

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

До захисту допустити:  
В.о. завідувача кафедри  
Ірина ДЕСНОВА  
(П. ....) (ПІБ)  
завідувача кафедри  
«08» січня 2024р.

**«Застосування технік тілесно-орієнтованої терапії як засобу роботи з панічними атаками у внутрішньо переміщених осіб»**

Кваліфікаційна робота здобувача вищої освіти другого (магістерського) рівня вищої освіти освітньо-професійної програми «Практична психологія»

**Петров Дмитро Сергійович**

Науковий керівник:

**Блашкова О.М.**

кандидат педагогічних наук,  
доцент кафедри практичної психології

Рецензент:

кандидат психологічних наук, професор,  
завідувач кафедри психології освіти  
Кам'янець-Подільського національного  
університету імені Івана Огієнка

**Дуткевич Тетяна Вікторівна**

Кваліфікаційна робота захищена  
З оцінкою 78С  
Секретар ЕК Анастасія ВАГАБОВА  
«16» січня 2024 р.



Київ – 2023

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ЗАСТОСУВАННЯ ТЕХНІК ТІЛЕСНО-ОРІЄНТОВНОЇ ТЕРАПІЇ В РОБОТІ З ПАНІЧНИМИ АТАКАМИ.....	7
1.1. Психологічна характеристика панічних атак.....	7
1.2. Особливості застосування технік тілесно-орієнтованої терапії під час роботи з ВПО.....	18
Висновки до розділу 1.....	28
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ТЕХНІК ТІЛЕСНО-ОРІЄНТОВАНОЇ ТЕРАПІЇ З ВИМУШЕНО ПЕРЕМІЩЕНИМИ ОСОБАМИ.....	30
2.1. Організація дослідження та обґрунтування вибору методик діагностики.....	30
2.2. Результати експериментального дослідження.....	37
2.3. Опис психокорекційної програми для роботи з панічними атаками у ВПО засобами тілесно-орієнтованої терапії.....	65
Висновки до розділу 2.....	74
ВИСНОВКИ.....	78
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	82

## ВСТУП

В сучасному українському суспільстві особи, які прожили різного роду екстремальні ситуації, зазнали негативного впливу психотравмуючих подій, в тому числі і воєнні дії, а також які були змушені змінити місце проживання, можуть зазнати тяжких наслідків, які викликатимуть серйозні порушення психічного здоров'я, провокуватимуть нервові зриви та розлади, затяжну депресію, депривацію, інколи, на жаль, бажання скоїти суїцид.

Психологічну травму в людини можуть спровокувати також загибель рідних, втрата житла, шахрайство, фінансовий крах, навмисний обман, тощо. Професійна діяльність психологів власне і пов'язана із наданням психологічної допомоги дітям та дорослим, які прожили травмуючу ситуацію в житті. Однією із таких травмуючих ситуацій, є несподіване, неплановане ситуативне, швидке рішення про зміну житла, місця проживання та миттєву, кардинальну зміну всього життя мільйонами українців після повномасштабного вторгнення російської армії у 2022 році.

Опираючись на індивідуально-психологічні чинники, кожна людина по-своєму проживає складні життєві ситуації. Але, наслідки від прожитих психологічних криз присутні майже завжди. Проявами індивідуальної реакції на важкі, травмуючі події можуть бути панічні атаки. Особливо, коли людина не має достатнього ресурсу самостійно подолати несподівані проблеми, які виникли у житті.

На думку фахівців психології, медицини А. Арнц, І. Бідюк, О. Бондарук, С. Варламової, О. Вовченко, О. Войтенко, Т. Волкової, С. Герасіної, Т. Гречко, О. Дзюбенко, П. Жавнерова, Г. Живцової, Н. Єрчкова, С. Занюк,

А. Зуєвої, Т. Кириленко, А. Кузник А. Куш, О. Мамчур, А. Ніколаєнко, С. Носова, В. Огоренко, М. Патруль, А. Петренко, В. Проніної Н. Чайкіної, Дж. Франчесеті, В. Райха, І. Ревуцької, Р. Сірко, О. Скнар, С. Томчук, О. Туриніна, А. Штикер, В. Шустерман, Л. Юревої, Л. Юдіної, І. Ясточкіної та інших, наукові дослідження яких торкаються вивчення понять панічних атак, причин їх виникнення, факторів, чинників які їх провокують, тривожних станів, стресу та психоемоційного стану особистості, для надання ефективної якісної психологічної допомоги з подолання панічних атак необхідно використовувати комплексний підхід.

Обов'язково зважаючи на конкретну індивідуальну ситуацію, психолог може обирати для роботи з внутрішньо переміщеними особами, які пережили важку травмуючу ситуацію необхідні раціональні методи, або ж застосовувати ефективний тілесно-орієнтований підхід, роботу з образами чи працювати з несвідомим.

Враховуючи сучасні погляди біопсихосоціальної парадигми психічних розладів, важливо оптимізувати психотерапевтичний процес в роботі з дітьми та дорослими, які пережили різні психотравмуючі ситуації. Для цього варто використовувати не лише якісні психофармакологічні препарати, а й працювати над удосконаленням психотерапевтичних програм, опираючись на інтегральний та мультимодальний підходи.

Зазначимо, що завдяки такому підходу стає можливим поєднати техніки різних психотерапевтичних напрямків роботи синтезуючи базові етіопатогенетичні уявлення та теоретичні основи психології.

Саме тому вважаємо доречним розглянути актуальну проблему можливості інтеграції деяких тілесно-орієнтованих технік в процесі подолання панічних атак людьми, які пережили травмуючу ситуацію – зміну життя та місця проживання.

**Об'єкт дослідження** – панічні атаки у вимушено переміщених осіб.

**Предмет дослідження** – застосування технік тілесно-орієнтованої терапії в роботі з панічними атаками.

**Мета дослідження** полягає у теоретичному обґрунтуванні та емпіричному дослідженні індивідуально-психологічних характеристик прояву панічних атак у вимушено переміщених осіб та можливість їх подолання техніками тілесно-орієнтованої терапії.

