які в результаті залишаються неусвідомлюваними і призводять до дій, спрямованих на їх здійснення.

Репресія - описується як припис заборони усвідомлення пережитого почуття. Протиставлення раціоналізації при репресії почуття усвідомлюються, але ідея відсутня. Вона сполучається зі специфічною символічною поведінкою, що говорить про те, що пригнічений факт насправді не забутий, а лише витіснений. Такий захист викликає блокуючий вплив на свідоме сприйняття особистих інстинктів та особистих відчуттів. Репресія накладає остаточну заборону самоусвідомлення неприйняттого імпульсу. Після «забуття суті» імпульсу останній повністю витісняється у сферу позасвідомого.

Перенесення почуттів - це перенаправлення почуттів з предмета, ситуації, що турбує, або людини на відносно нешкідливий об'єкт. Захисний механізм у вигляді перенесення виражається в анекдотах та дотепних жартах, що мають прихований ворожий зміст. Він також багато в чому виявляється у фобіях, гротесках, істеричних проявах і деяких помилках, заснованих на механізмі переносу.

Награне повільювання - захисний механізм, що виражається у прояві позамежних почуттів, діаметрально протилежних випробовуваним, але сприйманих як непристойні або неприпустимі. Вираз надмірної опіки стосовно інших при пристрасній потребі у турботі, вираження любові до ненависної чи небезпечної людини є симптомами цього механізму.

Невротичне заперечення або розтотоження - захисний механізм, що виражається у прояві позамежних почуттів, діаметрально протилежних випробовуваним, але сприйманих як непристойні або неприпустимі. Вираз надмірної опіки стосовно інших при пристрасній потребі у турботі, вираження любові до ненависної чи небезпечної людини є симптомами цього механізму.

IV рівень. Зрілі механізми. Д. Вайллант вважав [29, 101, с. 10-39], що такий механізм є своєрідною інтеграцією реальності, міжособистісних стосунків та особистих почуттів, котрий сприймає під вагою сильного стресу незрілі форми. Але попри все, як корекцію, він наводить адекватне використання цих механізмів. До таких відносять:

Альтруїзм – набуття опосередкованого, але інстинктивного та конструктивного задоволення внаслідок надання послуг іншим.

Гумор - як захисний механізм Д. Вайллант описує як відвертий виразом ідей і почуттів без заподіяння собі дискомфорту або зняття напруги без надання неприємного ефекту на інших [29, 101, с. 10-39]. Він зіставляє гумор з надією на краще, тож що вони обидва дають людині пережити те, що є надто жахливим для переживання, але утримують його увагу на цьому реальному, хоч і прикрому почутті чи події. Цей механізм не може виникнути поза «спостереженням за його» або в повному відриві від нього.

Придушення імпульсів - це свідоме чи несвідоме рішення призупинити на деякий час роздуми над виникненням внутрішнього імпульсу або конфлікту. Відмінність від Невротичного заперечення цей механізм полягає у пошуку сприятливого моменту для реагування на дискомфорт і його повного

усвідомлення. Людина закушує губу від болю, але переносить усвідомлення неприємності на завтра або до того моменту, коли він буде психологічно готовий зустрітися віч-на-віч з неприємним фактом.

Антиципація найгіршого - з'являється як передчасне занепокоєння та включає тенденцію вбачати посилення дискомфорту стану та хвилювання з приводу можливих неприємностей у майбутньому. Як правило, людина «передчуває» свою смерть перед операцією або розлучення, що загрожує шлюбу, і заздалегідь емоційно реагує на неіснуючі в реальності події. Так захисний механізм враховує негативні передчуття, настрої на найгірше та пов'язані з цим переживання.

Сублімація - це вираження агресії крізь ігри, спортивні заходи та захоплення. Очевидним показником сублімації є успішне заняття творчістю. Відмінність сублімації та невротичного захисту полягає в тому, що сублімовані інстинкти швидше організовані, ніж ігноровані або відхилені. У піднесеній сублімації власні почуття усвідомлюються, видозмінюються і скеровуються щодо відносно значущої людини, об'єкт чи мета. Внаслідок цього сублімація закінчується частковим задоволенням інстинктивного почуття. Часткове отримання бажаного результату відрізняє сублімацію від гумору і навіть від перенесення почуттів.

2. 2 Вплив довготривалого стресу на психоемоційний стан жителів тимчасово окупованих територій України

Зрозумівши поняття психоемоційного стану, ми можемо розглянути наступний аспект - особливості психоемоційного стану. Для початку ми хочемо зазначити увагу, що відсутність особливостей психоемоційного стану не є фактором психічного здоров'я. Тож, перед нами постає задача в питанні що є психічним здоров'ям.

Ми хочемо навести актуальне визначення з Статуту ВООЗ: «Здоров'я є станом повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутністю хвороби і фізичних дефектів» [45].

Отже, психічне благополуччя або здоров'я - це психоемоційний стан особистості, коли вона здатна розкривати свої здібності, ефективно долати повсякденні життєві випробування, займатись плідною діяльністю та активно приймати участь у житті соціуму. Коли з певних причин діяльність особистості не відповідає цьому визначенню, ми можемо досліджувати наявність психологічних особливостей, що певним чином перешкоджають такій діяльності.

Виходячи з наших роздумів, особливості психоемоційного стану відносяться до характерних рис або аспектів емоцій та психологічного благополуччя особи в певний момент часу або протягом певного періоду життя. Це може включати такі аспекти, як інтенсивність емоцій, стабільність чи змінність настрою, наявність негативних чи позитивних емоцій, реактивність на події, стимули, тригери, тощо.

Особливості психоемоційного стану можуть бути зумовлені численними факторами, котрі включають в себе:

- 1) біологічні фактори: схильність певної особи на біологічному рівні до наявності психоемоційних особливостей,
- 2) психологічні фактори: особистий досвід, пережиті травми, стратегії володіння зі стресом, суб'єктивні переживання та сприймання, тощо,
- 3) соціальні та політичні фактори: взаємодія з іншими, соціальна підтримка та безпека, культура, цінності.

Всесвітньою організацією здоров'я стверджується, що серед жителів Сирійської Арабської республіки, котрі стикаються з війною понад 5 років, депресивний стан є одним з найпоширеніших емоційних особливостей. Також вона стверджує, що серед жителів Афганістану, під впливом війни,

самими поширеними є посттравматичний стресовий розлад та депресивний стан [22].

За думкою сучасного експерта з психотерапії, М. Олійник, тривалий стрес має вплив на особистість на рівні здоров'я, а отже й на психологічному та фізичному рівні. За її словами, війна впливає на нас наступним чином: негативний стрес, він же дистрес, безпосередньо впливає на мигдалевидне тіло, що призводить до загострення реакції на стресові фактори, підвищує нашу тривожність та відчуття страху. Під час постійного відчуття загрози та очікування чогось наша психіка та організм вимикають інші функції - лібідо, імунну систему, тощо. Система, що відтворює належний рівень дофаміну в організмі, також зазнає змін, через що все більше людей відчують апатичний стан, депресивний стан, тривожність.

За розрахунками Міністерства охорони здоров'я України за експрес-аудиту, особливості психоемоційного стану можуть виникнути приблизно у 15 мільйонів українців, що потребуватимуть допомоги в цьому питанні через війну [60, 100].

3. Фройд, працюючи над розвитком психоаналізу, розробив психосоматичну модель переходу психологічних та психічних фрустраційних та негативних уявлень в соматичні захворювання організму. За його думкою, всі душевні хвилювання щодо стресу перебігають в тілесні хвороби або хворобу. Хвороба в соматичному (фізичному) прояві в тілі ніби забирає в організмі забирає в психіки особи активність, що травмує її психологічну та психічну діяльність та полягає в катувальних для неї уявлень та думок [50, с. 87-92].

В книзі «Стрес без дистресу», Г. Сельє зазнає стрес як соматичну відповідь на різні чинники. [35, 54]. Він зазначав, що:

1) кожна особистість має задані природою механізми задля підтримки внутрішнього балансу, в тому числі й для здорового функціонування всіх систем організму,

2) стресори - це зовнішні дратівники, котрі викликають стрес. Організм особи реагує на будь-який стресор нехарактерними фізіологічним збудженням. Як зазначає Г. Сельє, не має важливості щодо контексту стресору, організм однаково реагує як на позитивні, так і на негативні стресори,

3) за думкою науковця, розвиток стресу та адаптація до нього відбувається поетапно. Кожний етап характеризується певним часом течії та переходом на наступний етап. Але попри все, це залежить від наступних факторів: рівень психологічної та соматичної резистентності (стійкості) особи, інтенсивності стресора та його довготи,

4) в кожного організму є свої внутрішні запаси, які визначають його можливості уникнення стресу та адаптації до нього. Коли ці резерви вичерпуються або стають недостатніми, виснаження може призвести до виникнення захворювань та навіть смерті.

Доходимо до роздуму, що хронічний стрес - це довготривалий наявний стресор, котрий провокує нестримне відчуття постійного перевантаження або тиску на психологічному рівні, та може призвести до серйозних проблем із психологічним здоров'ям та існуванням.

За біопсихосоціальною моделлю Всесвітньої організації охорони здоров'я [47], зокрема в Міжнародній класифікації ушкоджень, порушень діяльності та інвалідності, зазначається наступне: хвороба виникає внаслідок сукупності біологічних, соціальних та психологічних факторів, стресових та проєктивних факторів. Однак, оскільки це є в будь-якому випадку особливим, поєднання може відрізнитись та певні фактори можуть бути втраченими. Отже, це підтверджує нашу думку, що хронічний стрес є передумовою для розвитку фізичних та психічних особливостей.

За ствердженнями О. Щабет [98], сучасного дослідника та невролога, через тривалий стрес зменшується об'єм гіпокампу - це структура мозку, за котрою стоять такі функції, як: формування емоцій, довготривалої пам'яті.

Через це в особи виникають проблеми з пам'яттю та навчанням, знижується її продуктивність та цікавість до життя.

За словами Ю. Яворської та Р. Вовк, вже на 6 місяць війни спостерігалось збільшення запитів від осіб, котрі мають безпосереднє відношення до депресивного стану, тривоги та переживань [49].

Український психолог Л. Станіславська стверджує, що з початку війни в державі значно збільшилось кількість тривожних розладів, депресивних розладів, суїцидальні думки та наміри, психосоматичні прояви та проблеми з соматикою [91].

Аналізуючи багато різних досліджень з галузей медицини, психіатрії та психології, є багато свідчень про те, що хронічний стрес призводить саме до депресивного стану, посттравматичного стресового розладу, та інших соматичних захворювань [4, 10, 15, 17, 18, 19, 20, 23, 79, 80, 86, 87, 88, 92].

З інших наукових досліджень ми робимо висновок, що при виникненні особливостей психоемоційного стану, вони не проходять без звернення до відповідних фахівців. Більше того, вони можуть розвиватись та мати все більший вплив на благополуччя особистості та переходить у все важчий період. Більше того, вони мають можливість викликати інші особливості психоемоційного стану особи [65, 66].

За ствердженнями федерального міністерства охорони здоров'я Німеччини, при хронічному стресі є велика вірогідність до змін в психологічному стані особистості. В довгостроковому перебігу, стрес призводить до таких психологічних та психічних особливостей, як: тривожний розлад, депресивний стан та інші [16].

Також, за сучасною думкою експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я та багатьох сучасних дослідників з напрямку психології та психіатрії, більше ніж 8 мільйонів людей зіштовхнуться з посттравматичним стресовим розладом, депресією та тривожним розладом. За нашими

роздумами на цю думку, це особливо торкнеться тієї частини українців, що проживають на тимчасово окупованих територіях [43].

За І. Савенковою, усвідомлення єдності психічних або психологічних, соматичних аспектів та фізіології особи може допомогти визначити виникнення та ступінь інтенсивності щодо особливостей психоемоційного стану [11].

За думкою сучасних науковців та дослідників Європейського конгресу психіатрії 2022 року [31], як наслідок довгострокового стресу та травматичних подій, особа стикається з наступними особливостями: посттравматичний стресовий розлад, депресивний стан, психосоматичні розлади, розлади адаптації особистості, вживання психоактивних речовин.

Д. Барнхілл, сучасний американський психіатр, стверджує в своїх роботах, що особи, що стикаються з травмою або стресом в майбутньому можуть потенційно зіштовхнутись з особливостями психоемоційного стану [38]. Найбільш поширені для осіб, що мають наявну травму, будуть посттравматичний стресовий розлад або гострий стресовий розлад [38].

За його думкою, травма виникає в результаті впливу травмуючого або сильної стресової події на особистість. Це буде травмою.

Також, Д. Барнхілл стверджує, що доцільним в даних випадках буде також розвинення таких особливостей психоемоційного стану, як: депресивний стан, тривога, агресивний розлад та інші.

В. Коріел, сьогоденний психіатр з Америки, стверджує, що події та стресори, котрі викликають в особи відчуття негативного характеру (деморалізацію, горе), можуть потенційно викликати епізоди великої депресивного стану. За його думкою депресивного стану завжди зумовлена наявністю негативних стресів у житті, але лише в довгому перебігу [37].

За роботами таких вчених, як К. Наккас, Ю. Аннен, С. Бранд, стоять думки, що є інша сторона стресостійкості. Її визначають як особлива реакція особи у відповідь на події та її неможливість гнучкої адаптації до них. Вони

розглядали саму стресостійкість як сукупність вольового, емоційного та інтелектуального функціонування особистості. За їх думкою особа не може досягти своєї мети, якою б вона не була, в стані стресу.

Вони також стверджували, що чим більш складна когнітивна діяльність в особи, тим більше вона є толерантною та легше адаптується до змін [24]. Тривогу вони розуміли як сприймання особою ситуацій як ті, що погрожують її життєдіяльності. За їх думкою, тривога є негативним психоемоційним станом та характеристикою та свідчить про наявність особливостей психоемоційного стану.

К. Черрі наголошує на тому, що довготривалий стрес може мати не тільки серйозні наслідки, а й руйнівні для особистості та її благополуччя [11]. З ним вона пов'язує наступні особливості психоемоційного стану: тривожні розлади, посттравматичний стресовий розлад, безсоння або інсомнія, депресивний стан, проблеми з соматикою (різні соматичні хвороби).

За думкою фахівців центру наркоманії та психічного здоров'я, психіатричної навчальної лікарні, що розташована в Торонто, довготривалий стрес підвищує ризик таких особливостей психоемоційного стану особи, як: тривога, депресивний стан, проблеми зі зловживанням психоактивними речовинами, проблеми зі сном, та інші [6, 7, 8, 9].

За дослідженнями українських та ізраїльських вчених А. Курапова, В. Павленко, О. Дроздова, В. Безлюдного, О. Резніка і Р. Ісраловіца стоїть думка, що війна викликає такі емоційні стани, як: стрес, тривога, страх [39]. Також, за їх думкою, це все провокує особливості психоемоційного стану через їх довготривалість та постійне відчуття загрози.

Ми доходимо до думки, що все це потенційно може впливати не тільки на психологічний стан, а й на соматичний рівень почуття особи. Нашу думку підтверджує ствердження організації Психічного здоров'я Америки [1], котрий зазначає, що особи зіштовхнуться через війну з наступними проявами самопочуття: виникає дефіцит у фокусуванні уваги, відчуття тривоги та

страху щодо майбутнього наростають, виникає апатія та втрата емоційної реакції, збільшується рівень роздратування та не годування, постає відчуття печалі та депресивного стану, появляється враження безсилля, виникають екстремальні відчуття голоду або повна втрата апетиту, ускладняється процес прийняття рішень, емоційний розпач виявляється у постійному плачі, виникають проблеми зі засипанням, відчуття ототожненості збільшується.

Тож, спираючись на цю думку, довготривалий стрес є наявним для виникнення таких особливостей, як посттравматичний стресовий розлад та депресивний стан.

2. 3 Особливості психоемоційного стану в умовах війни жителів тимчасово окупованих територій України

В нашій роботі ми будемо розглядати наступні психоемоційні особливості: тривога, депресивний стан та посттравматичний розлад.

Тривога. Загалом, тривога є нормальною частиною людського досвіду і може виступати як адаптивна реакція, що захищає людину від потенційних загроз. Однак, коли тривожність стає постійною, інтенсивною, це може перешкоджати нормальній життєдіяльності.

За дослідженнями З. Фрейда, він вважав, що тривожність - функція «Его», котра попереджує особу про небезпеку або небезпечні ситуації. Під терміном «небезпечні ситуації», вважалось потенційністю можливістю особистості опинитися в ролі беззахисного та залежного від інших. Тобто, це може стосуватись як потенційної загрози втратити кохану особу, любов від інших або підвергнутись нападу та стати жертвою [50, с. 87-92].

Згідно з поглядами К. Роджерса, тривога виникає в ситуаціях, які особистість не сприймає на повну глибину і не усвідомлює, отже перебувають за рамками своїх конструктів. Тоді, коли виникає конфлікт між «реальним Я» та «ідеальним Я», починає відчуватись внутрішня напруженість, що за собою викликає тривожність [49].

Отже, ми бачимо, що тривога - комплексний психоемоційний стан, котрий виражається у відчутті невизначеності, неспокою або страху через можливі загрози або неприємні події, котрі можуть відбутись. Вона може виникати як реакція на конкретну ситуацію, необов'язково пов'язана з конкретною подією і є плодом переживань згідно майбутнього, оскільки воно завжди є невизначеним.

Депресивний стан. Цей стан має комплексну природу та завжди пов'язаний з почуттями, настроями та переживаннями в людини, котрі причиняють суттєві зміни у мотивації, пізнавальної активності та поведінки в негативний перебіг.