**Завдання:**

1. Здійснити теоретичний аналіз наукових джерел присвячених проблематиці панічних атак.
2. Ознайомитися з особливостями використання тілесно-орієнтованих технік в роботі з панічними атаками.
3. Підібрати комплекс психодіагностичних методик та провести емпіричне дослідження щодо виявлення схильності до панічних атак;
4. Запропонувати психокорекційну програму подолання панічних атак техніками тілесно-орієнтованої терапії.

**Теоретико-методичною основою наукового дослідження є :** теоретичні положення вивчення індивідуально-психологічних особливостей особистості з панічними атаками, панічні атаки у дітей і дорослих (І. Бідюк, О. Вовченко, О. Дзюбенко, С. Герасіна, А. Куц, В. Проніна); вивчення психосоматики, психоемоційних розладів особистості, психосоматики депресії та панічної атаки (О. Бондарчук, А. Зуєва, О. Ігумнова, А. Петренко, І. Ревуцька, Н. Чайкіна, А. Штикер); дослідження емоційної сфери особистості (С. Варламова, О. Волошок, Т. Кириленко); дослідження тривожності і тілесно-орієнтована терапія (О. Войтенко, О. Галієва, Г. Живцова, Т. Іванова, А. Кузник, М. Патруль, О. Скар, І. Юдіна); психологічне консультування осіб із панічними атаками (Т. Волкова, Дж. Франчесетти); вивчення страху та панічних атак (П. Жавнеров, О. Осадько, О. Туриніна).

**Методи дослідження:**

- 1) теоретичні: дедуктивні та індуктивні; узагальнення, систематизація, аналіз, синтез наукової літератури;

- 2) емпіричні методи;
- 3) методи математично-статистичної обробки даних; методи кількісного опису даних (підрахування абсолютних величин).

**Наукова новизна дослідження** полягає у тому, що вирішення завдань підтримки психічного здоров'я та подолання панічних атак у вимушено переміщених осіб, техніками тілесно-орієнтованої терапії, сприятиме наданню практикуючим психологам якісної, професійної психологічної допомоги ВПО у регуляції їх психічного стану, підтримки психічної стійкості та вирішенню особистих проблем.

**Апробація результатів науково дослідження.** Результати дослідження відображено у науковій публікації:

1. Петров. Д. Значення психоемоційних станів та індивідуально-психологічних характеристик особистості в роботі з панічними атаками ВПО (подана до друку).

**Структура роботи.** Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел (44), додатків. Загальний обсяг роботи становить 85 сторінок друкованого тексту, в тому числі 81 сторінка основного тексту, 2-х таблиць, 28 діаграм, додатків.

## **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ЗАСТОСУВАННЯ ТЕХНІК ТІЛЕСНО-ОРІЄНТОВНОЇ ТЕРАПІЇ В РОБОТІ З ПАНІЧНИМИ АТАКАМИ**

### **1.1. Психологічна характеристика панічних атак**

Життєдіяльність людини, її поведінка, будь-яка активність взагалі зумовлені власними емоційними станами та наповнені позитивними або негативними переживаннями. Відповідь, як реакція людини на будь яку подію може відображатися задоволенням або незадоволенням від тих подій, які відбуваються в її житті.

Враховуючи те, що негативні психічні стани, важкі переживання, безумовно впливають на соматичні прояви, загальний психічний стан особистості практикуючі психологи, дослідники все більше звертають увагу на важливість роботи з такими проблемами. Особливо, враховуючи ситуацію війни, в яку потрапило населення України.

За даними засобів масової інформації, станом на 2023 рік в Україні нараховується близько 4,9 млн осіб, які належать до категорії вимушено переміщених осіб. Після повномасштабного вторгнення російської армії на територію України, із 4.9 млн осіб, після 24 лютого 2022 року, 3,6 млн осіб – набули статусу ВПО [16].

Коротко розглянемо законодавчо-нормативну базу з визначення поняття «внутрішньо переміщена особа» (ВПО).

В Україні усі особи, які належать до категорії вимушено переміщених захищені Законом України, від 2014 року, у новій редакції від 03.08.2023 року «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб» де було вперше запропоновано термін «внутрішньо переміщена особа».

Відповідно до ст.1 цього Закону внутрішньо переміщеною особою є громадянин України, іноземець або особа без громадянства, яка перебуває на території України на законних підставах та має право на постійне місце проживання в Україні, яку змусили залишити або ж покинути своє місце проживання у результаті або з метою уникнення негативних наслідків збройного конфлікту, тимчасової окупації, повсюдних проявів насильства, порушень прав людини та надзвичайних ситуацій природного чи техногенного характеру [17].

Внутрішньо переміщена особа є окремим суб'єктом в праві соціального забезпечення. Це визначається закріпленням за нею окремим правовим статусом та визначеними нормативно-правовими актами прав, обов'язків, заходів соціально-забезпечувального характеру, у створенні умов для захисту своїх прав.

До таких прав належать права на отримання належного матеріального забезпечення, соціального страхування та виплат; на сприяння у переміщенні рухомого майна; на забезпечення лікарськими засобами у випадках та порядку визначених законодавством України; надання необхідної медичної допомоги в державних та комунальних медичних установах; праві на освіту та влаштування дітей в дошкільні та загальноосвітні заклади освіти за місцем перебування; отримання соціальних та адміністративних послуг; забезпеченні права на зайнятість, пенсійне забезпечення, освіту, реабілітаційні послуги тощо, згідно ст. ст. 7, 9 Закону [17].

У даному законодавчому акті зазначено про те, як поводитися людям у статусі ВПО та як діяти населенню у кризових ситуаціях стосовно переміщення та зміни місця проживання. Зазначено також, про можливість



отримання освіти, житла та медичних і реабілітаційних послуг у разі потреби.

Стає зрозумілим, що люди, які належать до категорії ВПО мають право на психологічну допомогу та підтримку у кризових життєвих ситуаціях. Кваліфіковану допомогу подолати надзвичайно складні життєві труднощі надає психолог, психотерапевт, у крайніх випадках психіатр.

Вагому частку допомоги надання первинної соціальної підтримки внутрішньо переміщених осіб беруть на себе практикуючі психологи, адже кожна людина потребує не лише матеріальної допомоги, а й психологічної підтримки.

Як зазначають А. Куц та С. Герасіна, все частіше зустрічаються люди, які страждають від панічних атак. Оскільки це є важкі психоемоційні стани, що завдають дискомфорту людині на побутовому та особистому рівні життя. Такі переживання можуть викликати серйозні проблем та захворювання організму заважаючи повноцінному, природному функціонуванню та психічній діяльності особистості [24, с.79].