За останньою сучасною теорією А. Бека та К. Бредемієра, що має назву «Єдина модель депресивного стану: інтеграція клінічних, когнітивних, біологічних і еволюційних перспектив», вчені розкрили нову інтегративну теорію розвитку депресивного стану з когнітивних, біологічних, клінічних та еволюційних перспектив [67, с 158-293]. Важливо, що ця теорія базується на ідеї, що депресивний стан виникає як реакція на сприйняття втрати ключових ресурсів, необхідних для задоволення основних потреб існування людини. Для кожної людини «ключові ресурси» буде мати своє матеріальне та духовне значення, але ми хочемо зазначити, що так чи інакше воно буде. Виходячи з цієї теорії, причиною депресивного стану можуть бути й такий фактор, як озброєний конфлікт та різкі зміни в політико-суспільному устрої.

За теорією М. Селігмана [50, с. 374-383], різними вченими доведено, що особа, що зазнає поразки, знаходиться у важких ситуаціях, на які не може потенційно вплинути, опиняється серед хаосу та відчуває потенційну загрозу для себе, згодом зазнає стану, в котрому в неї немає бажання проявляти свою силу волі та робити дії. Тоді особа стикається з апатією, а після - з депресією.

В DSM-5-TR стосовно депресивного стану, визначеного великим депресивним епізодом, слід відзначити наступне [14].

Для діагностики цього розладу визначено наступні критерії [14]:

A. Виражені епізоди гніву, що проявляються у вербальній (наприклад, словесні вирази гніву) та/або фізичній (наприклад, фізична агресія до людей чи майна) формах, відзначаються різкою не співмірністю за інтенсивністю чи тривалістю у порівнянні із ситуацією чи провокацією.

B. Прояви гніву не відповідають рівню розвитку.

C. Епізоди гніву виникають середньої тривалості три чи більше рази на тиждень.

D. Настрій між епізодами гніву характеризується постійною дратівливістю чи злістю протягом більшості днів, практично щоденно, і це можуть спостерігати інші (наприклад, батьки, вчителі, ровесники).

E. Критерії A–D існують протягом 12 місяців або більше. Протягом цього часу в особи відсутні менструації тривалістю 3 місяці чи більше без усіх симптомів, визначених у критеріях A–D.

F. Критерії A і D присутні принаймні в двох із трьох контекстів (наприклад, вдома, у школі, серед ровесників) і є серйозними принаймні в одному з них.

G. Діагноз не може бути встановлений вперше до 6 років або після 18 років.

H. Згідно з історією або спостереженнями, вік на момент виявлення критеріїв A–E становить менше 10 років.

I. Ніколи не було чіткого періоду тривалістю більше 1 дня, коли всі симптоми, за винятком тривалості, крім маніакального чи гіпоманіакального епізоду, були присутні.

Примітка. Підйом настрою, пов'язаний з природним розвитком, наприклад, під час дуже позитивної події чи очікування, не повинен розглядатися як симптом манії чи гіпоманії.

J. Поведінка не виникає виключно під час великого депресивного розладу та не може бути краще пояснена іншим психічним розладом

(наприклад, аутизмом, посттравматичним стресовим розладом, розладом тривожності розлучення, стійким депресивним розладом).

К. Симптоми не пов'язані з фізіологічним впливом речовини або іншим медичним чи неврологічним станом.

Отже, депресивний стан виникає через комбінацію зовнішніх та внутрішніх чинників, що вносять особливий негативний психоемоційний стан та порушує його нормальний баланс, а також вносить негативний вплив на діяльність та життя людини.

Посттравматичний стресовий розлад [52]. Травматичні випадки можуть викликати сильні фізичні та емоційні реакції в особи, що пережила їх, та становлять значну психологічну загрозу для потерпілого або оточення. Розлад може виникати після переживання аварій, природних катастроф, терористичних актів та військових або озброєних конфліктів, раптової втрати близької людини, злочинств та насилля. В момент набуття травматичного досвіду, психоемоційний стан людини веде до ряду симптомів, котрі несуть вплив на їх повсякденне життя та добробут. Авжеж, посттравматичний стресовий розлад має різні ступені важкості, від легких до вкрай важких.

За Міжнародною класифікацією хвороб 11-го перегляду (МКХ-11) [44], посттравматичний стресовий розлад описується, як уповільнена або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію, яка має вкрай жахливий або катастрофічний характер, який може викликати відчуття всеохоплюючого страху. Людина, котра має особливості психоемоційного стану, індивідуальні риси (такі як нав'язливі стани, тривогу, тощо), має більш високий поріг для розвитку посттравматичного стресового розладу, якій може бути в ускладненому протіканні.

За Американською психіатричною асоціацією та її сучасною думкою, посттравматичний синдром - психічний розлад, що виникає через особистісне переживання травматичної події, серії або сукупності подій. Вони також не виключають, що навіть будучи свідком таких подій може

провокувати розвиток цього розладу. З причин, на їх погляд, є стихійні лиха, терористичні акти та бойові дії, війна, історичні травми, сексуальне насилля, залякування та серйозні нещасні випадки. Асоціація зазначає, що особа може відчувати це у вигляді чогось фізичного або емоційного, що загрожує її життю. За поглядом спеціалістів, це несе потенційну загрозу психічному здоров'ю та психоемоційного стану, соціальному благополуччю.

Американська психіатрична асоціація зазначає, що посттравматичний синдром виникає не лише в тих, хто приймає участь у бойових діях. За думкою спеціалістів, він може виникати у всіх людей, в незалежності від їх національності, віку, етнічної приналежності та культури. Виникає посттравматичний стресовий розлад після травматичної події найчастіше через три місяці після травматичної події, але є випадки, коли симптоми починаються з'являються впродовж довшого часу [3].

Посттравматичний стресовий розлад - виникає як відстрочена або тривала відповідь (після латентного періоду, але не більше 6-ти місяців) на стресову подію (коротку або тривалу) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, яка може спричинити глибокий стрес майже у кожного [40].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — це психічний розлад, який може виникнути у людей, які пережили або стали свідками травматичної події, серії подій або сукупності обставин. Людина може відчувати це як емоційно чи фізично шкідливе чи загрозливе життя та може вплинути на психічне, фізичне, соціальне та/або духовне благополуччя [45]. Приклади включають стихійні лиха, серйозні нещасні випадки, терористичні акти, війну/бойові дії, згвалтування/сексуальне насильство, історичні травми, насильство з боку інтимного партнера та залякування.

Відповідно до DSM-5-TR, посттравматичний стресовий розлад може бути діагностований з врахуванням наступних критеріїв, які застосовуються до дорослих, підлітків і дітей старше 6 років [14].

А. Наявність фактичної або потенційної загрози смерті, серйозних травм чи сексуального насильства в одному чи більше з таких способів [14]:

1. Особисте переживання травматичної події.
2. Свідощтво подій (подій), спостережених особисто.
3. Інформація про те, що травматична подія (події) відбулася з близьким членом родини або близьким другом. У випадках фактичної або потенційної загрози смерті члена сім'ї чи друга подія (події) повинна бути жорстокою або випадковою.
4. Досвід повторного або екстремального впливу неприємних деталей травматичної події (наприклад, служби першої допомоги, що опрацьовують людські останки; поліцейські, які повторно стикаються з деталями жорстокого поводження з дітьми).

В. Присутність одного чи кількох з наступних симптомів вторгнення, пов'язаних з травматичними подіями, що розпочинаються після самої події [14]:

1. Постійні, непереборні та нав'язливі спогади про травматичні події.
2. Повторювані тривожні сновидіння, у яких зміст або вплив сновидінь пов'язані з травматичною подією або подіями.
3. Дисоціативні реакції, такі як спалахи, під час яких особа відчуває або діє так, ніби травматичні події відбуваються знову. Ці реакції можуть виявлятися на різних рівнях, з повною втратою усвідомлення оточуючого середовища як найбільш екстремальним виразом.
4. Інтенсивний або тривалий психологічний дистрес під впливом внутрішніх або зовнішніх сигналів, які символізують або нагадують аспекти травматичної події.
5. Виражені фізіологічні реакції на внутрішні або зовнішні сигнали, що асоціюються з аспектами травматичної події.

C. Постійне уникнення подразників, пов'язаних з травматичною подією, починаючи з моменту її виникнення, яке можна визначити за наступними ознаками [14]:

1. Уникання або намагання уникнути тривожних спогадів, думок або почуттів, пов'язаних з травматичною подією або подіями.
2. Уникання або намагання уникнути зовнішніх нагадувань (людей, місць, розмов, діяльності, об'єктів, ситуацій), які викликають тривожні спогади, думки або почуття стосовно травматичної події або тісно пов'язані з нею.

D. Негативні зміни в когнітивних здібностях і настрої, пов'язані з травматичною подією або подіями, які почалися або поглибилися після самої травматичної ситуації, і це підтверджується двома чи більше із наступних пунктів [14]:

1. Неспроможність запам'ятати важливі аспекти травматичної події, зазвичай через дисоціативну амнезію, а не через інші фактори, такі як травма голови, вживання алкоголю чи наркотиків.
2. Тривалі та перебільшені негативні переконання чи очікування стосовно себе, інших чи світу (наприклад, «Я поганий», «Нікому не можна довіряти», «Світ абсолютно небезпечний», «Моя нервова система остаточно зруйнована»).
3. Стійкі, спотворені уявлення про причину або наслідки травматичної події, які призводять до самозвинувачення чи обвинувачення інших.
4. Постійний негативний емоційний стан, такий як страх, жах, гнів, провина чи сором.
5. Значний спад інтересу чи участі у важливих справах.
6. Відчуття відстороненості чи відчуженості від інших.
7. Стійка неспроможність відчувати позитивні емоції, така як радість, задоволення або любов.

Е. Замітні зміни в рівні збудження та реактивності, що виникають чи зростають після травматичної події (подій), і це підтверджується двома чи більше із наступних [14]:

1. Роздратована поведінка та вибухи гніву, які, як правило, виявляються у вербальній чи фізичній агресії по відношенню до людей чи предметів, і відбуваються без значущої провокації.
2. Безрозсудна або саморуйнівна поведінка.
3. Гіпернастороженість.
4. Надмірна реакція на страх.
5. Труднощі з концентрацією.
6. Порушення сну, такі як проблеми зі засипанням, утриманням сну або неспокійний сон.

Ф. Тривалість критеріїв В, С, D та Е є більшою 1 місяць [14].

Г. Розлад викликає клінічно значущий дистрес або призводить до погіршення соціальної, професійної чи інших важливих сфер функціонування [14].

Н. Порушення не пов'язане з фізіологічним впливом речовини (наприклад, ліками чи алкоголем) або іншими захворюваннями [14].

Висновки до розділу 2

Розуміючи, що психоемоційний стан індивіда - це складний взаємозв'язок емоційної інтенсивності, стійкості настрою та реагування на подразники зовнішнього середовища, ми доходимо до думки, що притаманна життю непередбачуваність вимагає адаптації, через постійні зміни в досвіді і викликах.

У цьому розділі ми детально розглянули різні психоемоційні стани, що можуть бути викликані війною, зосереджуючись насамперед на тривалих психологічних наслідках воєнних конфліктів.

Згідно з нашими висновками, психоемоційний стан осіб, які проживають на тимчасово окупованих територіях України, в умовах війни виявляє значну складність. Зіткнувшись з війною, людина стикається з рядом травматичних подій, які можуть спричинити важкі та тривалі психоемоційні особливості.

Стрес - це фізіологічна і психологічна реакція організму на негативні подразники або зовнішні фактори, які вимагають адаптації. Стрес може мати фізіологічні та психологічні наслідки, включаючи підвищений рівень адреналіну, погіршення фізичного та психічного здоров'я, а також вплив на загальний стан і якість життя.

Стрес, сам по собі, провокує в організмі та психіці людини запобігання до психологічних захисних механізмів задля того, щоб певним чином захистити людину від того фактору або факторів, котрі психіка оцінює як потенційно небезпечні. Вони допомагають захистити психіку від усвідомлення стресогенного фактору в момент його наявності або присутності в житті.

Саме захисні механізми психіки - це неусвідомлені людині стратегії та механізми, які використовуються для захисту власної психіки від стресу, неприємних емоцій, конфліктів та інших негативних впливів на психічний стан. Ці механізми виникають автоматично і незалежно від волі особистості з метою зменшення негативних впливів на психіку та збереження психічного рівноваги.

Однак, розуміючи, що вони не можуть бути постійно активними, ми також усвідомлюємо, що стрес може бути постійно активним, а тобто наявним у житті. В такому випадку він перетікає до хронічного стресу - це тривалий і продовжуваний стресовий стан, який виникає при тривалому впливі негативних факторів, подій або умов на життя людини.

Негативні наслідки хронічного стресу можуть включати погіршення фізичного здоров'я, до особливостей настрою, депресивного стану,

тривожності, посттравматичного стресового розладу та інших психоемоційних особливостей.

Наведеною інформацією ми довели, що схильність на біологічному рівні, пережиті особисті травми, вплив стратегій впорядкування зі стресом та суб'єктивні переживання мають значний вплив на психоемоційну структуру індивіда. Соціальні та політичні аспекти, такі як соціальна взаємодія, підтримка та культурне оточення, також визначаються як важливі зовнішні впливи.

Ми надали детальний аналіз психоемоційних станів, спричинених травмою, спричиненою війною.. Описані особливості психоемоційного стану включають широкий спектр психічних станів від відчуття стресу до посттравматичного розладу та депресивного розладу, демонструючи глибину та широту можливих порушень.

Ми стверджуємо, що спричинені стани напруги та тривоги не є ізольованими реакціями, а є частиною ширшої, складнішої картини психоемоційного стану людства під час війни. Наш висновок поєднує теоретичний аналіз з емпіричним дослідженням, закладаючи основу для наступних прикладних досліджень у психології та соціальній роботі.

РОЗДІЛ 3

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЖИТЕЛІВ ТИМЧАСОВО ОКУПОВАНИХ ТЕРИТОРІЙ УКРАЇНИ

3.1 Вибір та обґрунтування методів дослідження

Метою нашої роботи є наступне завдання: проаналізувати психологічний стан жителів на тимчасово окупованій території України та особливостей їх психоемоційного стану, розробивши подальшу корекційну програму щодо опанування та покращення власного психоемоційного стану.

Гіпотезі дослідження - проживання на тимчасово окупованих територіях України призводить до формування депресивного стану та посттравматичного стресового розладу серед місцевого населення.

Для того, щоб проаналізувати особливості психоемоційного стану жителів тимчасово окупованих територій України, ми провели емпіричне дослідження на базі студії практичної психології «Персона», в котрому приймали участь 72 особи, котрі знаходяться на тимчасово окупованій території України в Запорізькій області. У дослідженні приймали участь особи вікової категорії від 20 до 50 років. Серед них: 45 жінок та 27 чоловіків.

Для емпіричного дослідження було обрано наступні діагностичні інструменти та методики:

- 1) тест на депресію (PHQ-9) [26, 73],
- 2) шкала самооцінки депресивного стану Бека (Beck Depression Inventory) [2, 99],
- 3) шкала сприйманого стресу (PSS-10) [12, 25],
- 4) Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) [68, 74],
- 5) опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5) [86].

Обраний інструментарій дає змогу глибокого оцінити вплив війни на психоемоційний стан жителів, зокрема дослідити та зробити припущення як воєнні фактори впливають на рівень сприймання стресу особою та його перебіг в тривогу та/або депресію, посттравматичний стресовий розлад. Окрім цього, зазначені методики можуть означити наявні соматичні особливості в людини, що може також принести вплив в подальшій роботі.

Перший інструмент, котрий ми взяли для нашого дослідження - Тест на депресію (PHQ-9 (Patient Health Questionnaire - Опитувальник здоров'я пацієнта)). PHQ-9 - це опитувальник з кількома варіантами відповідей, призначений для визначення психоемоційних особливостей, таких як депресивний стан, тривога, алкоголізм, розлади харчової поведінки та соматоформні розлади. Додатково він містить питання щодо психомоторних, когнітивних та нейровегетативних симптомів депресивного стану.

Цей тест заснований на початковому опитувальнику для оцінки психічних розладів (PRIME-MD), розробленого в середині 1990-х років компанією Pfizer Inc. У створенні PHQ взяли участь доктори Роберт Шпіцер, Джанет Вільямс, Курт Кронке та інші. Зазвичай, цей опитувальник використовується для підтвердження або спростовування депресивного стану в особи шляхом тестування.

Опитувальник надає оцінку щодо ступеню тяжкості перебігу депресивного стану та може використовуватись для моніторингу стану особи. Досліджуванні повинні відповісти на запитання, вибираючи один з чотирьох варіантів відповідей. Відповідь повинна якнайкраще описати їх стан впродовж останніх двох тижнів.

Результати PHQ-9 надають конкретні числові оцінки, котрі відповідають рівню симптомів депресивного стану з відповідною градацією: мінімальна депресивний стан, легка депресивний стан, помірна депресивний стан, важка депресивний стан, вкрай важка депресивний стан.

Другий використаний інструмент - шкала депресивного стану Бека (Beck's Depression Inventory) визначається як один із перших тестів з високою актуальністю для перевірки припущення депресивного стану. Шкала була прийнята для застосування в практиці для діагностування та оцінювання ступеню тяжкості депресивних розладів.

Автором цієї шкали є безпосередньо А. Т. Беком та іншими науковцями, котрі у 1961 році розробили ґрунтуючись на клінічних спостереженнях та дослідженнях, що були спрямовані на визначення релевантних та найбільш поширених симптомів депресивного стану, які найчастіше висловлюють особи, до котрих ставлять припущення щодо наявності депресивного стану.

Під час створення опитувальника був врахований обмежений перелік найбільш актуальних симптомів, які зазвичай озвучується при зверненнях за клінічними характеристиками та визначеннями депресивного стану в науковій літературі. Навіть не зважаючи на свою давність, шкала депресивного стану Бека залишається актуальною і широко використовується в психіатричній та психотерапевтичній, психологічній практиці до цього часу.

Опитувальник включає 21 твердження щодо симптомів депресії та скарг, самі твердження групуються з 4 або 5 тверджень задля відображення конкретних проявів та перебігу депресивного стану. Ці твердження ранжирувані залежно від їх внеску у загальний ступінь тяжкості депресивного стану. Серед них відображаються такі аспекти, як настрій, песимізм, відчуття безсилля, незадоволеність, почуття провини, відчуття покарання, автодеградація, самокритика, суїцидальні думки, сльозливість, дратівливість, порушення соціальних зв'язків, нерішучість, негативне сприйняття тіла, втрата працездатності, порушення сну, стомленість, втрата апетиту, втрата ваги, відчуття тіла, втрата інтересу до сексуальності.

Перша група тверджень полягає з 1 по 13 твердження включно та стосується когнітивно-афективної субшкали (особистість може змінювати поведінку в залежності від ситуації, що здійснюється випереджувальним способом).

Друга група тверджень полягає у твердженнях з 14 по 21 включно та спрямована на визначення соматичних (фізичних) проявів депресивного стану. Досліджуванні повинні відповідати на запитання згідно з їх самопочуттям за останні два тижні, наскільки сильно вони відчують кожен симптом.

Результати шкали самооцінки депресивного стану Бека (Beck Depression Inventory) дають кількісну оцінку та діагностувати симптоми депресивного стану, котра відповідає наступній градації: депресивного стану немає, легка депресивний стан, помірна депресивний стан, виражена депресивний стан, тяжка депресивний стан.

Третім діагностичним інструментом була обрана шкала сприйманого стресу (PSS-10), що включає в себе 10 запитань, метою яких є виявлення суб'єктивного сприйняття минулого місяця життя особи як стресового та відповідного рівня оцінки цього проміжку часу.

Шкала сприйманого стресу (PSS-10) яка була розроблена Шмуель Коеном та оцінює, наскільки люди відчують, що ситуації в їх житті є непередбачуваними, надмірно напруженими та неконтрольованими.

Досліджуванні повинні надати відповіді на запитання згідно їх самопочуття за шкалою від 0 до 4, згідно наступної шкали, де: 0 - «ніколи», 4 - «часто». Результати методики дають кількісну оцінку сприйнятого стресу та допомагають визначити поточний рівень стресу в людей або людини. Отриманим результатом є наступні показники: від 0 до 13 балів - низький рівень стресу, 14-26 балів - помірний рівень стресу, 27-40 балів - високий рівень стресу.

Четверта обрана нами методика - госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), яка була винайдена в 1983 році. Цей опитувальник використовується для вимірювання поточного ступеню тяжкості та оцінки симптомів тривоги та депресивного стану, ступінь впливу цих станів на досліджуваних. Шкала складається з 14 тверджень, які розділяються на дві підшкали: «тривога» (непарні пункти) і «депресивний стан» (парні пункти). Кожне твердження має чотири варіанти відповіді, що відображають рівні вираженості ознаки, і кодуються зі зростанням тяжкості симптомів від 0 (відсутність) до 3 (максимальна вираженість).

Результати госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) надають кількісну оцінку симптомів тривоги та депресивного стану, яка відповідає наступним показникам: 0-7 - норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресивного стану), 8-10 - субклінічно виражена тривога/депресивний стан, 11 і вище - клінічно виражена тривога/депресивний стан.

П'ята та остання обрана методика - опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5). Метою опитувальника є визначення наявності та тяжкості симптомів посттравматичного стресового розладу у людей, які були піддані травматичним подіям.

Цей діагностичний інструментарій був розроблений Національним центром з ПТСР Сполученими Штатами Америки (National Center for PTSD) на базі довідника діагностичних критеріїв DSM-5-TR [14].

Опитувальник PCL-5 складається з 20 запитань, які описують різні симптоми посттравматичного стресового розладу, такі як: повторні спогади про подію, гіперзбудженість, неприємні сни, негативні настрої та думки, уникання подразників, що спричинили травму.

Також запитання опитувальника включають в себе скринінг людей на наявність посттравматичного стресового розладу, кількісну оцінку та

моніторинг симптомів, допомогу в діагностиці припущення щодо наявності посттравматичного стресового розладу.

Результати надають кількісну оцінку симптомів наявності посттравматичного стресового розладу, яка відповідає наступним показникам: за підрахунком загальної кількості балів, якщо досліджуванні набирають 33 або більше балів, є підставою для подальшого дослідження щодо припущення наявності посттравматичного стресового розладу.

3. 2 Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного експерименту

Гіпотезою нашого дослідження виступає припущення, що проживання на тимчасово окупованих територіях України призводить до формування депресивного стану та посттравматичного стресового розладу серед місцевого населення.

З метою перевірки даної гіпотези нами було проведено емпіричне дослідження на базі студії практичної психології «Персона». Експериментальну вибірку склали 72 особи, котрі знаходяться на тимчасово окупованій території України, а саме в Запорізькій області. У дослідженні приймали участь особи вікової категорії від 20 до 50 років. Серед них: 45 жінок та 27 чоловіків.

Дане дослідження проводилось у вересні 2023 року в онлайн-режимі зазначеними в даній роботі методами та використанням Google форм та Word файлів, котрі містили опитувальники, на тимчасово окупованих територіях України, де був наявний в моменті доступ до мобільних/дротових виходів в інтернет. Через постійні або часті проблеми з зв'язком та виходу до інтернету, особистісний фактор інтерпретації того чи іншого питання, постійне відчуття загрози та небезпеки, неможливо визначити точний рівень відповідей у людей, котрі знаходяться біля лінії бойового зіткнення.

Також слід зазначити, що можлива значна похибка, через те, що на тимчасово окупованих територіях присутні явища подавлення свобод (такі як

прослуховування розмов, перевірка мобільних телефонів, тощо). Додатково, важливо зауважити, що це лише орієнтовні показники, котрі не встановлюють діагнози. Для визначення діагнозу та призначення лікування необхідна консультація з медичним фахівцем. Метою нашої роботи була потреба визначити самопочуття осіб в означений момент часу щодо припущення щодо виникнення особливих психоемоційний станів, підтверджуючи або не підтверджуючи нашу гіпотезу.

Для виявлення ознак та проявів депресивних симптомів в осіб ми використовували тест на депресію (PHQ-9). Отримані результати допомагають встановити ступінь важкості депресивного стану на основі суми балів, отриманих відповідно до запитань тесту PHQ-9.

За нижченаведеним нижче рисунком ми бачимо, що самопочуття у респондентів відповідає наступним показникам:

- 1) результат «мінімальна депресія» відповідає 3 жінкам та 1 чоловіку,
- 2) «легка депресія» - 10 жінок та 5 чоловіків,
- 3) «помірна депресія» - 14 жінок та 7 чоловіків,
- 4) «важка депресія» - 13 жінок та 6 чоловіків,
- 5) «вкрай важка депресія» - 9 жінок та 4 чоловіка.

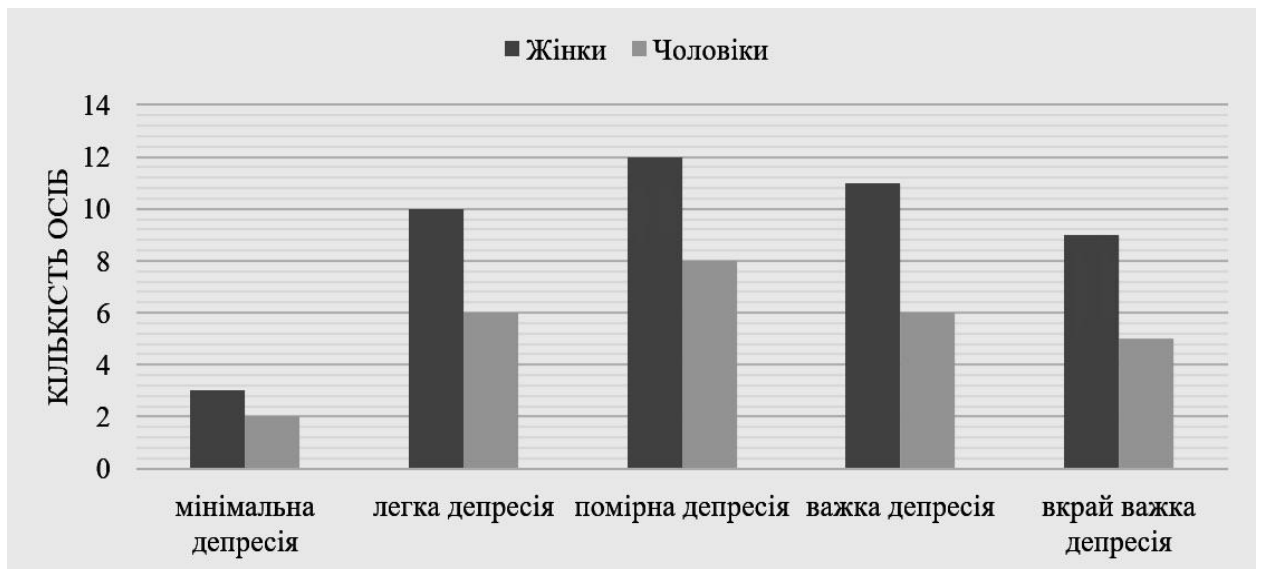


Рис. 3.2.1 Результати за методикою тест на депресію (PHQ-9).

Отримані показники свідчать про те, що стан даної категорії відхиляється від звичайного самопочуття та свідчить про винайдені особливості проявів депресивних симптомів.

Проаналізувавши результати ми можемо бачити, що ступінь важкості симптомів депресивного стану досить різна, але одна з найпоширеніших є стан помірної депресивного стану. За результатом дослідження за методикою «тест на депресію (PHQ-9)» ми можемо стверджувати, що наша гіпотеза є підтвердженою.

Для оцінки психоемоційного стану щодо припущення депресивного стану та проявів ступеню важкості цього стану, ми використовували методику «шкала самооцінки депресивного стану Бека (Beck Depression Inventory)». Результати за цією шкалою отримуються шляхом підрахунку суми балів, отриманих відповідно до запитань шкали самооцінки депресивного стану Бека.

Згідно з представлених нижче результатів на рисунку, ми спостерігаємо за наступною відповідністю самопочуття у респондентів:

- 1) результат «депресивного стану немає» відповідає 4 жінкам та 1 чоловіку,
- 2) «легка депресія» - 9 жінок та 6 чоловіків,
- 3) «помірна депресія» - 15 жінок та 8 чоловіків,
- 4) «виражена депресія» - 13 жінок та 5 чоловіків,
- 5) «тяжка депресія» - 8 жінок та 3 чоловіка.

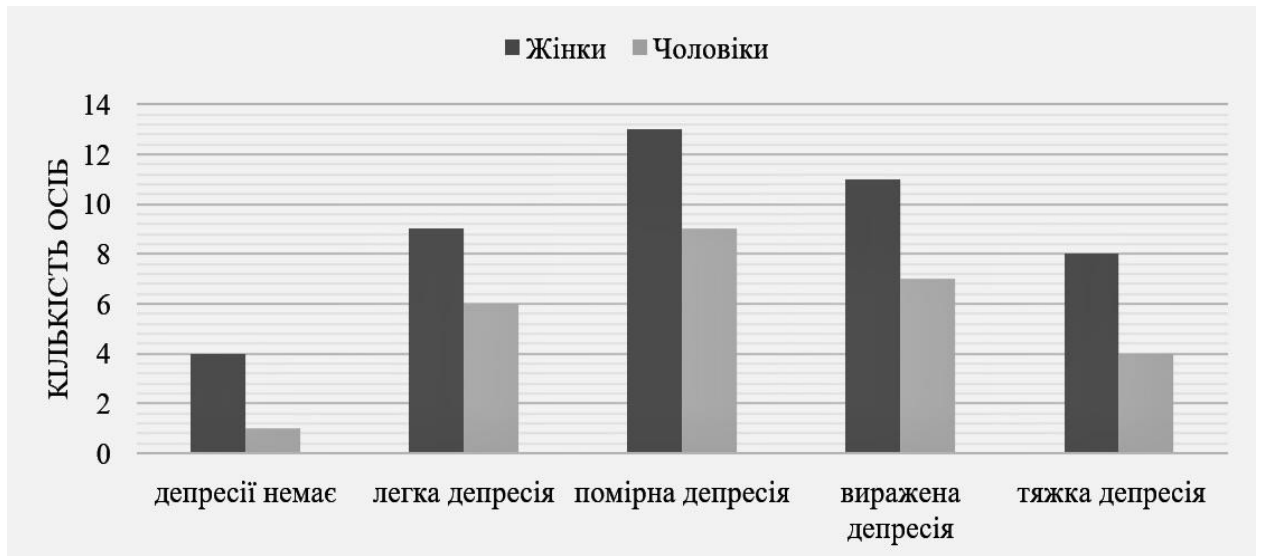


Рис. 3.2.2 Результати за методикою шкали самооцінки депресивного стану Бека (Beck Depression Inventory).

Отримані результати свідчать про те, що психоемоційний стан досліджуваних відрізняється від їх звичного самопочуття і вказує на особливості прояву схожих до такого психоемоційного стану, як депресія. Ступінь перебігу різниться, проте переважає стан помірного депресивного стану.

На підставі результатів досліджень за методикою «шкала самооцінки депресивного стану Бека (Beck Depression Inventory)», ми підтверджуємо гіпотезу.

Для вимірювання суб'єктивного сприймання людьми ситуацій в своєму житті, як стресовими, ми обрали методику «шкала сприйманого стресу (PSS-10)». Ця методика дозволяє зрозуміти чи є в людини така особливість психоемоційного стану, як стрес. Результати отримуються шляхом підрахунку суми балів, отриманих до запитань шкали сприйманого стресу PSS-10.

За наведеним нижче рисунком ми спостерігаємо такі відповідності психологічного та емоційного стану досліджуваних:

- 1) «низький рівень стресу» - 5 жінок та 3 чоловіків,
- 2) «помірний рівень стресу» - 15 жінок та 6 чоловіків,

3) «високий рівень стресу» - 29 жінок та 14 чоловіків.

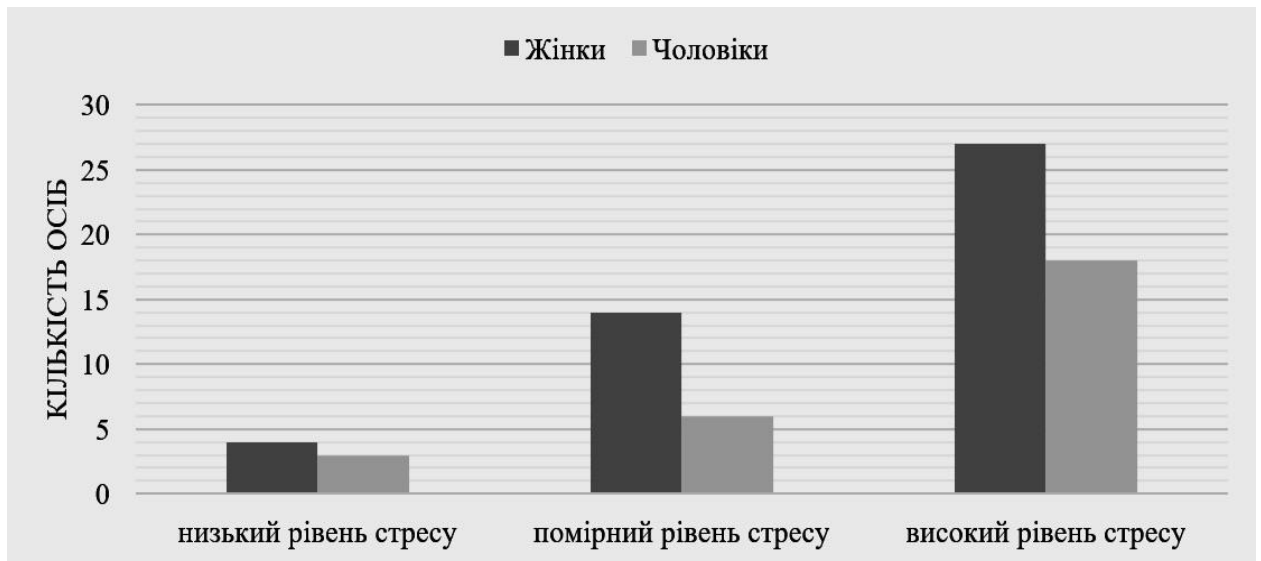


Рис. 3.2.3 Результати за методикою шкала сприйманого стресу (PSS-10).

Проаналізувавши результати ми бачимо, що психоемоційний стан обраних респондентів переважно є особливим. Найпоширенішим є стан високого рівня стресу.

За результатами досліджень з використанням методики «шкала сприйманого стресу (PSS-10)», ми підтверджуємо нашу гіпотезу.

Для вимірювання поточного рівню тяжкості самопочуття та задля оцінки симптомів тривоги та депресивного стану, а також, для визначення ступеню впливу тривоги або депресивного стану на якість життя особистостей, ми застосували методику «Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)».

Результати надають кількісну оцінку щодо симптомів тривоги та депресивного стану методом підрахунку балів згідно відповідей респондентів.

За поданим нижче рисунком ми дослідили наступні рівні перебігу тривоги та депресивного стану:

1) «норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії)» - 6 жінок та 3 чоловіків,

- 2) «субклінічно виражена тривога/депресія» - 28 жінок та 3 чоловіків,
 3) «клінічно виражена тривога/депресія» - 15 жінок та 7 чоловіків.