О. Вовченко, досить вдало висвітлила ситуацію стресу, зміни настрою, емоційних станів, присутності шоку в людей, які опинилися у ситуації війни після повномасштабного вторгнення. І, ці думки, які запропонуovala авторка, стосуються не лише людей вимушено переміщених.

Розглянемо детальніше. Українці, які прокинулися вранці 24 лютого 2022 року у своїх домівках, з того дня та упродовж перших 6-ти місяців, 1-го року повномасштабного вторгнення проживали, відчували та переживали різного спектру стани, емоції та почуття. Почуття та емоції варіювали від стану шоку, стресу, несподіваності до ейфорії, від того, що народ об'єднався, держава підтримує військових і цивільних, від тих новин, що військові вирушили на лінії фронту і стали на наш захист. Населення країн вірило в те, що скоро все закінчиться і наступить мир. Відповідно, кожна людина яка проживає на території України проживає цілий спектр емоцій і почуттів, за

словами авторки людина має «постійні хвилі настрою», що залежить від типу темпераменту та інших факторів [6, с.1].

На психіку людей був здійснений величезний тиск, але організм людини має відповідні ресурси та механізми захисту, які допомагають індивіду витримати кризові ситуації та приймати правильні рішення. Головне завдання психіки людини і полягає в тому, щоб вберегти людину.

Авторка визначали наступні «хвилі настрою»:

**Перша хвиля «Синхронізація»** – колективна система тривоги, яка притаманна навіть мавпам, саме тому людина, яка знаходиться в небезпеці намагається попередити своїх рідних, друзів, сусідів. Але провина та зневіра це також емоції, які синхронізуються та викликають такі ж переживання в інших. Коли людина перебуває на «цій хвилі» не можна допускати того, щоб людина зневірилася в собі та відчувала себе безпорадною і непотрібною. Варто пояснювати людині що ми всі є складовою одного цілого і ми всі взаємодіємо та взаємозалежні один від одного.

**Друга хвиля «Очікування»**, людина може відчувати розчарування і відчай, якщо реальна ситуація не відповідає її очікуванням. Таку хвилю проживає людина якщо ситуація з завершенням війни та збройного нападу не виправдала її сподівань на швидкий мир. Варто пояснювати людині, що чим менше очікуєш, тим менше переживаєш розчарувань, це стосується і воєнного і поствоєнного періоду. Варто говорити про те, що чітких часових рамок не має, і ніхто не може точно гарантувати коли все закінчиться. Головна увага людини має бути звернена на те, щоб максимально оберегти себе та своїх рідних, та «вчитися жити в моменті».

**Третя хвиля «Самопочуття»** - настрій людини змінюється кількаразово упродовж дня, тижня, місяця, тому варто вчитися приділяти увагу собі. Для цього людина має намагатися раціонально харчуватися, відпочивати та приділяти достатньо часу на сон. Відчувати себе і підтримувати себе – це головна умова збереження себе для подальшого повноцінного функціонування [с.2].

Наукові дослідження понять панічних атак, причин їх виникнення, факторів, чинників які їх провокують, тривожних станів, стресу та психоемоційного стану особистості лягли в поле зору ряду науковців А. Арнц, І. Бідюк О. Бондарук, С. Варламової, О. Вовченко, О. Войтенко, Т. Волкової, С Герасіної, Т. Гречко, О. Дзюбенко, П. Жавнерова, Г. Живцової, Н. Єрчкова, С. Занюк, А. Зуєвої, Т. Кириленко, А. Кузник А. Куц, О. Мамчур, А. Ніколаєнко, С. Носова, В. Огоренко, М. Патруль, А. Петренко, В. Проніної Н. Чайкіної, Дж. Франчесеті, В. Райха, І. Ревуцької, Р. Сірко, О. Скнар, С. Томчук, О. Туриніна, А. Штикер, В. Шустерман, Л. Юревої, Л. Юдіної, І. Ясточкіної та інших.

Для коректного висвітлення матеріалу дослідження розглянемо основне поняття «*панічні атаки*», як різновид психоемоційного стану особистості.

Як зазначають А. Куц, С. Герасінова, під поняттям *панічна атака* розуміється раптовий, неочікуваний психоемоційний стан людини, який супроводжується неприємними тілесними відчуттями такими як поява задухи, запаморочення, пітливість, тремтіння та поколювання в кінцівках, тощо. Досить часто такий стан виникає при фобіях та психічних розладах.

Як підкреслюють автори, часто використовуються і інші визначення даного психоемоційного стану людини: «симптоадреналіновий криз», «кардіоневроз», «вегетативний криз», що є свідченням порушення роботи вегетативної нервової системи організму [24, с.79].

Т. Волкова підкреслює, що *панічна атака* є раціонально непояснювальний і практично неконтрольований, випадковий прояв тривоги вкрай високої інтенсивності. Симптоматично може проявлятися вегетативними, емоційними, когнітивними та поведінковими реакціями людини. Панічна атака це страх, тривожність, але почуття не завдають шкоди організму. Панічні атаки суб'єктивно перебиваються досить важко [8, с.2].

До таких проявів належать прискорене серцебиття, прискорене дихання, підвищене потовиділення, запаморочення, тремтіння тіла,

сплутання думок, розлади кишково-шлункового тракту. Виникає такий стан як захисна реакція організму, що полягає у перерозподілі потоку крові, коли менша кількість крові надходить до головного мозку, і більша частина надходить до різних частин тіла. [8, с.31, 33].

О. Бондарук та А. Зуєва, характеризуючи поняття «*панічна атака*» зазначають, що це є раптове почуття страху, яке виникає тут і тепер і ніяк не пов'язане з поточною ситуацією. Основна проблема панічних атак, на думку авторів, завжди ховається в душевних та емоційних конфліктах, які були запрограмовані в глибокому дитинстві особистості. При панічній атаці відбувається своєрідне знаття напруги, яке довгий час «тримало» людину, так званий природний спосіб утилізації психоемоційного напруження.