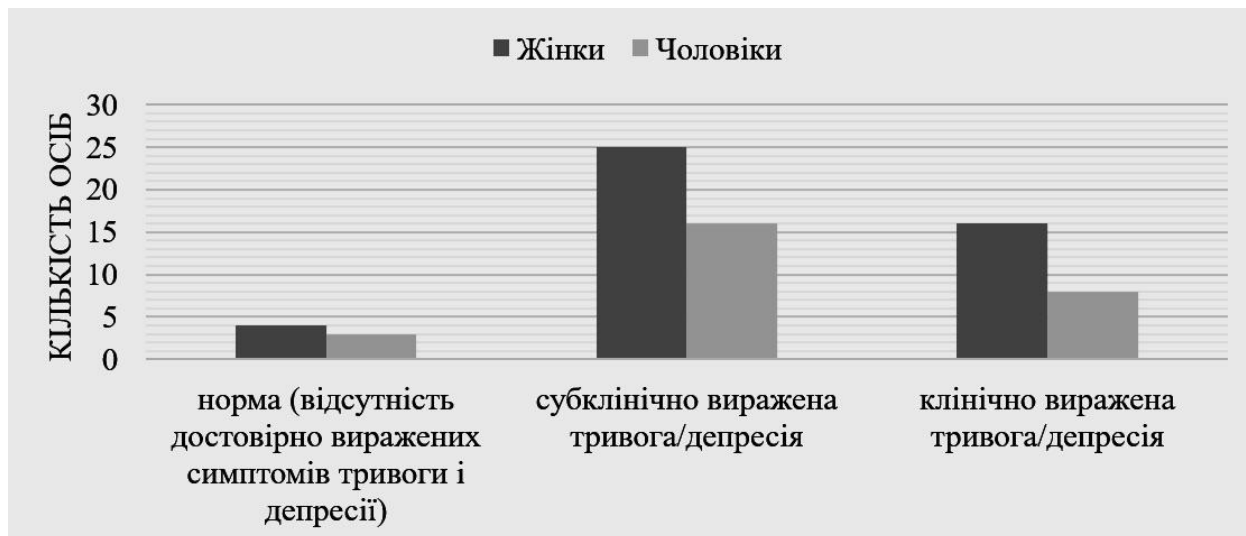


Рис. 3.2.4 Результати за методикою Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)

Аналізуючи результати ми бачимо, що здебільшого самопочуття респондентів відрізняється від звичайного стану, тож потенційно вважається особливим психоемоційним станом.

Найпоширенішим результатом визначений показник «субклінічно виражена тривога/ депресія». Такий рівень частіше за все може вказувати на присутність симптомів та може впливати на благополуччя та функціонування людей.

Згідно з отриманих результатів проведеного дослідження за методикою «Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)», ми можемо підтвердити нашу гіпотезу.

Задля того, щоб визначити потенційну наявність симптомів посттравматичного стресового розладу у людей, які були піддані травматичним подіям, ми використовували методику «опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5)».

Результати надають кількісну оцінку симптомів щодо припущення наявності посттравматичного стресового розладу за підрахунком загальної кількості балів.

Важливо зауважити, що це не визначає діагноз для респондентів.

Згідно з інтерпретацією результатів: якщо досліджуванні набирають 33 бали включно, або більше балів, це є підстановою для подальшого дослідження щодо встановлення посттравматичного стресового розладу та не є діагнозом. Якщо результати знаходяться поза цифрою 32 включно, ми можемо припускати відсутність посттравматичного стресового розладу в людей.

Згідно цього, за наведеним рисунком нижче, в котрому продемонстровані оброблені результати за обраною методикою, ми можемо бачити наступну статистику результатів:

- 1) «менше 33 балів» - 33 жінки та 15 чоловіків,
- 2) «більше 33 балів» - 17 жінок та 8 чоловіків.

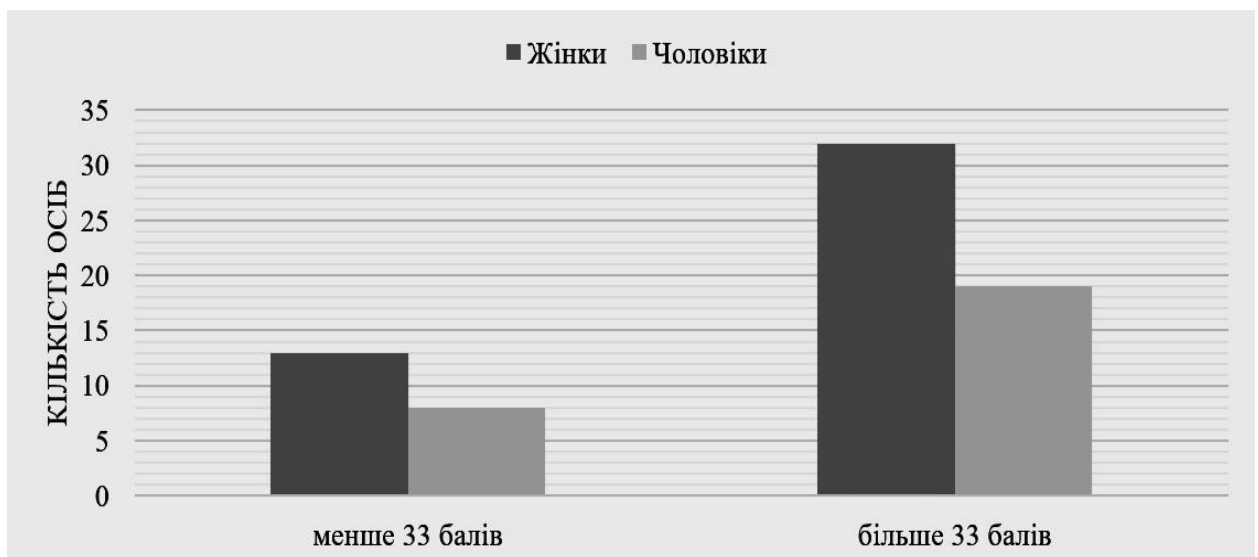


Рис. 3.2.5 Результати за методикою опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5).

Розглядаючи групу досліджуваних з результатом «більше 33 балів», ми можемо припускати наступне: за методикою «опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5)» результати 33 бали або вище

можуть вказувати на наявність помірних або вищих рівнів симптомів посттравматичного стресового розладу. Це означає, що досліджувані демонструють значну вираженість симптомів, що пов'язані з посттравматичним стресовим розладом та потребують подальшого дослідження. Результати також можуть свідчити про значний ступінь страждання та наявність впливу посттравматичного досвіду на психічне та емоційне самопочуття досліджуваних. Хоч без додаткового дослідження у медичного фахівця ми не можемо точно зазначити, результати за методикою «опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5)» ми пропонуємо враховувати як орієнтир, котрий підтверджує нашу гіпотезу.

Наше дослідження не свідчить про присвоєння діагнозу та не встановлює діагнозів для респондентів, що прийняли участь в нашому емпіричному дослідженні.

Всі обрані методики були використані виключно для дослідження змін психоемоційних станів у зв'язку з війною та проживанням на тимчасово окупованих територіях України, особливо в Запорізькій області, а саме їх перебіг до особливих психоемоційних станів або стану та потенційну наявність певних характерних змін, таких як: стан стресу, припущення про наявність депресивного розладу та посттравматичного розладу.

За отриманими результатами нашого емпіричного дослідження щодо припущеної гіпотези: проживання на тимчасово окупованих територіях України призводить до формування депресивного стану та посттравматичного стресового розладу серед місцевого населення, наша гіпотеза є підтвердженою.

Отже, наше дослідження лише говорить про те, що гіпотеза є вірною та потребує подальшого дослідження медичними фахівцями щодо встановлення діагнозу певного або певних особливих психоемоційних станів. Також, це дослідження демонструє актуальність сьогодення та може вказувати

фахівцям з психології про тенденції змін психоемоційних станів в суспільстві на тимчасово окупованих територіях України.

Окрім цього, підтверджена гіпотеза є підставою для розробки корекційної програми.

3.3 Формуючий експеримент та перевірка ефективності програми

Спираючись на проведене емпіричне дослідження, ми розробили корекційну програму, що спрямована на формування життєстійкості та подолання негативних психоемоційних станів.

Мета корекційної програми - створення комплексної та стійкої основи для психологічного благополуччя учасників через розвиток навичок подолання стресу, емоційної обізнаності та управління емоціями.

Завдання корекційної програми:

1) програма спрямована на надання учасникам ефективних інструментів для самопомоги та управління стресом, травмами та негативними емоціями, розвиток особистісної резиліентності та психічної стійкості,

2) програма сприяє розширенню самосвідомості, творчого потенціалу та усвідомленості, забезпечуючи учасникам інструменти для зміцнення внутрішніх ресурсів та ефективного управління власним життям,

3) основний акцент програми робиться на психоемоційній адаптації та створенні безпечного простору для особистісного зростання та подолання життєвих викликів.

Тривалість: корекційна програма складається з 2 зустрічі, що в сукупності займають 5 годин співпраці.

Корекційна програма була створена на основі існуючих та підтверджених методів. Важливо зауважити, що через проблеми зі зв'язком на тимчасово окупованих територіях, частих обшуках, прослуховуванні та інших обмежень, а також через постійне відчуття небезпеки, програма була

адаптована під зручний час та вважається як прискорена допомога задля покращення психоемоційного стану та набуття знань щодо самопомоги.

Корекційна програма була проведена на базі студії практичної психології «Персона» в онлайн-режимі за допомогою програмного забезпечення для зустрічей (Google Meet) з тими ж особами, що склали експериментальну вибірку, за наступною структурою. Додатково, особам були надіслані всі методики в вигляді тексту та відео задля повторення або проходження вправи.

Після проведення корекційної програми, нами було проведено повторне емпіричне дослідження задля виявлення ефективності розробленої програми. Повторне емпіричне дослідження, як і корекційна програма, також проводились в вересні 2023 року.

Повторне дослідження також проводилось в онлайн-режимі зазначеними в даній роботі методами та використанням Google форм та Word файлів.

Для дослідження змін в ознаках та проявів депресивних симптомів в осіб ми повторно використовували тест на депресію (PHQ-9). За нижченаведеним рисунком ми бачимо, що самопочуття у респондентів є зміненим та відповідає наступним показникам:

- 1) «мінімальна депресія» - 5 жінок та 3 чоловіків,
- 2) «легкий депресія» - 10 жінок та 7 чоловіків,
- 3) «помірна депресія» - 13 жінок та 8 чоловіків,
- 4) «важка депресія» - 10 жінок та 5 чоловіків,
- 5) «вкрай важка депресія» - 7 жінок та 4 чоловіків.

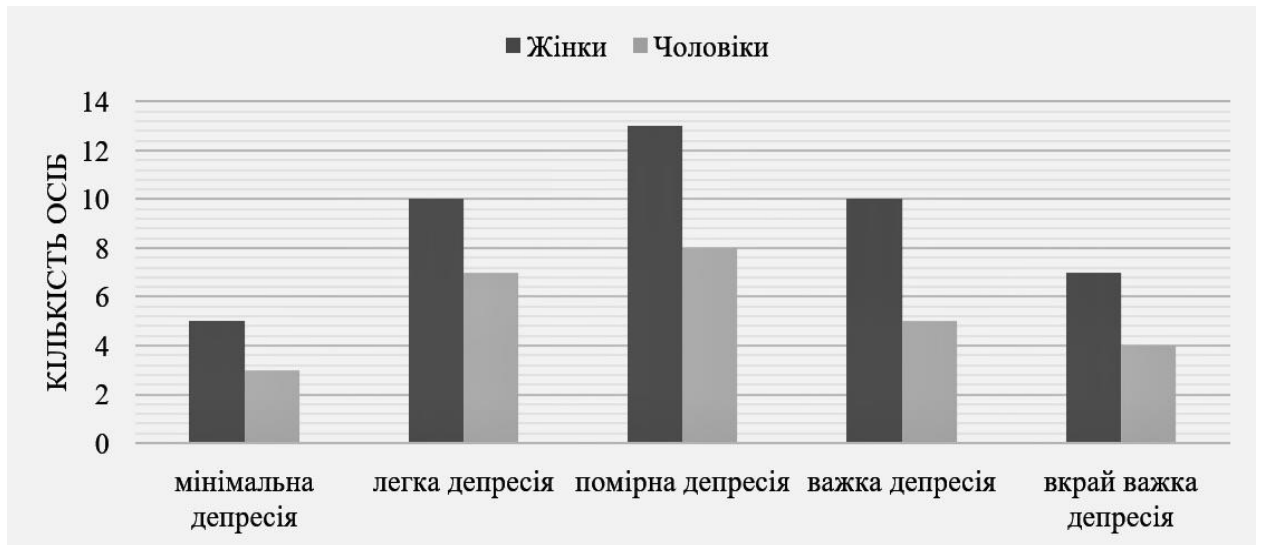


Рис. 3.3.1 Результати за методикою тест на депресію (PHQ-9).

Отримані показники свідчать про позитивні зміни в психоемоційному стані серед респондентів після проходження корекційної програми.

Отже, за результатом повторного дослідження за методикою «тест на депресію (PHQ-9)» ми можемо стверджувати, що наша корекційна програма є дієвою.

Для повторної оцінки психоемоційного стану щодо припущення депресивного стану та проявів ступеню важкості цього стану, ми повторно використовували методику «шкала самооцінки депресивного стану Бека (Beck Depression Inventory)».

За наведеними та обробленими нами результатів, представлених нижче на рисунку, ми спостерігаємо за наступною відповідністю змін самопочуття у респондентів:

- 1) «депресії немає» відповідає 6 жінкам та 3 чоловікам,
- 2) «легка депресія» - 11 жінок та 8 чоловіків,
- 3) «помірна депресія» - 12 жінок та 8 чоловіків,
- 4) «виражена депресія» - 10 жінок та 5 чоловіків,
- 5) «тяжка депресія» - 6 жінок та 3 чоловіків.

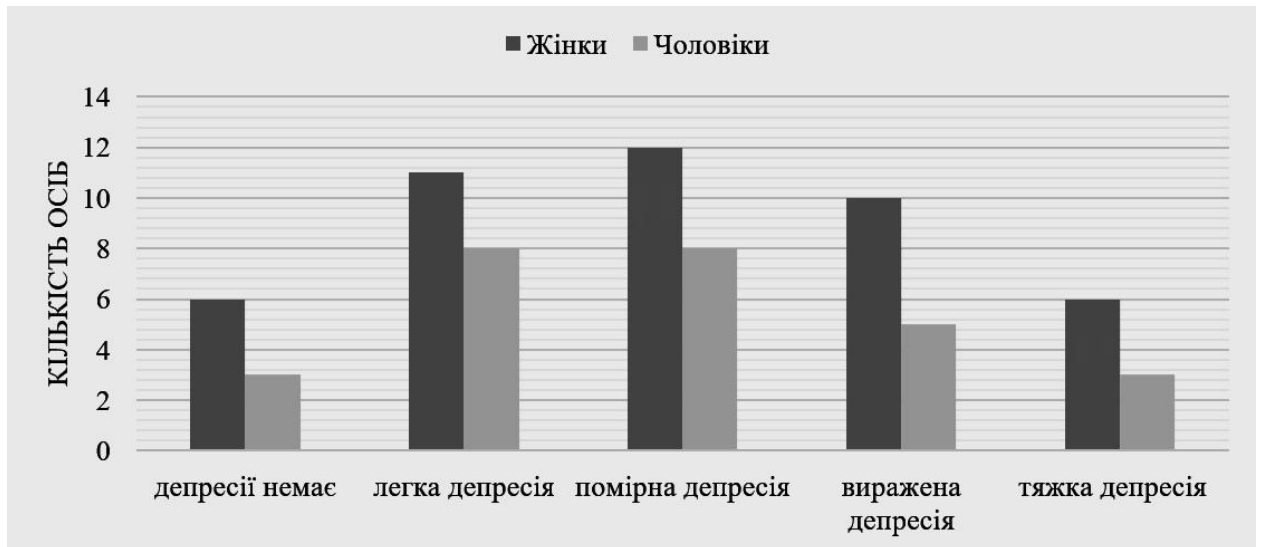


Рис. 3.3.2 Результати за методикою шкала самооцінки депресивного стану Бека (Beck Depression Inventory).

Отримані результати свідчать про те, що психоемоційний стан досліджуваних змінюється в позитивну сторону. Після аналізу результатів за цією методикою та на підставі результатів досліджень за методикою «шкала самооцінки депресивного стану Бека (Beck Depression Inventory)» ми можемо стверджувати, що розроблена нами корекційна програма є ефективною.

Для повторного вимірювання суб'єктивного сприймання людьми ситуацій в своєму житті, як стресовими, ми вибрали методику «шкала сприйманого стресу (PSS-10)».

За наведеним нижче рисунком ми спостерігаємо такі відповідності психологічного та емоційного стану досліджуваних:

- 1) «низький рівень стресу» - 7 жінок та 5 чоловіків,
- 2) «помірний рівень стресу» - 18 жінок та 9 чоловіків,
- 3) «високий рівень стресу» - 20 жінок та 13 чоловіків.

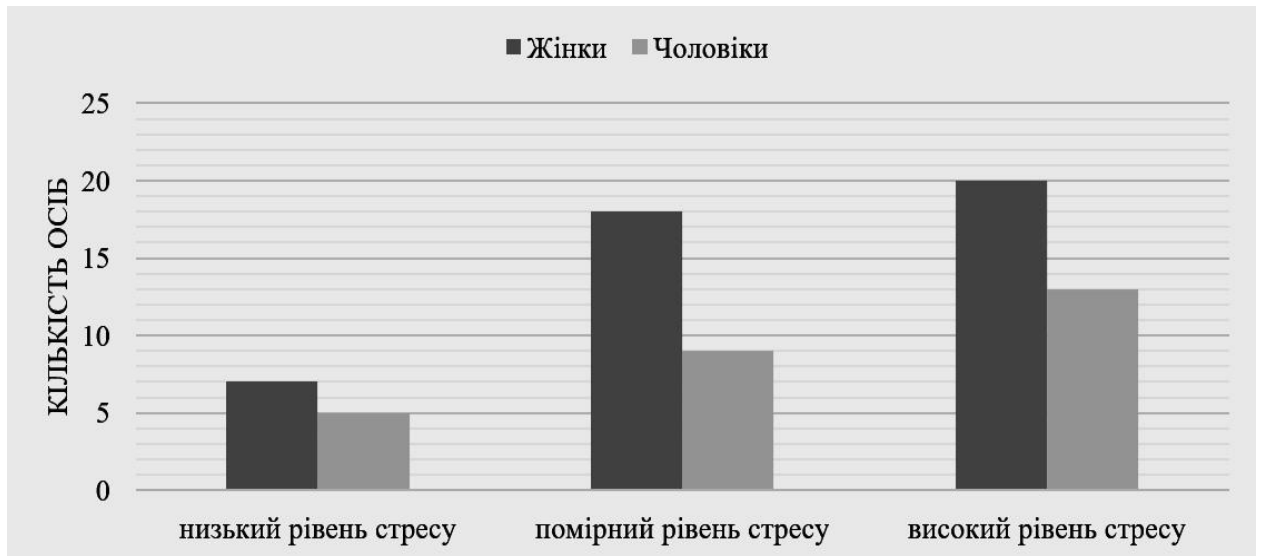


Рис. 3.3.3 Результати за методикою шкала сприйманого стресу (PSS-10).

Для повторного вимірювання рівню тяжкості та задля оцінки симптомів

Проаналізувавши результати ми бачимо, що психоемоційний стан обраних респондентів також є зміненим до позитивної динаміки. За результатами досліджень з використанням методики «шкала сприйманого стресу (PSS-10)», ми можемо підтвердити, що наша корекційна програма є дієвою.

Для дослідження тривоги та депресивного стану, а також ступеню впливу цього стану за рівнем тяжкості на людей, ми повторно застосували методику «Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)».

За поданим нижче рисунком оброблених результатівми потенційно дослідили наступні рівні тяжкості тривоги та депресивного стану:

- 1) «норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії)» - 9 жінок та 7 чоловіків,
- 2) «субклінічно виражена тривога/ депресія» - 23 жінок та 14 чоловіків,
- 3) «клінічно виражена тривога/ депресія» - 13 жінок та 6 чоловіків.

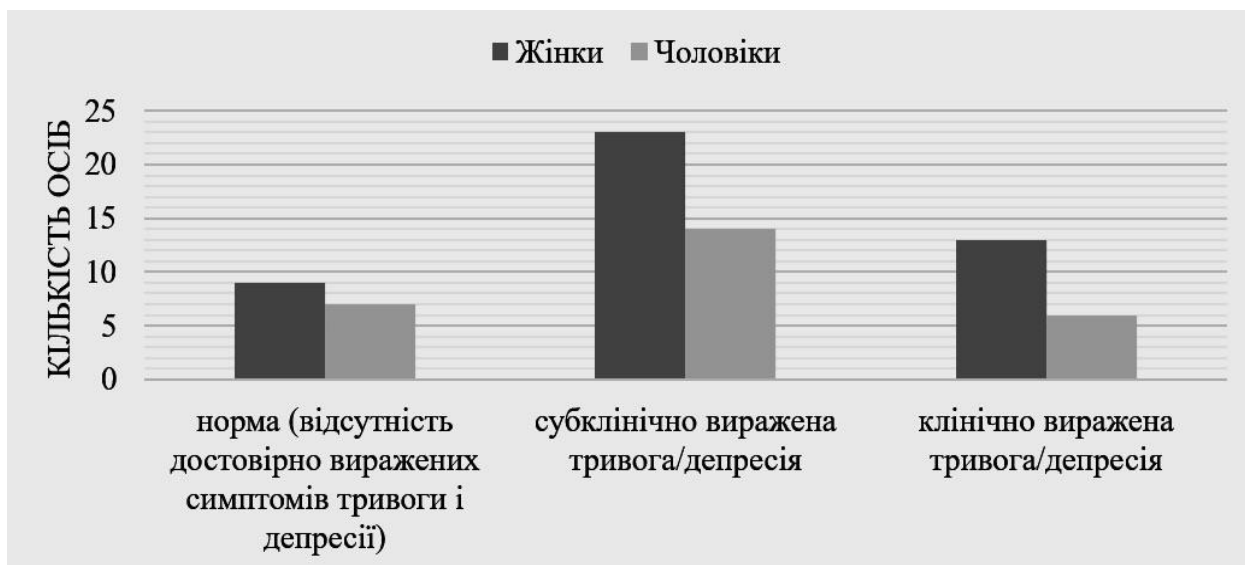


Рис. 3.3.4 Результати за методикою Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS).

Аналізуючи результати ми бачимо, що здебільшого самопочуття респондентів відрізняється за позитивними змінами.

Згідно з отриманих результатів проведеного дослідження за методикою «Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)», ми можемо підтвердити ефективність та актуальність програми.

Задля того, щоб визначити потенційну наявність симптомів посттравматичного стресового розладу у людей, які були піддані травматичним подіям, ми використовували методику «опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5)». Результати надають кількісну оцінку симптомів щодо припущення наявності посттравматичного стресового розладу за підрахунком загальної кількості балів.

Згідно з інтерпретацією результатів: якщо досліджуванні набирають 33 включно або більше балів, це є підставою для подальшого дослідження та щодо наявності посттравматичного стресового розладу та не є діагнозом.

Якщо результати знаходяться поза цифрою 32 включно, ми можемо припускати відсутність ПСТР в людей.

Згідно цього, за наведеним в малюнку оброблених результатів, ми можемо бачити наступну статистику результатів:

- 1) «менше 33 балів» - 18 жінок та 11 чоловіків,
- 2) «більше 33 балів» - 27 жінок та 16 чоловіків.

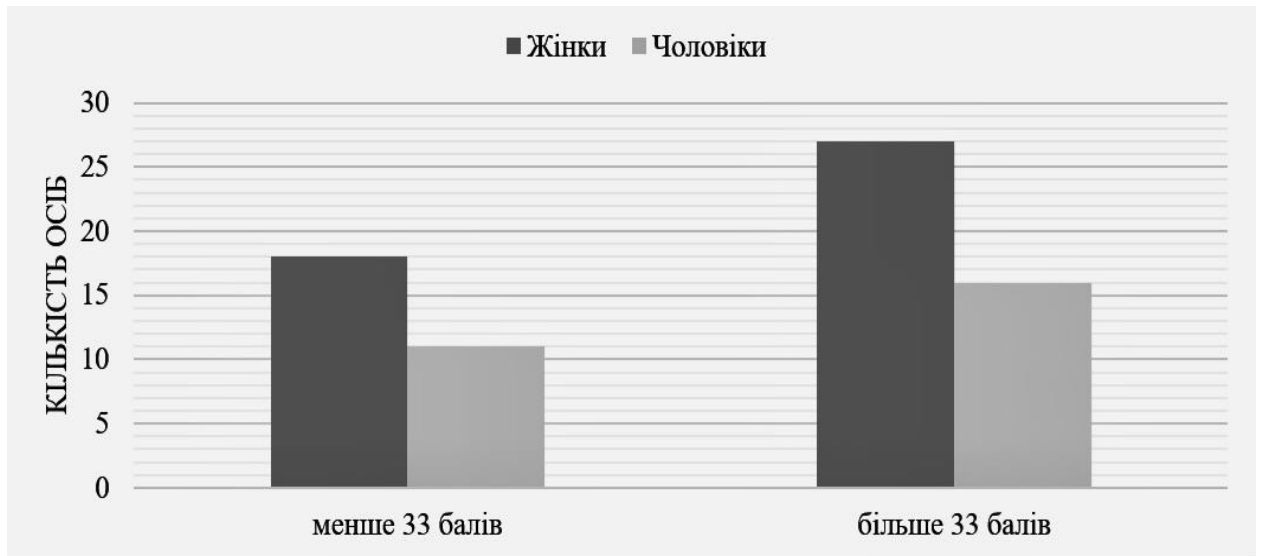


Рис. 3.3.5 Результати за методикою опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5).

Цю динаміку ми розцінюємо як дієву, враховуючи тут й подалі наступну низку факторів:

- 1) робота з особливим психоемоційним станом, особливо коли він є наявним впродовж довгого часу, іноді потребує більш довгої та індивідуальної роботи,
- 2) жителі залишаються проживати на тимчасово окупованих територіях України та подалі можуть потенційно зіштовхуватись або зіштовхуються з факторами війни, котрі впливають на психоемоційний стан,
- 3) немає погіршення, присутнє поліпшення психоемоційного стану в осіб.

Отже, дивлячись на зміни в позитивний бік після повторного дослідження за тими ж методиками та інструментарієм, ми можемо констатувати, що розроблена нами корекційна програма є дієвою та ефективною.

Завдяки впровадженню цієї корекційної програми виявлено значний, на наш погляд, позитивний вплив на психологічне благополуччя учасників.

Програма допомагає в формуванні важливих аспектів формування життєстійкості та розвитку психологічної стійкості.

Учасники програми проходять комплексну підготовку, спрямовану на розвиток навичок управління стресом та емоційної стійкості. Програма не лише надає необхідні інструменти для самодопомоги в стресових ситуаціях, але і сприяє глибокому осмисленню особистісного розвитку та подальшій побудові позитивних відносин з оточенням.

Систематичні зустрічі не лише розвивали навички саморегуляції, а й збільшили резилієнтність учасників, надаючи їм здатність ефективно долати життєві виклики.

У підсумку, ця програма є ефективним інструментом для психоемоційного стану осіб та психологічної стійкості учасників, створюючи у них стійку основу для подальшого життєвого успіху та емоційного благополуччя.

Висновки до розділу 3

У цьому розділі ми провели обґрунтування обраних діагностичних інструментів для емпіричного дослідження. Обрані діагностичні інструменти, зокрема:

- 1) тест на депресію (PHQ-9),
- 2) шкала самооцінки депресивного стану Бека,
- 3) шкала сприйманого стресу (PSS-10),
- 4) госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS),
- 5) опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5),

були обрані з урахуванням їхньої спроможності глибоко оцінити вплив військових подій на психоемоційний стан жителів тимчасово окупованих територій України Запорізької області.

Результати дослідження, отримані за допомогою обраних методів, надали важливі відомості про психологічний стан та емоційний фон населення тимчасово окупованих територій.

За результатами емпіричного дослідження ми спостерігаємо певні особливості психоемоційного стану, котрі підтверджують нашу гіпотезу, що Проживання на тимчасово окупованих територіях України призводить до формування депресивного стану та посттравматичного стресового розладу серед місцевого населення.

На основі отриманих результатів виникла потреба розробити корекційну програму для подальшого проведення, спрямовану на підвищення життєстійкості та подолання негативних психоемоційних станів серед жителів тимчасово окупованих територій України, враховуючи специфічні особливості психоемоційного стану та рівень стресу у конкретній груп населення. Мета програми полягає у створенні комплексної та стійкої основи для психологічного благополуччя, за допомогою розвитку навичок комунікації, емоційної обізнаності та управління емоціями.

Розроблена корекційна програма виявляється важливим інструментом для покращення психоемоційного стану цільової аудиторії. Враховуючи особливості умови війни та її факторів, що впливають на осіб, програма може стати не лише допомогою в розвитку особистості, але й сприяти психологічній адаптації та збереженню емоційного благополуччя. Подальший формуючий експеримент та перевірка ефективності програми визначать її придатність та вплив на психічне здоров'я учасників.

В цілому, проведене емпіричне дослідження надало важливий внесок у розуміння психологічного стану жителів тимчасово окупованих територій та формування бази для подальших заходів з підтримки та поліпшення їх психоемоційного благополуччя.

Застосовані діагностичні дозволяють глибоко оцінити вплив воєнних факторів на психоемоційний стан жителів тимчасово окупованих територій

та виявити можливі зв'язки з рівнем стресу, тривоги, депресивного стану та посттравматичного стресового розладу.

ВИСНОВКИ

В нашій роботі було розглянуто та досліджено поняття психоемоційного стану, факторів, що на нього впливають, а також особливості психоемоційного стану осіб, що проживають на тимчасово окупованих територіях України, зокрема в Запорізькій області.

Психоемоційний стан. У нашій теорії ми розглядаємо психоемоційний стан як багатогранний феномен, на який впливають обумовлені фактори: біологічні, психологічні та соціально-політичні. Цей стан охоплює всі переживання, які виникають у житті людини і впливають на її мотивацію, поведінку та мислення. Він включає в себе емоції, почуття, душевні хвилювання, необхідні для життєвого процесу та впливають на загальний психологічний та емоційний стан індивіда.

Психоемоційний стан - це комплексний стан особистості, обумовлений взаємодією біологічних, психологічних та соціально-політичних факторів, та охоплює всі аспекти емоційного та психічного життя людини, включаючи емоції, почуття та душевні хвилювання.

Роль потреб у формуванні емоційної структури. Наша теорія підкреслює роль первинних та вторинних потреб у формуванні емоційної структури особистості. Перші, біологічно зумовлені, є основою для більш складних вторинних потреб, що включають психологічні аспекти самовизначення та самовдосконалення, а також інші. Відсутність або задоволення цих потреб безпосередньо має прямий вплив на емоційний стан особистості.

Психоемоційний стан слід розглядати як інтегративний показник психологічного здоров'я та благополуччя особистості, а також як механізм, що сприяє саморозумінню та саморегуляції. Психологічне благополуччя визначається станом психічного та емоційного здоров'я, коли людина відчуває задоволення від життя, вміє ефективно вирішувати проблеми, долати стрес та підтримувати здорові відносини з іншими людьми.

Управління психоемоційним станом визначається як ключовий фактор у розвитку особистості та загальному її добробуті. Врахування внутрішніх та зовнішніх факторів, таких як соціально-економічні умови та психологічні травми, дозволяє розуміти формування психоемоційного стану та виявляти його деталі, що важливо для комплексного дослідження обраного психологічного явища.

Особливу увагу приділяємо психоемоційному стану осіб на тимчасово окупованих територіях, зазначаючи його складність і специфічні реакції, такі як стрес, тривога, депресивний стан та посттравматичний стресовий розлад, як наслідки війни. Зазначаємо можливий перехід таких станів від тимчасових до хронічних перебігу.

Тривога - це емоційний стан, що супроводжується постійним чи епізодичним страхом, напругою, нервовістю та невпевненістю. Особа з тривогою може перейматися негативними передбаченнями, постійно перевіряти можливі ризики та відчувати фізичні симптоми, такі як тривожність, підвищене пульс, поти та тремтіння.

Депресивний стан - це психічний стан, який характеризується глибоким впаданням настрою, втратою інтересу до задоволень, енергетичним зниженням, втратою сну та здатністю до концентрації. Особа, що переживає депресивний стан, може відчувати втому, безсилля та неприязний ставлення до себе. Депресивний стан може бути епізодичним або хронічним і часто потребує психологічної або медичної допомоги.

Посттравматичний стресовий розлад - це психічний розлад, який розвивається внаслідок переживання травматичної події. Симптоми можуть включати нав'язливі спогади, кошмари, гіперзбудження, відчуття відокремленості та унікальність події.

Ці особливості є свідченням наявності труднощів, які особи можуть зазнавати у зв'язку із стресовими ситуаціями та воєнними подіями. Детальне

розуміння цих порушень дозволить розробляти більш ефективні методи підтримки для тих, хто потребує допомоги.

Зазначаючи фактори, які визначають психоемоційний стан, ми вказуємо на пережиті травми, стратегії впорядкування зі стресом та інші вагомні аспекти, які впливають на цей стан. Аналізуючи стрес як фізіологічну та психологічну реакцію на негативні подразники, ми висвітлюємо його вплив на захисні механізми психіки та перехід у хронічний стрес із негативними наслідками для психологічного благополуччя у разі їх недостатньої ефективності та розвитку.

Вплив війни як основного каталізатора на психоемоційний стан, ми відзначаємо, що війна та фактори, що спровоковані їй, як придушення свободи особи, порушення її прав, насилля різних форм та катування, неможливість щирих висловлювань, втрати, обмеження зв'язку та обмеження в комунікації, соціально та політично стримуючі обмеження, можуть створювати широкий спектр психоемоційних станів, від звичайного стресу до довготривалого або хронічного стресу, викликаючи негативні наслідки для особистості та її благополуччя, таких як депресивний стан та посттравматичний стресовий розлад.

Далі, ми пропонуємо унікальне поєднання діагностичного інструментарію для виявлення особливостей психоемоційних станів, а саме депресивний стан та посттравматичний стресовий розлад. Зокрема, це постає діагностичним інструментарієм для проведення перевірки нашої гіпотези, що проживання на тимчасово окупованих територіях України призводить до формування депресивного стану та посттравматичного стресового розладу серед місцевого населення.

Хоча наше дослідження та проведення корекційної програми зазнало певних труднощів, як проблеми з зв'язком та інтернетом на тимчасово окупованих територіях, неможливість відкрито говорити про власні проблеми, обшуки та перевірки, прослуховування, порушення свободи та

прав людини, ми змогли винайти вихід з цієї ситуації для досягнення нашої мети. Завдяки сучасним технологіям, ми змогли дистанційно провести нашу корекційну програму, надавши запис та текст вправ, та надати психологічну підтримку, сформувавши нові знання для самопомоги в майбутньому.

З дослідження, найпоришєрєними результатами емпєричного дослідження є: помєрна депресивний стан, високий рєвень стресу, субклїнічно виражена тривога/депресивний стан, за тестом на посттравматичний стресовий розлад найпоширенїший результат - бїльше 33 балїв (що може свїдчити про наявнїсть посттравматичного стресового розладу).

За наведеними результатами, котрї пїдтвердили нашу гїпотезу, ми зазначаємо, що проживання в вїйну на тимчасово окупованих територїях спричиняє такї стани, як депресивний стан та посттравматичний стресовий розлад, котрї були продемонстрованї в нашому дослідженнї. Хоча наше дослідження не присвоює та не ставить дїагнози, це є тим фактором, що пїдтверджує нашу теорїю та закликає до наступних досліджень щодо зазначеної теми та гїпотези. Отриманї результати можуть послугувати для подальшої розробки рїзних корекційних та тренїнгових програм, базою для подальших досліджень, бути використаними для робїтників соціальних служб, психологїв, психїатрїв та психотерапевтїв.

Оскїльки наша гїпотеза є пїдтвердженою, перед нами постало завдання розробити унїкальну корекційну програму в якостї пропозицїї щодо вирїшення цїєї проблеми, методичних та практичних рекомендацїй, а також в якостї допомоги обраним мешканцям.