Автори також зазначають, що з такими відчуттями не варто боротися, потрібно лише прислухатися до себе і йти в цей стан, не варто боятися його. Тоді паніка пройде швидко, і, можливо стане зрозуміло, з якими травмами вона була пов'язана [3, с.104].

О. Вовченко так характеризує поняття *панічна атака* як раптовий притуп сильного страху. *Її симптомами виступають*: гучне серцебиття, виникнення відчуття задухи, недостатності повітря, тому людина починає швидше дихати, що може спровокувати запаморочення та нудоту; запаморочення може спровокувати судоми в тілі, які здатна відчути лише людина, але оточуючим вони не помітні; можливе оніміння кінцівок, шиї, тремор у тілі, підвищене потовиділення. При цьому у людини виникають думки типу «все, я втрачаю контроль над собою» у людини виникає відчуття страху та паралічу у всьому тілі.

Авторка підкреслює, що від панічних атак людина не може померти, але тривалість самого нападу може бути від 5 до 30 хвилин, що залежить від того наскільки виснажений організм [6, с.2].

На думку інших авторів, головним *симптомом панічної атаки* є неочікуваний, на перший погляд такий, що не має миттєвої причини, напад

тривоги і страху. При цьому спостерігаються неприємні відчуття в організмі людини: труднощі дихання, запаморочення, тремтіння, тощо [24, с.80].

Зазначені симптоми можуть тривати певний час, від 5 до 20 хвилин, зникаючи, має зникати й відчуття страху та небезпеки. Діагноз панічна така не може бути поставлено, якщо не виключено можливі фізіологічні захворювання організму (наприклад, серцеві).

Виділяють *панічні атаки «очікувані»* та *«несподівані»*.

*Панічна атака очікувана* виникає в момент тривожної ситуації та пов'язана з основною причиною наявного розладу, коли людина переживає страх від того, що спостерігає об'єкт чи предмет, який у неї викликає відчуття страху (людина панікує коли спостерігає великий, неконтрольований потік води).

Люди, у яких часто вникає панічний розлад намагаються уникати місць або ситуацій, які можуть викликати напад панічних атак, таким чином свідомо обіграючи себе. Частими є випадки, коли люди шукають допомоги у медичних закладах, опікуючись наявними фізіологічними захворюваннями, не звертаючи увагу на свій психічний стан.

Під *несподіваними панічними атаками* розуміють такі, які виникають раптово, несподівано.

*Панічну атаку* необхідно розмежовувати від *панічного розладу*, який визначається як психічне захворювання, яке характеризується постійними панічними атаками або повторюваним, загостреним відчуттям тривоги. Наявність панічної атаки саме по собі не є свідченням панічного розладу, але людина у якої виникає власне панічний розлад періодично є під впливом атак [8, с.31].

Панічна атака, на думку авторів, може спровокувати раптовий приступ тривоги, який може закінчитися падінням у непритомність або ж істеричним нападом [24, с.80]. Приступи панічної атаки можуть розпочатися навіть у тих випадках коли людина знаходиться у закритому просторі, в метро, в натовпі людей з обмеженою можливістю руху, тощо.

Під час нападу кожної нової панічної атаки у людини виникає відчуття що все закінчиться жахливо, людина вірить в негативну ситуацію, яка не була реальною. Людина вірить, що цього разу атака точно закінчиться з негативними наслідками [8, с.31].

*Панічна атака* вважається такою, якщо медичним обстеженням виключено будь яке фізіологічне захворювання, що може бути присутнім в організмі людини та викликати тривожні стани. Циклічність прояву панічної атаки має бути в межах від 1 до 2 нападів на місяць, тобто бути повторюваними періодично.

Як зазначає Т. Волкова, виділяють три основні групи чинників, що провокують виникнення панічних атак:

1. *Біологічні*, різноманітні гормональні перебудови, що виникають в організмі людини (вагітність, початок статевого життя);
2. *Фізіологічні*, такі які виникають через сильну алкогольну інтоксикацію, вживання наркотичних речовин, лікарських препаратів, надмірне фізичне навантаження;
3. *Психогенні* є провідними чинниками виникнення панічних атак, адже до них належать складні психотравмуючі ситуації та події, що проживає людина, дистрес, ситуації в яких людина не може знайти вихід.
4. *Абстрактні психогенні чинники* – такі, які впливають на психіку через книги, інформацію, ЗМІ, фільми, тощо [8, с.31].

Що ж головних *причин*, які викликають *панічні атаки* дослідники визначають:

1. *Спосіб життя людини* – нерегулярне, неповноцінне харчування, зловживання енергетичними напоями, алкоголем, наркотичними речовинами, недосипання та гіподинамія, малорухливий спосіб життя;
2. *Відсутність навичок до самоаналізу та саморефлексії*. Вміння відкладати вирішення проблем «на потім», витіснені почуття страху та почуттів, незадоволеність собою та власним життям, провокують виникнення

тривоги, невпевненості, переживання та фіксація на важкому, невдалому періоді життя;

3. *Біологічні фактори* та розлади роботи ендокринної системи, що викликають гормональні порушення, особливо у жінок (вагітність, клімакс, період лактації), початок статевого життя, вживання гормональних препаратів та контрацептивів, менструальний цикл або його нециклічність, алкогольні ексцеси, метеотропні фактори, надмірні фізичні навантаження та заняття спортом;

4. *Фіксація, закріплення стійкої «панічної» реакції на відповідні проваючі місця* де виникала панічна атака раніше. Для цього вкрай важливим, щоб людина розуміла та усвідомлювала можливе настання панічної атаки, та допомагала собі самостійно, з метою зниження її ескалації.

5. *Психологічні чинники.* Ті кризові стани, які можуть виникати у будь якої людини незалежно від ситуації. Часто панічні атаки можуть виникати у людей з акцентуованими рисами характеру, з надмірною чутливістю та сенситивністю, реактивністю, підвищеною тривожністю, демонстративним типом поведінки, схильністю до переживання депресивних станів [24, с.81].

На думку О. Дзюбенко, причиною виникнення *панічної атаки* можуть бути труднощі пов'язані з адаптацією людини до умов життєдіяльності. Панічні атаки можуть бути як наслідок неадаптованості чи дезадаптованості особистості, тобто те, що викликає труднощі у процесі адаптації може бути чинником, який проваює атаку [12, с.108].