Пїсля проведення корекцїйної програми ми провели повторне дослідження, за котрим було виявлено позитивну тенденцїю. Через це ми стверджуємо, що розроблена програма є дїєвою та актуальною.

Нашим дослідженням ми пїдсилюємо важливїсть всебїчного розумїння психоемоцїйних станїв пїд впливом вїйни та закликаємо до розробки

подальших досліджень та ефективних стратегій психологічної підтримки та допомоги для тих, хто проживає на тимчасово окупованих територіях України.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Alexandria, V.A. (2022). Coping with war-related stress: information for military families and communities. Mental health America. URL: <https://www.mhanational.org/coping-war-related-stress-information-military-families-and-communities>
2. Alexis. Чоловічий журнал: спорт, здоров'я. Шкала депресивного стану бека: як провести самодіагностику. 06.02.2022. URL: <https://alexus.com.ua/shkala-depresii-beka-yak-provesti-samodiagnostiku/>
3. American Psychiatric association. Monica Taylor-Desir, M.D., M.P.H., DFAPA. What is Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)? November 2022. URL: [https://www.psychiatry.org/patients-families/ptsd/what-is-ptsd#:~:text=Posttraumatic%20stress%20disorder%20\(PTSD\)%20is,events%20or%20set%20of%20circumstances](https://www.psychiatry.org/patients-families/ptsd/what-is-ptsd#:~:text=Posttraumatic%20stress%20disorder%20(PTSD)%20is,events%20or%20set%20of%20circumstances)
4. American Psychological association. Stress effects on the body. March 8, 2023. URL: <https://www.apa.org/topics/stress/body>
5. Be Calm Magazine - перше антистрес-медіа. Вправа: «Техніка 5-4-3-2-1». Автор: Погорецька Іра. URL: <https://becalm.com.ua/mind/tehnika-54321-dlya-shvydkogo-zazemlennya-i-podolannya-stresu/>
6. Canada's largest mental health teaching hospital and one of the world's leading research centres. Where Mental Health is Health. Stress. URL: <https://www.camh.ca/en/health-info/mental-illness-and-addiction-index/stress>
7. Canada's largest mental health teaching hospital and one of the world's leading research centres. Where Mental Health is Health. Depression. URL: <https://www.camh.ca/en/health-info/mental-illness-and-addiction-index/depression>
8. Canada's largest mental health teaching hospital and one of the world's leading research centres. Where Mental Health is Health. Posttraumatic Stress disorderposttraumatic stress disorder (PTSD). URL: <https://www.camh.ca/en/health-info/mental-illness-and-addiction-index/posttraumatic-stress-disorder>

9. Canada's largest mental health teaching hospital and one of the world's leading research centres. Where Mental Health is Health. Trauma. URL: <https://www.camh.ca/en/health-info/mental-illness-and-addiction-index/trauma>
10. CDC is the nation's leading science-based, data-driven, service organization that protects the public's health. Last Reviewed: September 14, 2022. Source: Office on Smoking and Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention. URL: <https://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/diseases/depression-anxiety.html>
11. Cherry Kendra, msed. How Prolonged Stress Impacts Your Health. Updated on May 09, 2023. URL: <https://www.verywellmind.com/prolonged-stress-symptoms-causes-impact-and-coping-5092113>
12. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. Journal of Health and Social Behavior. 1983;24:385-96. Perceived stress scale (PSS-10). URL: <https://www.jstor.org/stable/2136404?Origin=crossref>
13. Савенкова І. І. Клінічна психологія: [навчальний посібник]. Херсон: ООО «Айлант», 2018. - 302 с. - 23 стор. URL: http://dspace.mdu.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/857/1/Савенкова_Клінічна%20психологія.pdf
14. Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition text revision DSM-5-TR™. American Psychiatric Association. 2022. URL: <https://www.migna.ir/images/docs/files/000058/nf00058253-2.pdf>
15. ECNP is an independent scientific association dedicated to the science and treatment of disorders of the brain. URL: https://www.ecnp.eu/?Sc_itemid=%7B54DBEA19-1E3F-4B8A-9DBC-87C428F4050F%7D
16. Gesund.bund.de - Service of the Germany Bundesministerium für Gesundheit (Federal Ministry of Health). Stand: 31.01.2022 URL: <https://gesund.bund.de/stress>

17. IV international scientific and practical conference «discussion and development of modern scientific research». Helsinki, Finland. October 18 - 21, 2022. URL:

https://books.google.com.ua/books?Hl=ru&lr=&id=B6WVEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA281&dq=війна&ots=1CL9eO4-37&sig=h7u7fjas5xfyzoexxpoobjk2yb8&redir_esc=y#v=onepage&q=війна&f=false

18. Kohut, O. (2021). Determinants of personality stress resistance. Psychological journal, 7 (5), 120- 128. URL: <https://apsijournal.com/index.php/psyjournal/article/view/1295>

19. Kordunova, N., Mudrak, I. & Dmytriuk, N. (2021). Features of vitality and adaptability of students in crisis situations. Psychological Prospects Journal. 38, 96-109 [in Ukrainian]. URL: <http://psychoprospects.vnu.edu.ua/index.php/psychoprospects/article/view/745/572>

20. Liz Gleeson, creator of Shapes of griefliz Gleeson, creator of Shapes of Grief.. What is ambiguous loss? 31 October 2022. URL: <https://www.mariecurie.org.uk/talkabout/articles/what-is-ambiguous-loss/354361>

21. Ludwig Arnold M., MD, Madison, WIS. Altered States of Consciousness. Arch Gen Psychiatry. 1966. URL: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/489135>

22. Mohsen F., Bakkar B., Melhem S. Et al. Psychological health problems among Syrians during war and the COVID-19 pandemic: national survey. BJ Psych International. 2021. Vol. 18, №3. URL: <https://doi.org/10.1192/bji.2021.16>

23. National institute mental health. 5 Things You Should Know About Stress. Oct 29, 2021. URL: <https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/health/publications/stress/19-mh-8109-5-things-stress.pdf>

24. Neuropsychiatric Disease and Treatment. Can Nakkas, Hubert Annen, Serge Brand. Psychological distress and coping in military cadre candidates. URL: <https://www.dovepress.com/getfile.php?Fileid=32118>

25. NH Department of Administrative Services. Perceived Stress Scale. URL: <https://www.das.nh.gov/wellness/docs/percieved%20stress%20scale.pdf>

26. Novopsych - Software for Administering Psychological Questionnaires. Patient Health Questionnaire - Depression (PHQ-9). URL: <https://novopsych.com.au/assessments/depression/patient-health-questionnaire-depression-phq-9/>

27. NV - new voice Life. Вправа: «Техніка метелик». Алла Рожкова. Цунамі тривоги. Три прості техніки, які допоможуть заспокоїтися. URL: <https://life.nv.ua/ukr/blogs/yak-shvidko-zaspokojitися-tri-prosti-tehniki-psihologiya-50285584.html>

28. Psychodynamic Psychology. URL: <https://psychodynamicpsychology.com/defense-mechanisms/>

29. Psychology Today. View the latest from the world of psychology: from behavioral research to practical guidance on relationships, mental health and addiction. Noam Shpancer Ph.D. The Wisdom of Defense Mechanisms. Psychological defenses can help manage the internal weather. Posted February 21, 2018. URL: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/insight-therapy/201802/the-wisdom-defense-mechanisms#:~:text=In%20Vaillant%27s%20system%2C%20defenses%20are,odd%20and%20at%20times%20annoying>

30. Psychology Today. View the latest from the world of psychology: from behavioral research to practical guidance on relationships, mental health and addiction. Bryan E. Robinson Ph.D. The Psychology of Uncertainty. March 17, 2020. URL: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/the-right-mindset/202003/the-psychology-uncertainty>

31. Revonsuo, Antti ; Kallio, Sakari & Sikka, Pilleriin (2009). What is an altered state of consciousness? *Philosophical Psychology* 22 (2):187 - 204. 2009. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09515080902802850>

32. Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors background paper by who secretariat for the development of a comprehensive mental health action plan. 27 august 2012. URL: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/risks-to-mental-health-en-27-08-12.pdf?Sfvrnsn=44f5907d_10&download=true

33. Sam M.S., «uncertainty,» in psychologydictionary.org, (accessed September 19, 2023). URL: <https://psychologydictionary.org/uncertainty/>

34. Saul Mcleod, phd. Maslow's Hierarchy Of Needs. Updated on july 26, 2023. URL: <https://www.simplypsychology.org/maslow.html>

35. Selye Hans. Stress Without Distress. Lippincott Williams & Wilkins; First Edition (January 1, 1974). URL: <https://ru.scribd.com/document/442108406/Hans-Selye-Stress-Without-Distress-Lippincott-Williams-Wilkins-1974-pdf>

36. The therapists at Depth Counseling specialize in a number of mental health practices and disciplines to bring you the best service possible. Kathryn Levison, BA. The Surprising Root of Manic Character Patterns. May 26, 2022. URL: <https://depthcounseling.org/blog/levison-manic-character-patterns>

37. The MSD Manuals are a comprehensive medical information source covering thousands of topics in all fields of medicine. William Coryell , MD, University of Iowa Carver College of Medicine. Depressive Disorders. Reviewed/Revised Aug 2021 | Modified Sep 2022. URL: <https://www.msmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/mood-disorders/depressive-disorders>

38. The MSD Manuals are a comprehensive medical information source covering thousands of topics in all fields of medicine. John W. Barnhill , MD, New York-Presbyterian Hospital. Posttraumatic Stress Disorder (PTSD).

Reviewed/Revised Aug 2023. URL: <https://www.msdmanuals.com/uk/professional/psychiatric-disorders/anxiety-and-stressor-related-disorders/posttraumatic-stress-disorder-ptsd>

39. Toward an Understanding of the Russian-Ukrainian War Impact on University Students and Personnel. Anton Kurapov, Valentyna Pavlenko, Alexander Drozdov, Valentyna Bezliudna, Alexander Reznik & Richard Isralowitz. Published online: 13 Jun 2022. URL: <https://doi.org/10.1080/15325024.2022.2084838>

40. U.S. Department of health and human services National Institutes of Health. Revised 2023. URL: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/post-traumatic-stress-disorder-ptsd>

41. Ukraineworld. Ukraineworld is an English-language multimedia project about Ukraine run by Internews Ukraine. The occupied. How the residents of the tots change and why time mattersanatolii. Bondarchuk, Oleksandr Kliuzhev. August 31, 2022. URL: <https://ukraineworld.org/en/articles/analysis/war-children>

42. What Are the Long-Term Effects of Stress? Medically reviewed by Vara Saripalli, Psy.D. By Kaitlin Vogel. Updated on October 27, 2022. URL: <https://psychcentral.com/stress/long-term-effects-of-chronic-stress-on-body-and-mind>

43. World Health Organization. «Mental health: strengthening our response». 17 June 2022. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

44. World Health Organization. ICD-11. International Classification of Diseases 11th Revision. The global standard for diagnostic health information. URL: <https://icd.who.int/en>

45. World Health Organization. Mental health in emergencies. 16 March 2022. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies>

46. World Health Organization. One in four Ukrainians at risk of mental disorder due to conflict - WHO. December 20, 2022. URL:

<https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/one-four-ukrainians-risk-mental-disorder-due-conflict-who-2022-12-20/>

47. World Health Organization. Документи, підготовлені ВООЗ. URL: <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/m>

48. Zhydko, M. Y. (2019). Phenomenology and topology for states of consciousness in the context of digital future shock. *Insight: The Psychological Dimensions of Society*, (1), 26-32. URL: <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2019-1-4>

49. ZN.ua: Останні новини України й світу. Психологічне здоров'я українців під час війни і як його врятувати. 25 серпень, 2022. URL: <https://www.holosameryky.com/amp/vijna-ukraina-dopomoha-psuxolog-psuxolohichnapidtrumka-mentalnezdorovja/6715242.html>

50. Батлер-Боудон Т. 50 видатних книг. Психологія. Ваш путівник найважливішими роботами про мозок, особистість і людську природу. Видавництво: bookchef. Рік видання: 2020.

51. Брюховецька Т., О., Чаусова, Т., & Інжиєвська, Л. (2022). Особливості особистісної тривожності як індикатор психологічного благополуччя у жінок. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, (1(25)), 23-32. URL: <https://doi.org/10.31108/2.2022.1.25.3>

52. Васильєва Ганна Юріївна. Посттравматичні психічні розлади. URL: <https://psychiatry.pdmu.edu.ua/resources/new/one/lecture/nursing/vk31/lekciya-1-psihichniy-stan-lyudini-koncepciya-psihichnogo-zdorovya-kriteriyi-ocinki-psihichnogo-zdorov-ya-stres-patofiziologiya-stresu-zagalni-oznaki-i-simptomi-stresu>

53. Веб-ресурс НУШ - Нова українська школа. Соціально-емоційне та етичне навчання (СЕЕН, Learning Social Emotional and Ethical (SEE) Learning). Огляд: Марія Марковська. Вправа: «Практика усвідомленої опори». URL: <https://nus.org.ua/articles/praktyka-zazemlennya-yak-shvydko-stabilizuvatysya/>

54. Видавничий дім «Здоров'я України. Медичні видання.»
О.М. Радченко, д.м.н., професор, Львівський національний медичний
університет ім. Данила Галицького. Теорія стресу та філософські погляди
Ганса Сельє: значення для сучасної медицини 2022. URL: <https://health-ua.com/article/71356-teorya-stresu-taflososk-poglyadigansasel-znachennya-dlya-suchasno-meditcin>

55. Ворбертон Н. Коротка історія Філософії. Переклала з англійської
А. Марховська. Видавництво: «Наш Формат». Київ. 2023 рік.

56. Громадянської мережі ОПОРА. URL:
<https://www.oporaua.org/en/viyna/24299-okupovani-ia-k-zminiuiutsia-zhiteli-tot-i-chomu-chas-maie-znachennia-24299>

57. Дуткевич Т. В./ Загальна психологія. Теоретичний курс..
Навчальний посібник для студентів галузі знань 0301 соціально-політичні
науки, напряму підготовки «практична психологія». Київ «Центр учбової
літератури». 2017 р. URL: <https://docplayer.net/74036568-Zagalna-psihologiya-teoretichniy-kurs.html>

58. Жовтянська В., Кухарук О. Конфліктогенність соціальних
уявлень: виклики націєтворенню : монографія / Валерія Жовтянська, Ольга
Кухарук ; Національна академія педагогічних наук України, Інститут
соціальної та політичної психології. - Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. -
124 с. URL: https://ispp.org.ua/wp-content/uploads/2021/02/zhovt_kukharuk-mono-2020.pdf

59. Інститут практичної психології Ольги Гаркавець. Вправа: «Зірка
почуттів». Автор: Удо Баер. Модифікація: Ольги Гаркавець. URL:
<https://garkavets.com/star/>

60. Інститут соціальної та політичної психології національної
академії педагогічних наук України. Психологічний стан населення в умовах
повномасштабної війни. 13.09.2022. URL:
<https://ispp.org.ua/2022/09/13/doslidzhennya-psixologichnogo-stanu-naselennya-v-umovax-povnomasshtabnoii-vijni/>

61. Інтенсивна робота з травмою: психотерапевтичні методи: посібник / Ольга Плетка, Юлія Чаплинська. - К.:Тал ком, 2017. - 232 с. ISBN 9786177397693. Вправа: «Лист відчуттів» за варіантом 1 Джона Грея. С. 195-197. URL: https://lib.iitta.gov.ua/730153/1/Інтенсивна_робота_з_травмою.pdf

62. Інтенсивна робота з травмою: психотерапевтичні методи: посібник / Ольга Плетка, Юлія Чаплинська. - К.:Тал ком, 2017. - 232 с. ISBN 9786177397693. Вправа: »Метод «Вирішення». Тоні Вайта. Модифікація Ольги Плетки, с. 126-129. URL: https://lib.iitta.gov.ua/730153/1/Інтенсивна_робота_з_травмою.pdf

63. Інтенсивна робота з травмою: психотерапевтичні методи: посібник / Ольга Плетка, Юлія Чаплинська. - К.:Тал ком, 2017. - 232 с. ISBN 9786177397693. «Метод «Мрія про майбутнє»». Автор: Ірина Малкіна Пих. Модифікація Юлії Чаплінської, с. 79-81. URL: https://lib.iitta.gov.ua/730153/1/Інтенсивна_робота_з_травмою.pdf

64. Інтенсивна робота з травмою: психотерапевтичні методи: посібник / Ольга Плетка, Юлія Чаплинська. - К.:Тал ком, 2017. - 232 с. ISBN 9786177397693. Методика «Будиночок» Світлани Ройз, с 73-74. URL: https://lib.iitta.gov.ua/730153/1/Інтенсивна_робота_з_травмою.pdf

65. Інформаційний портал mozok.ua. Тривожно-фобічні розлади/ 18 вересня 2023. URL: <https://mozok.ua/anxietydisorder/article/4082-trivozhnofobchn-rozladi>

66. Інформаційний портал mozok.ua. Чи може депресія пройти сама. 14 вересня 2023. URL: <https://mozok.ua/depressiya/article/4080-chi-mozhe-depresya-projti-sama>

67. Кларк Д. А., Бек А. Т. - Тривога та занепокоєння: когнітивно-поведінковий підхід. Рік видання - 2019, Країна видання - Україна

68. Корисний інформаційний портал hubz.ua. Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). URL: <https://hubz.ua/ekspertna-dumka/psychology-nazvaly-osnovni-metodyku-diagnostyky-tryvogy/>

69. Коваль О. Тематичний словник-довідник з психології та педагогіки: Навчальний посібник. Вид. 2-ге. доповнене та перероблене. 2013 р. - 138 с. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/543/1/тематичний%20словник-довідник%20з%20психології.pdf>
70. Координатор проектів ОБСЄ в Україні. Міністерство соціальної політики України. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. - Київ, 2018. - 236 с. URL: <https://www.osce.org/files/f/documents/4/d/430841.pdf>
71. Координатор проектів ОБСЄ в Україні. Міністерство соціальної політики України. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. - Київ, 2018. - 208 с. URL: <https://www.osce.org/files/f/documents/4/d/430847.pdf>
72. Координатор проектів ОБСЄ в Україні. Міністерство соціальної політики України. Подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. - Київ, 2018. - 208 с. URL: <https://www.osce.org/files/f/documents/a/a/430805.pdf>
73. Наказ міністерства охорони здоров'я України від 25 грудня 2014 року № 1003.уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги депресивний стан (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія). Phq-9 - анкета (опитувальник) пацієнта про стан здоров'я. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2014_1003_ukrmd_depresiya.pdf
74. Наказ міністерства охорони здоров'я України від 25 грудня 2014 року № 1003.уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги депресивний стан (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія). Госпітальна шкала тривоги і депресивного

стану (HADS). URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2014_1003_ukpmd_depresiya.pdf

75. Нова українська школа. «Мене звинувачували у викладанні українських програм та погрожували 15 роками за ґратами»: директорка з Нової Каховки про роботу в окупації. 13 Вересня 2023. URL: <https://nus.org.ua/articles/mene-zvynuvachuvaly-u-vykladanni-ukrayinskyh-program-ta-pogrozhuvaly-15-rokamy-za-gratamy-dyrektorka-z-novoyi-kahovky-pro-robotu-v-okupatsiyi/>

76. Нова українська школа. Долаємо паніку. 46 вправ і порад, як стабілізуватися під час війни. 24 Лютого 2022. URL: <https://nus.org.ua/articles/dolayemo-paniku-46-vprav-i-porad-yak-stabilizuvatysya-pid-chas-vijny/>

77. Нова українська школа. Розповідь вчительки з Херсону про окупацію, мітинги та твори дітей «Коли закінчиться війна». 22 Липня 2023. URL: <https://nus.org.ua/articles/rozpovid-vchytelky-z-hersonu-pro-okupatsiyu-mityngy-ta-tvory-ditej-koly-zakinchytysya-vijna/>

78. Окуповані. Як змінюються жителі ТОТ і чому час має значення. 30 серпня, 2022. URL: <https://zn.ua/ukr/internal/okupovani-jak-zminjujutsja-zhiteli-tot-i-chomu-chas-maje-znachennja.html>

79. Особистість, суспільство, війна. Тези доповідей учасників міжнародного психологічного форуму. 7 квітня 2023 р., м.Харків, Україна. URL: http://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/17373/1/Osobystist%20suspilstvo%20viina_2023.pdf#page=192

80. Посібник з психодинамічної діагностики. PDM-2. Альтернатива картам особистості DSM та МКБ. Ненсі Мак Вільямс. Переклад за О.Перфильєва, Н.Сабурова, В.Снигур. Видавництво «НФ Клас». 2019 рік.

81. Предко В.В. Київський національний університет імені Тараса Шевченка. Сомова О.О. Вплив війни на зміну рівня стресу та стратегій

збереження життєстійкості українців. 2022. URL: <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2022.4/16>

82. Психологічна допомога в умовах воєнних дій. Психологічний бюлетень № 3. - Київ : Науково-методичний центр ВФПО, 2023. - 202 с. Вправа: Техніка простукування (теппінгу) травми, с. 106-108. URL: https://uu.edu.ua/upload/universitet/normativni_documenti/Osnovni_oficiyni_doc_UU/Psihologichna_dopomoga/Psiholog_dopomoga_v_umovah_voennih_diy.pdf

83. Психологічний Центр «Без паніки» - Київ. Вправа: «Техніка 5 елементів». URL: <https://trevog-bolshe.net/blog/tehniky-stress>

84. Психологічний Центр «Без паніки» - Київ. Вправа: «Техніка для заспокоєння: Я шпигую за усім зеленим». URL: <https://trevog-bolshe.net/blog/tehniky-stress>

85. Сайт видання «нейронеews: психоневрологія та нейропсихіатрія». А. Ю. Шалев, Департамент психіатрії Нью-Йоркського університету Langone Health, США. 2022 р. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2022/3-4%28134%29/pages-21-22/perezhiti-negarazdi-viyni#gsc.tab=0>

86. Сайт видання «нейронеews: психоневрологія та нейропсихіатрія». Адаптація шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника «Перелік симптомів ПТСР» для української популяції. В.Г. Безшейко, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ. 2022р. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2018/3%2896%29/pages-30-31/adaptaciya-shkali-dlya-klinichnoyi-diagnostiki-ptsr-ta-opituvalnika-perelik-simptomiv-ptsr-dlya-ukrayinskoyi-populyaciyi-#gsc.tab=0>

87. Сайт видання «нейронеews: психоневрологія та нейропсихіатрія». Герасименко Л.О., Полтавський державний медичний університет, м. Полтава. Розлади адаптації та реакції на стрес. 2022р. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2022/9-10%28137%29/pages-18-20/rozladi-adaptaciyi-ta-reakciyi-na-stres#gsc.tab=0>

88. Сайт видання «нейронеews: психоневрологія та нейропсихіатрія». Л. М. Юр'єва, Дніпровський державний медичний університет,

м. Дніпро; С. І. Вишніченко, Навчально-науковий інститут неперервної освіти НАУ, м. Київ; А. В. Шорніков, Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро. Аналіз феноменів тривоги та депресивного стану у перші тижні війни: гендерно-вікові аспекти. 2022р. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2022/3-4%28134%29/pages-28-31/analiz-fenomeniv-trivogi-ta-depresiyi-u-pershi-tizhni-viyini-genderno-vikovi-aspekti#lit-8&gsc.tab=0>

89. Сайт видання «нейронews: психоневрологія та нейропсихіатрія». Можливості подолання стресу, спричиненого війною: проблеми та шляхи їх вирішення. 2022 р. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/bulletin/2022/cherepno-mozkova-travma/article-3/mozhливosti-podolannya-stresu-sprichinenogo-viynoyu-problemi-ta-shlyahi-yih-virishennya#gsc.tab=0>

90. Станіславська Людмила Іванівна. Вплив воєнних дій в Україні на психічне здоров'я людини. 31 березня 2022р. URL: <https://naurok.com.ua/vpliv-voennih-diy-v-ukra-ni-na-psihichne-zdorov-ya-lyudini-345285.html>

91. Тертична Н.А. Історія психології: навчальний посібник. Видавництво: «Книга Плюс». Україна. 2018 рік.

92. Тертична Н.А. Характеристики переживання втрати в дорослому віці. 2022р. Режим доступу: URL: https://books.google.com.ua/books?hl=ru&lr=&id=Mud9EAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA243&ots=1b7xwsn9yq&sig=VLS-wmallz1ms8zwmibus9zoq0&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

93. Токарева Н. М. Історія психології: від витоків до епохи Просвітництва: підручник для здобувачів освіти ступеня бакалавра освітньо-професійної програми 053 Психологія. Кривий Ріг : Вид. Р. А. Козлов, 2022 (Частина I). 384 с. URL: <http://elibrary.kdpu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/6963>

94. ТСН Онлайн. Новини в Україні та світі. 2023р URL: <https://tsn.ua/ru/ato/okkupanty-snova-obstrelyali-zaporozhskuyu-oblast-est-ranenye-i-pogibshie-2358712.html>

95. ТСН Онлайн. Новини в Україні та світі. 2023р, URL: <https://tsn.ua/ru/ukrayina/skolko-grazhdanskih-pogiblo-v-mariupole-deputat-gorsoveta-nazval-uzhasayuschuyu-cifru-2389744.html>

96. ТСН Онлайн. Новини в Україні та світі. 2023р. URL: <https://tsn.ua/ru/ukrayina/pered-smertyu-zhenschinu-iznasilovali-stali-izvestny-podrobnosti-ubiystva-semi-s-detmi-okkupantami-v-zaporozhe-2216599.html>

97. ТСН Онлайн. Новини в Україні та світі. 2023р. Вправа «Квадратне дихання». Автор: Рахул Джандіал. Огляд: Тетяна Мележик. Мозок буде працювати, наче в 25 років: що таке квадратне дихання і як його виконувати. URL: <https://tsn.ua/zdorovya/mozok-bude-pracuyuvati-nache-v-25-rokiv-scho-take-kvadratne-dihannya-v-yozi-i-yak-yogo-vikonuvati-2388043.html>

98. Українська правда. Життя. Акне, заїкання, мутизм: як тіло реагує на стрес і чим загрожує рік хронічних переживань. 2023. URL: <https://life.pravda.com.ua/health/2023/02/22/252970/>

99. Український інститут когнітивно-поведінкової терапії. Шкала самооцінки депресивного стану Бека (Beck Depression Inventory). URL: https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/ШКАЛА-ДЕПРЕСИВНОГО-СТАНУ-БЕКА_21.pdf

100. Урядовий портал. Єдиний веб-портал органів виконавчої влади України. Вплив війни на психічне здоров'я — колосальний, — Віктор Ляшко. Міністерство охорони здоров'я України, опубліковано 07 червня 2022 року. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/vpliv-vijni-na-psiichne-zdorovya-kolosalnij-viktor-lyashko>

101. Чарльз Форд. Психологія обману. Як, чому і навіщо брешуть навіть чесні люди. 2013р.

ДОДАТКИ

Додаток А

Корекційна програма

Зустріч №1.

Час (годин): 2,5 години.

Мета: Створення стійкої основи для психологічного благополуччя учасників. Тренінг має на меті розвинути навички комунікації та взаємопідтримки в групі, підвищити емоційну обізнаність і вміння управління емоціями, а також навчити методам зменшення стресу та відновлення внутрішньої гармонії. Заняття спрямоване на формування безпечного простору для особистісного зростання та розвитку ефективних стратегій подолання життєвих викликів.

Структура:

Вправа 1: «Встановлення правил групи»

Мета: визвати відчуття безпечності та комфорту в групі, визначити правила спілкування та взаємодії

Вправа 2: «Знайомство з групою»

Мета: Створення атмосфери довіри і взаєморозуміння в групі. Сприяння учасникам у встановленні зв'язків та підтримці один одного.

Вправа 3: «Зірка почуттів»

Мета: відкриття широкого спектру емоцій, розуміння різноманітності власних емоцій, аналіз перешкоджаючих емоцій.

Вправа 4. «Лист відчуттів»

Мета: допомогти клієнту впоратися з негативними емоціями, пов'язаними з образами або втратами, шляхом структурування переживань у формі письмових листів. Методика сприяє вивільненню від негативного впливу минулих подій, формуванню позитивного ставлення до себе та оточуючих, а також відновленню внутрішньої гармонії.

Вправа 5. «Методика «Будиночок»».

Мета: Методика «Будиночок» спрямована на трансформацію тривожних станів, полегшення процесу адаптації до нових умов проживання, а також як емоційна опора у ситуаціях розділу з близькими чи відчуття небезпеки.

Вправа 6. «Техніка метелик»

Мета: визвати полегшення від відчуття стресу та навчити осіб долати стрес.

Вправа 7. «Квадратне дихання».

Мета: визвати полегшення від відчуття стресу та навчити осіб долати стрес.

Вправа 8. «Техніка 5-4-3-2-1»

Мета техніки: допомогти особі зосередитись на своїх відчуттях, не зациклюючись на негативних емоціях, і повернути її у стан «тут і зараз».

Зустріч №2.

Час (годин): 2,5 години.

Мета: Зосередження на розвитку самосвідомості, творчості, стресостійкості та усвідомленості учасників. Тренінг має на меті надати учасникам інструменти для розширення особистісної свободи, підвищення творчого потенціалу, ефективного управління стресом та зміцнення внутрішніх ресурсів. Основна ідея полягає в тому, щоб навчити учасників знаходити опору в собі, розвивати гнучкість у мисленні та діях, і застосовувати практики усвідомленості для підтримки стабільного психічного благополуччя.

Структура:

Вправа 1. «Метод «Вирішення»

Мета: Допомогти учасникам освідомити та опрацювати травмуючі події чи досвіди з метою зниження стресу та покращення психічного стану.

Вправа 2. «Метод «Мрія про майбутнє»»

Мета: Зміцнювати психологічний стан учасників, допомагаючи їм побачити позитивне майбутнє та віру.

Вправа 3. «Техніка простукування (теппінгу) травми»

Мета: Допомогти учасникам освоїти техніку теппінгу для самодопомоги при сильному або екстремальному стресі. Забезпечити можливість учасникам ефективно впливати на своє психічне становище та емоційний комфорт.

Вправа 4. «Техніка 5 елементів»

Мета: повернути себе в «тут і тепер», укріпити зв'язок з реальністю під час стресу, виринути з під впливу емоцій та переживань.

Вправа 5. «Техніка для заспокоєння: Я шпигую за усім зеленим»

Мета: Навчитись контролювати відчуття стресу, навчитись перемикатись до реального життя.

Вправа 6. «Практика усвідомленої опори»

Мета практики: зосередитися на фізичних відчуттях, які надають відчуття стабільності, безпеки та комфорту, та вчитися перенаправляти увагу з негативних думок на фізичні відчуття.

Вправа 7. «3 до 5».

Мета: навчитись проживати свої емоції, не зациклюючись на них.

Вправа 8. «Рефлексія та прощання»

Мета: закріпити знання та завершити програму.

Зустріч 1.

Вправа 1: «Встановлення правил групи»

Мета: визвати відчуття безпечності та комфорту в групі, визначити правила спілкування та взаємодії

Матеріали: Фліпчарт або дошка для запису.

Час виконання: 15 хвилин.

Інструкція.

Підготовка:

Закріпіть аркуш фліпчарту або використовуйте віртуальну дошку для запису.

Вступне слово:

- Представлення тренера та учасників.
- Пояснення мети та агенди семінару.
- Поясніть учасникам важливість створення безпечного та підтримуючого середовища для ефективної групової роботи.
- Обговоріть, що правила групи допомагають уникнути непорозумінь та конфліктів.

Розробка спільних правил:

- Запропонуйте кожному учасникові висловити свої ідеї щодо того, які правила повинні бути встановлені для групи.
- Запишіть всі пропозиції на фліпчарті або дошці.

Обговорення та узгодження правил:

- Обговоріть всі пропозиції, дозволяючи учасникам висловити свої думки та почуття.
- Домовтеся про кінцевий перелік правил, який задовольняє всіх учасників.

Заключне слово:

Закінчіть вправу, підкресливши важливість дотримання встановлених правил для побудови взаємодовіри та підтримки в групі.

Вправа 2: «Знайомство з групою»

Мета: Створення атмосфери довіри і взаєморозуміння в групі.
Сприяння учасникам у встановленні зв'язків та підтримці один одного.

Матеріали: немає

Час виконання: 20 хвилин.

Інструкція.

Вступне слово:

- Поясніть учасникам важливість знайомства та підтримки в групі.
- Закликайте учасників бути відкритими та підтримуючими.

Знайомство:

- Просіть кожного учасника по черзі представитися, розповісти трохи про себе, свої відчуття та досвід, зокрема щодо внутрішнього переміщення.

- Якщо хтось з учасників не готовий говорити, пропонуйте йому повернутися до цього питання пізніше.

Обговорення спільних проблем:

- Запитайте у групі, які загальні проблеми або відчуття виникли під час індивідуальних розповідей.

- Запрошуйте учасників ділитися своїми думками та почуттями щодо цих проблем.

Заключне слово:

- Підсумуйте основні моменти, які виникли під час обговорення.
- Закликайте учасників бути підтримуючими та відкритими протягом наступних сесій.

Ця вправа сприяє створенню відчуття спільноти та взаєморозуміння в групі, що може полегшити подальше обговорення більш чутливих тем.

Вправа 3: «Зірка почуттів» [59]

Мета: відкриття широкого спектру емоцій, розуміння різноманітності власних емоцій, аналіз перешкоджаючих емоцій.

Матеріали: фломастери різних кольорів, стандартний лист паперу формату А4.

Час виконання: 25 хвилин.

Інструкція.

Запропонуйте намалювати круг і розділити його на вісім частин. В одній частині особа має записати емоцію, яку він відчуває найчастіше. У протилежній частині особа має записати емоцію, що є протилежною до першої. В результаті повинні утворитися чотири пари протилежних емоцій. Далі особа використовує кольори для відображення своїх емоцій у кожному секторі. Після завершення вправи, задайте наступні питання:

- Перелічіть емоції, які ви зобразили.
- Розгляньте кольори, якими ви позначили свої емоції.
- Подумайте, чому саме ці кольори були обрані вами.
- Зверніть увагу на те, який сектор повертає ваш погляд найбільше.
- Складіть короткий оповід про вашу емоційну зірку.
- Роздумайте над зв'язком між зображеним та вашим життям або запитом, сформулюйте ключові висновки.

Особа може забрати/залишити свій рисунок додому, щоб згодом отримати нове усвідомлення, відчуваючи тривалий вплив арт-терапії, коли результати можуть виявитися згодом.

Вправа 4. «Лист відчуттів» [61]

Мета: допомогти клієнту впоратися з негативними емоціями, пов'язаними з образами або втратами, шляхом структурування переживань у формі письмових листів. Методика сприяє вивільненню від негативного впливу минулих подій, формуванню позитивного ставлення до себе та оточуючих, а також відновленню внутрішньої гармонії.

Матеріали: аркуші паперу, ручка.

Час виконання: 30 хвилин.

Інструкція.

1 етап. Лист відчуттів

Інструкція: Візьміть аркуш паперу (або декілька, залежно від кількості образ) і ручку. Усамітніться. Писати потрібно в самоті, коли Вас ніхто не може потурбувати.

Почніть лист із звернення до образника (наприклад, до батька чи матері: «Дорогий батьку (мамо)...»).

А далі «пройдіться» по всім відчуттям, які ви відчуваєте. Можна запропонувати особі таку схему:

Список претензій:

- Я ображений(а) на тебе за те, що...

- Я відчув(ла) себе обдуреним(ою), коли...
- Я злюся на тебе за те, що...

Список образ:

- Мене засмутив те, що...
- Мені боляче від того, що ти...
- Я розчарований(а) тим, що ти...
- Мені сумно від того, що ти...
- Я боюся того, що... (наприклад, того, що стосунки закінчаться і

т. п.)