Досліджуючи виникнення панічних атак варто звернути увагу на подібність із проблемами адаптації та дезадаптації особистості. Оскільки період адаптації до нових умов, що виникають у житті внутрішньо переміщених осіб, досить часто супроводжується розбалансуванням, послабленням реакцій вегетативної нервової системи, та є подібним до проявів нападу паніки.

На думку Н. Чайкіної, *панічні атаки* можуть виникати як наслідок напригноблені стреси, досить часто неусвідомлені людиною, коли організм не має ресурсів самостійно справитися з негативними впливами оточуючого середовища. Наприклад, синдром панічних атак може мати прояв навіть від невірною або невдало обраного стилю виховання дитини юнацького віку. Коли батьки висувають занадто високі вимоги до своїх дітей, піддають їх постійній, жорсткій критиці, коли дитині не вдається задовільнити високі очікування батьків, якщо присутні конфлікти та чвари у сім'ї, тощо.

Наприклад, у разі виникнення панічних атак у підлітків, які були спровоковані таким чинниками, можуть спостерігатися деструктивні зміни поведінки та радикальні зміни у формуванні світогляду, можуть виникати бажання саморуйнування та небезпечної поведінки. Інколи, підлітки можуть проживати відчуття сорому та непереборне бажання помститися [36, с.527].

Проаналізувавши наукові джерела, О. Дзюбенко підводить підсумок, що подібність полягає ще й у тому, що «труднощі соціально-психологічної адаптації людини також мають негативні емоційні переживання, виникає нездатність адекватно оцінити ситуацію та неможливість знайти раціональний вихід із складного становища» [12, с.109].

Авторка зазначає, що психогенна теорія адаптаційних порушень визначає такі домінуючі чинники розвитку панічних атак: перший чинник, що визначається складними життєвими ситуаціями, у яких під впливом дистресу, психофізіологічні, соціальні та психологічні механізми не можуть забезпечувати адекватне відображення та регуляторну діяльність організму, через брак резервних можливостей людини. Тому може виникати «злам» динамічних стереотипів центральної нервової системи, які функціонували в онтогенезі, і виникає психічна дезадаптація або криза.

Другим чинником адаптаційних труднощів, які викликають напад панічних атак, виступає зміна ситуації соціального розвитку, яка в свою чергу необхідність реконструкції створеного модусу адаптаційної поведінки [12, с.111].



Досліджуючи психологічні особливості психосаморегуляції особистості при панічних атаках, Н. Чайкіна зазначає, що згідно з *теорією впливу гормонального фактору* на стресову ситуацію, гормони дофамін, адреналін, норадреналін, які виробляються в мозковій частині надниркових залоз, запускають дію катехоламінів. *Панічна атака* або ж *психовегетативний синдром*, це стан тяжкої тривоги, яка проявляється у вигляді безмістовного страху, поєднуючись з вегетативними (соматичними) симптомами. Підвищення рівня катехоламіну, відбувається в нервових тканинах, відбувається викид адреналіну і людина відчуває панічну атаку.

Аналізуючи *теорію генетичного фактору*, авторка підкреслює, що за виникнення панічної атаки відповідають генні ділянки, в яких вона закодована і зумовлена. Механізмом її запуску виступає поштовх, і цим поштовхом може бути хвороба, генетичні успадкування, емоційний стрес, травмуючі ситуації чи події негативного характеру [36, с.526].

Що ж до *психоаналітичної теорії*, то відомо, що панічні атаки пов'язані з внутрішньоособистим конфліктом, який і стає причиною симпатoadреналічного кризису. Через постійне придушення емоцій, і відсутність психологічної розрядки, виникає виснаження захисних механізмів організму.

Згідно *когнітивно-поведінкової теорії*, панічні атаки провокуються страхами, які переживає людина, що з'являються в складних ситуаціях. Так, досить часто людина сприймає прискорене серцебиття як предвісники смерті.

Навіть при різних змінах положення тіла, коли виникає недостатність насичення кров'ю та киснем головного мозку у людини може виникнути відчуття панічної атаки [36, с.526].

Як підкреслює Дж. Франчесеті, виникнення та вплив панічних атак на організм людини може здійснювати ноогенний невроз, тобто коли людина втрачає смисл життя. А такого плану неврози можуть виникати після важких травмуючих подій, як-от смерть близьких людей, втрата житла та постійного місця проживання, руйнування усталеного способу життя, зради або

розлучення. Як зазначає автор, на фоні такого синдрому часто виникають та розвиваються фобії, наприклад: лісофобія - страх втратити контроль за власною поведінкою, страх отримати психічне захворювання, епілепсією; також досить часто у людей виникає страх смерті - танатос [37].

П. Жавнеров характеризує панічні атаки як такі, які не мають нічого спільного з психічною патологією, адже збій у роботі відбувається лише в вегетативній нервовій системі. На виникнення порушення роботи вегетативної нервової системи мають вплив як незначне емоційне перенапруження будь який стрес) так і зовнішні фактори (подразник такі як гучний звук, шум, запах, світло). В свою чергу такі стимули можуть викликати швидке і інтенсивне вивільнення гормону адреналіну та спровокувати виражену вегетативну реакцію організму [13].

Під час нападу панічної атаки, як підкреслює автор, людині досить важко повернути себе до реальності, сприйняти її та повірити, що загроза її життю минула і смерть не наступила. Тривалість нападу панічних атак може коливатися від кількох хвилин до годин із вираженими вегетативними симптомами, або ж бути короткотривалою і не мати жодних наслідків [13].

## **1.2. Особливості застосування технік тілесно-орієнтованої терапії під час роботи з ВПО**

Як зазначає Т. Волкова, психологічне консультування з приводу подолання панічних атак є чи не найзатребуванішим з боку клієнтів, які звертаються за допомогою до психолога. Це можна пояснити тим, що запобігти нападу атак набагато легше, ніж долати негативні наслідки, які вони можуть спровокувати. Авторка підкреслює, що все більше зустрічається число осіб з синдромом панічних атак, в тому числі дорослих та дітей, що чинять все більший вплив на соціально-психологічні, економічні аспекти життя і здоров'я суспільства [8, с.30-31].