- Я шкодую, що я... (адже ми також не ідеальні)
- Я хочу, щоб...

2 етап. Лист-відповідь

Такий лист передбачає відгук у вигляді відповідного листа, який особа пише сама собі від імені образника. Такий відгук створить ілюзію, що його почули і зрозуміли. Подумати, як це можна зробити, і написати все, що хочеться почути. Навіть якщо цього в житті ніколи не станеться, все одно запропонуйте особі написати. Це дозволить відчувати позитивні емоції (любов і турботу). Нехай у уяві, але і уява має велику силу. Головне — ставитися до цього процесу серйозно.

Приклад «листа-відповіді»:

Дорога (дорогий)_____.

- Будь ласка, прости мене за...
- Тепер мені зрозуміло, що...
- Я обіцяю, що...
- Я вдячний(а) тобі за те, що...
- Я люблю тебе... Я
- Якщо стосунки з людиною завершені, можливо, підійде: «Я

відпускаю тебе з миром...»

3 етап.

Відгук на «лист-відповідь» Запропонуйте особі описати його відчуття, якби вона на справді отримав «лист-відповідь». Після запропонуйте їй написати відповідь на це послання. Дуже важливо знайти час для того, щоб виразити ті позитивні емоції (і відчуття їх), які допоможуть йому досягнути рівноваги та повернутися до свого істинного «Я». Перетворивши негативні переживання на позитивні емоції, вона зможе вийти з пастки минулого. Якщо особа зможе залікувати старі рани та витягнути з минулого уроки, то не буде більше притягувати до себе ситуації, що повторюють минуле. Зв'язавши негативні переживання зі своїм минулим і перетворивши їх на позитивні емоції, вона набуде здатності усувати внутрішні перешкоди на шляху до того, чого йому дійсно хочеться. Сім початкових фраз допоможуть йому відчуття і виразити позитивні емоції, які сприяють здобуттю контакту зі своїм істинним «Я».

Приклад відгуку на «лист-відповідь»:

Дорога (дорогий).

Твоя любов дозволила мені відчуття...

Тепер я розумію...

Я прощаю...

Мені радісно, що...

Я люблю...

Я відчуваю впевненість...

Я відчуваю вдячність за...

З любов'ю, _____ (ім'я).

Знайшовши час для вираження позитивних емоцій, клієнт тим самим може заповнити порожнечу, що утворилася внаслідок негативних переживань. Навіть якщо йому відразу стало краще після того, як він відобразив на папері свої негативні переживання, все одно потрібно витратити ще трохи часу, щоб відчуття та записати позитивні емоції.

4 етап.

Зворотний зв'язок. Запропонуйте особі висловити свої почуття та відчуття по завершенню роботи.

Вправа 5. «Методика «Будиночок»» [64]

Мета: Методика «Будиночок» спрямована на трансформацію тривожних станів, полегшення процесу адаптації до нових умов проживання, а також як емоційна опора у ситуаціях розділу з близькими чи відчуття небезпеки.

Матеріали: кольорові олівці, аркуш паперу (формату А4), фетр, шматочки різних тканин, ножиці, голки, різнокольорові нитки.

Час виконання: 35 хвилин.

Інструкція.

1 етап. Творчий:

- Клієнтам пропонується використати наявні матеріали для створення об'ємних будиночків, які символізують відчуття дому та безпеки.

- Будиночки можуть бути різної форми та розміру, але мають містити мінімум дві стіни та дахи.

- Клієнти можуть додати вікна, двері та інші елементи за бажанням.

- Віконця можуть бути заповнені фотографіями, малюнками або словесними посланнями, що мають особливе значення для клієнта.

2 етап. Шерінг:

- Створений будиночок стає емоційною підтримкою для клієнта.

- Його можна використовувати як закладку в книзі, брелок, прикрасу для одягу або предмет, який можна тримати поряд під час сну.

Ця методика допомагає клієнтам відчувати себе більш зібраними та в безпеці, а також надає можливість візуалізувати та утримувати позитивні емоційні стани і спогади.

Вправа 6. «Техніка метелик» [27]

Мета: визвати полегшення від відчуття стресу та навчити осіб долати стрес.

Матеріали: не потрібні.

Час виконання: 15 хвилин.

Інструкція.

Вправа «Метелик» допоможе заспокоїти власні думки та повернути відчуття рівноваги. Метелик - це символ трансформації.

1. Знайдіть тихе та спокійне місце. Оберіть зручне положення.
2. Закрийте очі. Покладіть руки, схрестивши їх на грудях. Ліву руку на праву ключицю, а праву - на ліву.
3. Пальцями правої руки легенько постукайте по лівій ключиці. Пальцями лівої - по правій. Протягом хвилини продовжуйте це робити по черзі.
4. Тримаючи руки, зробіть три вдихи та видихи. А про себе або вголос скажіть: «Я у спокої. Я бажаю собі спокою, здоров'я та впевненості»
5. Зробіть по три повторення: постукування, дихання, промовляння слів.
6. На завершення зробіть три глибоких вдихи та видихи.

Вправа 7. «Квадратне дихання» [97]

Мета: визвати полегшення від відчуття стресу та навчити осіб долати стрес.

Матеріали: не потрібні.

Час виконання: 10 хвилин.

Інструкція.

Дихання «4-4-4-4» досить просте. Покроковий опис вправи виглядає так:

- Прийміть зручну позу стоячи або сидячи. Можна заплющити очі.
- Зробіть вдих і одночасно рахуйте про себе: один, два, три, чотири.
- Затримайте повітря і одночасно рахуйте: один, два, три, чотири.
- Повільно видихайте, рахуючи: один, два, три, чотири.
- Знову затримайте дихання і порахуйте до чотирьох.

Дихати таким методом треба від 5 до 10 хвилин.

Вправа 8. «Техніка 5-4-3-2-1» [5]

Мета: допомогти особі зосередитись на своїх відчуттях, не зациклюючись на негативних емоціях, і повернути її у стан «тут і зараз».

Матеріали: не потрібні.

Час виконання: 15 хвилин.

Інструкція.

1. Знайдіть спокійне місце, де ви не будете відволікатися.
2. Візьміть зручну позу і глибоко вдихніть.
3. Почніть з візуального сприйняття: швидко назвіть 5 предметів, які ви бачите довкола.
4. Торкніться і відчуйте 4 різні поверхні або об'єкти, які знаходяться поблизу, і опишіть їх відчуття.
5. Сконцентруйтеся на слуху та назвіть 3 звуки, які ви чуєте в цей момент.
6. Зосередьтеся на внутрішніх відчуттях та назвіть 2 емоції або фізичні відчуття, які ви зараз відчуваєте.
7. Нарешті, назвіть 1 смак, який ви відчуваєте в роті або смак, який вам нагадує про щось приємне.

Практика усвідомленої опори — це вправа, що допомагає відчути стабільність і зосередитися на фізичному відчутті контакту з об'єктами, які надають підтримку та комфорт. Ця практика не потребує додаткових матеріалів і може виконуватися в будь-якому місці, де можна знайти стабільний об'єкт для контакту.

Зустріч 2.

Вправа 1. «Метод «Вирішення» [62]

Адаптація: Ольга Палітурка

Мета: Допомогти учасникам освідомити та опрацювати травмуючі події чи досвіди з метою зниження стресу та покращення психічного стану.

Матеріали: письмові інструменти, папір А4.

Час виконання: 25 хвилин.

Модуль 1: Поглиблення

1 етап. Актуалізація події

Інструкція: Закрийте очі і зануртеся в спогади. Пригадайте той момент у вашому житті, що був травмуючим або постійно вас переслідує. Подумайте про деталі: висловлені слова, думки, емоції, дії. Постарайтеся відтворити весь ланцюжок подій.

2 етап. Візуалізація події

Інструкція: Намалюйте ключову сцену цієї події, включаючи місцезнаходження осіб, їхні позиції, мову тіла, та додайте репліки як у коміксі. Зобразіть як явні, так і припущені репліки. Підпишіть рисунок з назвою, що відображає ваш досвід (наприклад: «Як я навчився приховувати свої емоції» або «Коли я зрозумів свою роль»).

Модуль 2: Виринаючи

3 етап. Презентація події

Інструкція для груп: Розділіться на трійки та визначте ролі: Розповідач, Слухач і Критик (або Розповідач, Опонент і Підтримувач). Розповідач ділиться історією та своїми відкриттями щодо установок у ній. Слухач задає уточнюючі питання. Критик чи Опонент висловлює сумніви до тих пір, поки Розповідач і Слухач не знайдуть просту і ефективну форму переформулювання проблеми. Підтримувач сприяє у пошуку нових рішень.

Інструкція для індивідуальної роботи: Описуйте чи обговорюйте виникаючі труднощі під час дотримання своїх правил. Які установки ви бажаєте змінити і як?

4 етап. Пошук рішення

Інструкція: Знайдіть формулювання, яке допоможе вам бути більш успішним і щасливим. Почніть з фрази «Я можу дозволити собі...». Після знаходження відповідної фрази, спробуйте її змінити на «дозволяю собі...».

Модуль 3: Напрямок до берега

5 етап. Прийняття рішення

Інструкція: Виразіть процес трансформації рішення, наприклад, від «Я можу дозволити собі...» до «Я...». Знайдіть формулювання, яке не викликає тривогу чи страх. Відчуйте, що змінилося у вашому сприйнятті себе і світу.

6 етап. Інтеграція

Інструкція: Відповідайте на питання про те, що сьогодні стало важливим для вас і які кроки ви зробите для особистісних змін.

Для підсилення нового рішення можна створити новий рисунок події з новими репліками та рішеннями.

Загальний обговорення: Учасники обмінюються досвідом, відкриттями та труднощами, з якими вони зіткнулися під час пошуку нових життєвих рішень.

Вправа 2. «Метод «Мрія про майбутнє»» [63]

Мета: Зміцнювати психологічний стан учасників, допомагаючи їм побачити позитивне майбутнє та віру.

Матеріали: стандартні аркуші паперу А4, гуашеві фарби, пензлі, стакани для води, ручки.

Час виконання: 25 хвилин.

Інструкція.

Етап 1. Уявлення майбутнього

Інструкція: Відомо, що люди можуть сприймати час по-різному і здатні мандрувати думками в минуле чи майбутнє. Сіďte зручно, закрийте очі, глибоко дихайте і з кожним видихом відпускайте турботи, думки та напругу. Уявіть годинник із стрілками, які починають прискорювати хід часу. Спостерігайте за ними, поки годинник не почне бліднути, і ви «уснете», переходячи до мрій про майбутнє. В цьому «сні» з'являться різні образи, звуки, запахи — зверніть увагу на них і зв'яжіть із вашими прагненнями. Якщо «сон» зникне, знову зосередьтеся на годиннику, щоб пережити важливі моменти, на які сподіваєтесь у майбутньому. Поверніться до реальності, відкрийте очі і потягніться.

Етап 2. Втілення «сну» у рисунок

Інструкція: Тепер перенесіть ваш «сон» на папір, використовуючи фарби. Після малювання, напишіть коротку історію про ваш «сон про майбутнє», додавши нові деталі, які спадають вам на думку. На завершення поділіться вашими малюнками та історіями з іншими учасниками.

Етап 3. Обмін враженнями

Інструкція: Учасникам запропоновано поділитися своїми думками та відчуттями, які вони пережили під час вправи, висловити свої мрії та бачення майбутнього.

Вправа 3. «Техніка простукування(теппінгу) травми» [85]

Мета: Допомогти учасникам освоїти техніку теппінгу для самопомоги при сильному або екстремальному стресі. Забезпечити можливість учасникам ефективно впливати на своє психічне становище та емоційний комфорт.

Матеріали: не потрібні.

Час виконання: 15 хвилин.

Інструкція.

Ця техніка розроблена, щоб мати справу з травмою. При теппінгу використовуються акупунктурні точки.

ТТТ- це швидка самопомога при сильному або екстремальному стресі. Ця техніка легка та дієва.

Пропонуємо зараз спробувати її на дії.

1. Спершу треба подумати, про ситуацію, яка вас турбує. Думайте, але не дуже сильно, трошки.

2. Починаємо простукувати точки. Кожну точку простукуємо 10-15 разів одним або двома пальцями- вказівним або/та середнім. Простукуємо кінчиками пальців. Важливо простукувати правильну зону, не концентруючись на конкретній точці - позитивного ефекту можна досягти шляхом впливу на загальну зону простукування.

3. Починаємо простукування з ребра ладоні, там де закінчується лінія серця. (дивись рисунок)

4. Двома руками простукуємо точку, яка знаходиться на початку ваших брів.

5. Точка зовнішнього кута ока

6. Точка орбіта під оком

7. Точка під носом

8. Точка над підборіддям

9. Точка під ключицею, де ключиця з'єднується з грудним відділом.

10. Точка з боку. Щоб її визначити: покласти протилежну долоню під пахву. Там де закінчується долоня, під мізинцем, знаходимо точку по середині. Ця точка може бути «болючою».

11. Точка на мізинці. Точка внутрішній кут нігтя. Простукувати можна як, стукаючи пальцем однієї руки по мизинцю, так і стукаючи двома мизинцями один об одній. Так і стосовно інших пальців.

12. Точка на безіменному пальці

13. Точка на середньому пальці

14. Точка на вказівному пальці

15. Точка на великому пальці.

16. Точка на ключиці.

17. Робимо 2 глибоких вдоха. Вдох носом, видих через рот.

18. Закінчили перше коло. Усього 14 точок для теппінгу.

Прислухайтесь до себе, як зараз себе відчуваєте. Що стає з вашим станом та думками. Ваш фокус уваги змінюється автоматично, що призводить до зміни думок. Продовжуйте далі теппінг. Робити можна як на праву так і на ліву руки по черзі. Тривалість одного кола ~ 2 хвилини. Варто робити 3-5 кіл, якщо стан не полегшується то можна продовжувати до 15-30 хвилин.

Вправа 4. Техніка «5 елементів»

Мета: повернути себе в «тут і тепер», укріпити зв'язок з реальністю під час стресу, виринути з під впливу емоцій та переживань.

Матеріали: непотрібні.

Час виконання: 20 хвилин.

Інструкція:

Потрібно задати собі 5 послідовних груп питань й дати на них відповідь

- Яка «картинка» перед очима? Що я зараз бачу? У цьому випадку потрібно описати реальний візуальний образ. Якщо такого немає, зацентрували свою увагу на деталі, щоб відновити повноту картинки.

- Які емоції я зараз відчуваю?
- Які тілесні відчуття? Де вони в тілі? Як вони проявляються?
- Які думки зараз у мене в голові? Про що я думаю? Може бути, що думки важко побачити, це теж нормально.

- Що для мене зараз є корисним та важливим? Що корисного та важливого для себе я зараз можу зробити?

Цикл питань можна повторювати декілька разів, до тих пір, поки відчуєте полегшення.

Вправа 5. «Техніка для заспокоєння: Я шпигую за усім зеленим» [84]

Мета: Навчитись контролювати відчуття стресу, навчитись перемикатись до реального життя.

Матеріали: не потрібні.

Час виконання: 15 хвилин.

Інструкція.

1. Проскануйте приміщення на наявність зеленого об'єкта.
2. Вимовте його уголос. Якщо не знаєте, як називається об'єкт? Дайте йому ім'я. Роздивіться уважно його властивості.

3. Знайдіть наступний зелений предмет та назвіть його. Перш ніж рухатись далі, порівняйте його з попереднім об'єктом. Цей темніший за іншого? Чим вони відрізняються?

4. Якщо у вас закінчилися об'єкти у приміщенні, вийдіть на вулицю.

Продовжуйте називати речі, доки не відчуєте себе спокійніше.

Вправа 6. «Практика усвідомленої опори» [53]

Мета практики: зосередитися на фізичних відчуттях, які надають відчуття стабільності, безпеки та комфорту, та вчитися перенаправляти увагу з негативних думок на фізичні відчуття.

Матеріали: не потрібні.

Час виконання: 15 хвилин.

Інструкція.

1. Виберіть стабільний об'єкт, до якого ви зможете торкнутися, наприклад, стіл або стіну.

2. Встаньте або сядьте так, щоб відчувати твердість підлоги під ногами або підтримку спинки стільця чи крісла.

3. Усвідомте вагу свого тіла та відчуття контакту з цими об'єктами.

4. Обгорніться пледом або візьміть в руку твердий предмет і зосередьтеся на приємних чи нейтральних відчуттях, які це приносить.

5. Експериментуйте з різними позиціями та помічайте, як змінюються ваші відчуття стабільності та опори.

6. Якщо ви відчуваєте негативні емоції під час практики, повертайте свою увагу до відчуттів, які приносять вам відчуття безпеки і комфорту.

Вправа 7. «3 до 5».

Мета: навчитись проживати свої емоції, не зациклюючись на них.

Матеріали: не потрібні.

Час виконання: 20 хвилин.

Інструкція.

Даний метод допомагає повернути людину в реальність. Для цього знаходитися поруч повинен попросити його:

- Швидко назвати 5 кольорів, які він зараз бачить перед очима.
- Назвати 5 звуків, які він чує в даний час.
- Назвати 5 відчуттів свого тіла в поточний момент.

Після таких вправ людина зазвичай повертається в стан «тут і зараз». При необхідності можна додатково грюкнути долонями перед особою, як би даючи сигнал.

Вправа 8. «Рефлексія та прощання»

Мета: закріпити знання та завершити програму.

Матеріали: не потрібні.

Час виконання: 15 хвилин.

Інструкція.

Ведучий дає можливість кожному учаснику дати зворотній зв'язок, висловитись:

1. На цій програмі я...
2. Основне, чого я навчився на наших заняттях...
3. Більше за все мені запам'яталось...
4. Мені на дуже сподобалось, що під час програми...
5. Я б хотів(ла), щоб при проведенні наступних програм фахівець...
6. Думаю, що після програми зміниться...
7. Мені більше за все сподобалося, що під час програми...