Тому, для ефективного психологічного консультування застосовуються такі психотехнології, які спрямовані на ослаблення тривоги, формування

позитивної установки на подолання труднощів, розвиток затребуваності та соціальної захищеності, актуалізацію усіх резервних можливостей організму людини.

У роботі сучасних психологів для подолання панічних атак використовується багато ефективних методів, у тому числі і техніки тілесно-орієнтованої терапії.

Власне робота з тілом є тим найкращим та найдоступнішим методом, який дозволить віднайти себе, відчувати себе та відновити втрачений зв'язок. Таке відновлення допомагає людині розуміти суть життя, власні мотиви та потреби, які впливають та визначають поведінку та стиль життя, і що вкрай важливо, відчуття себе допомагає розуміти ситуації та приймати конструктивні рішення.

Тілесно-орієнтована терапія належить до напрямку психотерапії, де психологічні проблеми пацієнтів розглядаються у тісному зв'язку з особливостями функціонування їхнього тіла.

Відмінність такого напрямку психотерапії полягає у відсутності протиставлення тіла стосовно розуму індивіда, де увага звернена на глибинні тілесні відчуття та на їх пряме дослідження, на процес декодування прихованих, подавлених потреб і бажань людини, які були приховані у тілі; та на застосуванні рухової активності, як одному із найефективніших методів діагностики та аналізу суті наявних проблем, їх вираженості, можливості довільного та спонтанного прояву.

Застосування технік тілесно-орієнтованої терапії ефективно працює під час роботи з неврозами, наслідками психічних травм, посттравматичними стресовими розладами, депресивними станами, психосоматичними порушеннями.

Тілесно-орієнтований підхід має низку переваг над іншими, вербальними методами, оскільки самі техніки не піддаються критично-оцінювальному аналізу з боку свідомості. Такі техніки набагато швидше

допомагають відновленню та зняттю стресу, надають більше ресурсу, щоб прожити складну життєву ситуацію.

Як зазначає С. Занюк, в сучасному світі де кожного дня, люди проживають складні, непередбачувані життєві події, змушені приймати важкі рішення, змінювати місце проживання, по-новому будувати життя, саме робота з власним тілом, над вмінням його відчувати та розуміти є вкрай важливою. І, саме відчуття себе, розуміння своїх потреб та бажань, можливість їх задоволення та підтримання сталого балансу в організмі, можливо забезпечити через відновлення повноцінного життєвого ресурсу [19, с.33, 35, с.75].

Одними із найефективніших технік тілесно-орієнтованої терапії є саме **дихальні вправи**. Взагалі, будь які дихальні вправи допомагають відновити ритм дихання, підвищують відчуття внутрішньої стабільності.

Ефективно допомагають подолати напади панічних атак з спектру тілесно-орієнтованої терапії **рухові вправи** – допомагають вивільненню негативної енергії та психоемоційної розрядки, **фізичний контакт** у вигляді **дотиків, погладжування, самомасаж** – допомагають зняти м'язове напруження, розслабитися та швидше заспокоїтися [27, с.135-146 ].

Тілесно-орієнтовані техніки досить поширенні в застосуванні у різних терапіях та видах психологічної допомоги, адже за їх допомогою людина може краще та швидше впоратися із емоційною, фізичною напругою, впоратися з поганими думками, тривожністю та прийняти правильні рішення. Адже під час нападу панічних атак, м'язи тіла піддаються сильному напруженню, тому з метою навчання людини довільному розслабленню м'язової системи, у психокорекційних програмах рекомендуються та застосовуються релаксаційні техніки. О. Туриніна, зазначає, що оволодіння такими навичками допомагає людині регулювати напругу власного тіла та вміти розслабити його за бажанням [35, с.74].

Враховуючи загальні рекомендації проведення релаксаційних вправ, варто дотримуватися правила «самотності», аби сторонні люди не заважали

своєю присутністю виконувати необхідні вправи та техніки. Ситуація сучасного життя, яка також визначається режимом «онлайн» дозволяє виконати умову конфіденційності, таким чином, що людина, займаючись, може вимкнути камеру і залишатися на зв'язку. Людина, яка може розслаблено виконувати необхідні вправи швидше досягає рівноваженості психічного та фізичного стану.

Проаналізувавши теорію В. Райха, у своєму дослідженні, А. Кузник зазначає, що захисти організму, які накопичуються впродовж життя людини, мають місце «зберігання» саме у м'язовій системі нашого організму. Чим більше накопичення, тим швидше це викликає відчуття так званого «м'язового чи психологічного панциру».

Як зазначається у теорії В. Райха, таке хронічне м'язове напруження має здатність блокувати вільний потік енергії, щодо ж до заблокованих емоцій, то вони залишаються в тілі людини у тому випадку, якщо були стримані та не проявлені на зовні. Тобто, в організмі людині збирається все те, що не було досягнуто, не реалізовано та не отримано впродовж життя і виявляється це тривожністю, гнівом, страхами. Тільки коли людина повністю проживає емоцію, ця емоція вивільняється з тіла [44, 28, 27, с.135-146]

Тому, обрані техніки тілесно-орієнтованої терапії мають місце у нашому дослідженні, як один із ефективних методів допомоги людям, що пережили вкрай складну ситуацію та були змушені кардинально змінити власне життя.

Розглянемо детальніше можливості тілесно-орієнтованих технік.

Якщо в людині присутні «очні затискачі» - подолати їх можна виконавши гімнастики для очей, стимулюючи роботу мімічних м'язів обличчя;

виконання вправ артикуляційної гімнастики допомагає звільнитися від «оральних затискачів»;

співаючи улюблені пісні, проговорюючи віршики та скоромовки – пропрацьовуються «горлові затискачі»;

подолати наявні «затискачі діафрагми та легень» можна за допомогою виконання дихальних вправ та систематичних фізичних навантажень;

від «тазостегнових затискачів» можна позбутися танцями, ходіннями босоніж та різними вправами для ніг [28,44, 27, с.135-146]

Що ж до методів лікування панічних атак, важливим є застосування комплексних психологічних методів поєднуючи з медикаментозним лікуванням. Серед медикаментозних методів лікування застосовують лікування антидепресантами і бензодіазепінами, та психотерапевтичні методи. До психотерапевтичних методів належить і тілесно-орієнтована терапія [24, с.81].

#### **Способи самопомоги під час нападу панічної атаки:**

1. *Стабілізування дихання:* необхідно зробити кілька вдихів у будь яку ємність (пластиковий стакан) з метою вирівнювання дихання, сконцентруватися на вдиху та видиху, таким чином відбувається саморегуляція стану при панічних атаках;

2. *Встановити зв'язок із реальністю:* концентрація уваги на зовнішніх об'єктах, будь яке зосередження та фіксація на зовнішніх об'єктах сприяє переключенню уваги та стабілізує психічний стан;

3. *Вести активний спосіб життя:* виникнення панічних атак відбувається через нестачу гормону ендорфіну, який виробляє організм людини під час активних фізичних навантажень, варто дотримуватися правил активного способу життя та помірних фізичних навантажень;

4. *Зберігати спокій:* знати та дотримуватися власних, дієвих способів для самозаспокоєння та релаксації, найбільше виснажує людину це нервування, особливо у сучасних реаліях життя. Варто звертати увагу та підтримувати стабільний, здоровий душевний спокій.

5. *Мінімізація вживання енергетичних напоїв:* мінімальне вживання кави, енергетичних напоїв, безалкогольних напоїв, оскільки кофеїн, який присутній у таких напоях викликає прискорення серцебиття та може викликати напади панічних атак.

6. *Виховування байдужості до алкогольних напоїв.* Вживання спиртних напоїв викликає панічні напади, несподівані реакції організму на ті ситуації, які в повсякденному житті, можуть бути непровокуючими.

7. *Раціональне вживання лікарських препаратів.* Не варто перевантажувати організм зайвими, запропонованими рекламою лікарськими препаратами. Потрібно вчитися відчувати та прислухатися до свого тіла, до потреб та реакцій на життєві ситуації [24, с.82-83].

Для подолання панічних атак, А. Штикер пропонує заспокоїти себе, відчути, що відбувається з організмом та почати правильно дихати. Також авторка пропонує ряд технік:

### **Техніка 1.**

#### **Затримати дихання.**

Видихнути, а потім затримати дихання - рахуючи подумки від 1 до 4;

Повільно видихнути - рахуючи від 1 до 4;

Повільно видихати – рахуючи від 1 до 4;

Повільно вдихнути. Почати дихати.

Додатково можна потягнутися і напружувати м'язи рук та ніг. Ці вправи допоможуть швидко вивести адреналін та швидше заспокоїтися

### **Техніка 2.**

#### **Повільне дихання животом.**

Під час фізіологічного дихання, людина дихає грудною кліткою та животом. Завдання полягає в тому, щоб дихати одним животом. Потрібно почати дихати повільно та глибоко животом. Вдихати та видихати потрібно повільно.

Потрібно уявити, що живіт – то повітряна куля, який надувається та здувається. Груді мають залишатися на місці, не рухатися. Працювати має лише живіт. Для контролю можна покласти одну руку на груди, а другу на живіт. Рука, що лежить на грудях має залишатися нерухомою, а рука на животі має підніматися та опускатися. Дихати потрібно спокійно, повільно.

Так продовжувати кілька хвилин, поки не відступить панічна атака [39, с.118].

Для подолання нападу панічних атак і покращення самопочуття, Н. Чайкіна рекомендує застосовувати різні прийоми, що сприяють психостимуляції. Наприклад:

**Перший прийом:**

*дихальні вправи* – людина виконує швидкий глибокий вдих, затримка дихання, повільний вдих, і знову затримка дихання і таких повторів треба зробити 3-5 разів або носом, а ротом видих – до 10 разів. По завершенню людина виконує самомасаж голови.

**Другий прийом:**

*Для нормалізації психологічного стану* використовують прийом який пов'язаний з рухами очей, коли робиться вдих-видих та 15-20 рухів очима вправо-вліво, але так, щоб не було болі [36, с.528].

О. Вовченко пропонує наступні **техніки та прийоми самопідтримки під час нападу панічної атаки:**

1. **глибоке дихання** – не менше 6-ти циклів вдих-видих, повільно і на одному темпі;

2. **намагатися описати** те, що відбувається навколо, сфокусуватися на звуках, подіях, явищах, предметах, запахах, тому людині пропонується доторкнутися до чогось і відчутти цей предмет, зупинитися на власних відчуттях; у разі приступу нудоти, потрібно вийти туди де менша кількість людей і більше повітря;

3. **Якщо є достатньо ресурсу** варто намагатися згадати приказку чи прислів'я, невеликий вірш, порахувати будь-що, тобто виконати такого типу завдання, щоб активізувати мисленнєву діяльність;

4. **Обійми і розмова** від людей, які є поруч і які знають про те, що конкретна людина періодично потрапляє в дію панічних атак.

5. **Нагадування** про те, що напад панічної атаки неприємний стан, але він не несе загрози життю та здоров'ю людини [6, с.2].



**Для підтримки дитини або дорослого під час нападу панічної атаки варто скористатися такими вправами:**

1. *Розмовляти спокійно*, повторювати слова «Я поруч», «Я з тобою. Все скоро мине, це лише панічна атака»;
2. *Запитати людину*, чи доводилося їй проживати такі напади раніше, чи знає які методи, вправи допомагають їй подолати атаки. Якщо у людини це відбувається вперше, варто дати їй можливість присісти, зайняти зручне положення тіла, нагадувати про повільне, правильне дихання, забезпечивши потік чистого, без різких запахів повітря. Запропонувати випити води і спокійно продовжувати розмову.
3. *Дотик та обійми* дозволені лише тоді, коли людина, яка переживає напад панічної атаки вам близька або ж дала дозвіл на те, щоб ви могли до неї доторкнутися.
4. *Переключити розмову в інше русло* можна тоді, коли стає зрозуміло, що напад відступає. Можна розповідати про щось веселе, цікаве, про себе те, що не викликає почуттів тривоги та страху [6, с.2-3].
5. *Сон*. Найефективніший спосіб заспокоїти людину. Потрібно спробувати організувати сон для людини, створити усі можливі для цього умови.
6. *Дихання*. Під час нападу панічної атаки людина має дихати таким чином: видих має бути довшим, ніж вдих. Якщо виникає тремтіння під час нападу, не варто зупиняти його, це природна регуляція організму на стрес.
7. *Категорично заборонено!* Пропонувати ліки, трусити тілом людини та давати ляпасів, обливати водою намагаючись таким чином вивести її зі стану нападу.
8. *Техніка «Заземлення»* - людині пропонують подивитися на ноги та намагатися відчутти їх; виконати рухи стопами, пальцями; відчутти спину, розтирати пальці рук.
9. *«Точка паніки»* - точка на пальцях рук: між підмізинним пальцем та мізинцем. Розтираючи цю точку людина швидше заспокоюється [6, с.3].

Як підкреслює Н. Чайкіна, психологи мають враховувати також і індивідуально-типологічні властивості особистості, обираючи конкретні техніки тілесно-орієнтованої терапії чи прийомів психостимуляції.

*Людей, які мають приналежність до екстравертованого типу* темпераменту потрібно стимулювати до активної розмови, рухової діяльності, ходити, робити звичайні справи.

*Людей, інтровертованого типу, в ситуації балакучості* варто змусити зайняти місце на стільці, щоб мінімізувати спілкування і намагатися перевести розмову на нейтральну тему.

*Людам-амбівертам, потрібно бути ефективним у тому, що вони роблять.* Можна розмовляти на тему війни, та тих небезпек які вона приносить, але не варто заглиблюватися в ці розмови.

*Людам-аудіалам, варто ділитися з оточуючи тими переживаннями, які у них накопичилися.*

*Людам, вираженим візуалам, потрібна допомога від людини, яка поруч, щоб допомогла заземленню в реальність їх уявлення, бо такі люди сприймають будь-яку важку ситуацію у складніших кольорах, ніж є насправді. А коли люди зайняті вирішенням своїх повсякденних справ, це дає їм можливість вирішувати і власні когнітивні, і соціальні одночасно.*

*Для людей-кінестетиків, вагоме місце займають дотики, вони потребують обійми, в тому числі ні обіймати самого себе, коли людина обіймає себе так: одну руку кладе на груди, а іншу – на живіт. Дієвими також є вправи самомасажу: масаж вуха, носа, долонь, обличчя [36, с.528]*

*Якщо людина має приналежність до вираженого гіперстенічного типу особистості, авторка рекомендує зайнятися хатніми справами, виконувати будь яку роботу вдома, виконувати неважкі фізичні вправи, звернути увагу на підтримання стосунків з різними, близькими людьми, як отримання ресурсу.*

*Якщо людина належить до слабкого гіпостенічного типу, увагу варто зосередити на навчанні, намагатися аналізувати у синтезувати інформацію,*

яка надходить. Такі люди мають розуміти, що їхня корить є у тій діяльності якою вони займаються безпосередньо. Важливим є розробити і мати «у запасі» стратегічний план дій, на випадок критичної ситуації.

Для людей, які належать до ригідного типу, важливим є бути готовим до ситуації та «зібрати» тривожну валізку, адже так людина розуміє, що вона контролює ситуацію і готова приймати конструктивні рішення. Людям такого типу варто читати, але лише правдиву та коректну інформацію та літературу. «Обізнаний, то озброєний» - даний вислів про таких людей.

Спонтанному типу людей, варто займатися корисними справами, як-от допомога рідним та близьким людям, волонтерство у чистому вигляді: придбати ліки та продукти в магазині, допомогти з переїздом, допомога догляду за тваринами, зайнятися благодійністю та волонтерством.

Людям важливо займатися спортом, адже тоді спалюється залишковий адреналін та інша навантаження таким чином організм здійснює «переключення» на інші поставлені перед ним завдання і виконує їх [36, с.528].

У дослідженнях щодо корекції тривожності дорослих М. Патруль, А. Кузняк виокремили такі техніки тілесно-орієнтованої терапії: дихальні, фізичні вправи, фізична гімнастика, самомасаж, техніки релаксації [27].

Автор А. Кузняк, зазначила про те, що особливістю виконання технік тілесно-орієнтованої терапії є дотримання режиму та системності роботи із власним тілом. Оскільки, робочого матеріалу для пропрацювання в організмі людини накопичується досить багато, тому варто розуміти важливість регулярного підтримання курсу на відновлення. Формування «панциру» у людини формується упродовж життя аби розблокувати та вивільнити кожную частину тіла потрібен час, цілеспрямованість та наполегливість.

Має значення і рівень зосередженості, концентрації уваги, що дає можливість людині відчувати власне тіло, кожную його частину. Вміння бути уважним до себе є механізмом усвідомленості, формуються усвідомлені стосунки з власним тілом [27,с. 135-146].

У теорії В. Райха розкрито важливість пози тіла людини та фізичні звички, розуміння яких дає можливість виявити наявні «зажими».

Підкреслимо те, що кожна особистість яка проходить курс тілесно-орієнтованої терапії, має вміти чітко відчувати власне тіло, бути максимально уважною до себе, щоб усвідомити «де?», «як?» і «які?» емоції «затиснуті» [28].

### Висновки до розділу 1

В першому розділі даного наукового дослідження було з'ясовано, що люди, які були змушені змінити місце проживання належать до категорії вимушено переміщених осіб. В Україні усі особи, які належать до категорії вимушено переселених захищені Законом України, від 2014 року, у новій редакції від 03.08.2023 року «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб» де чітко визначенні ВПО.

Здійснено ґрунтовний аналіз наукових літературних джерел, згідно з яким визначено, що напади панічної атаки в людини, можна вважати такими, якщо за медичним обстеженням виключено будь яке фізіологічне захворювання людини, що може бути присутнім в організмі людини та викликати тривожні стани, сильні емоційні переживання, як передумов до прояву панічної атаки.

Визначено такі основні групи чинників, які можуть викликати панічні атаки:

1. *Біологічні*, різноманітні гормональні перебудови, що виникають в організмі людини (вагітність, початок статевого життя);
2. *Фізіологічні залежності* сильна алкогольна інтоксикація, вживання наркотичних речовин, лікарських препаратів;

3. *Психогенні* є провідними чинниками виникнення панічних атак: складні психотравмуючі ситуації та події, дистрес, ситуації в яких людина не може знайти вихід тощо.

*Основними симптомами*, що виступають проявами нападу панічної атаки виокремлені такі, як: гучне серцебиття, відчуття задухи, від не достатності повітря, людина починає швидше дихати, що може спровокувати запаморочення та нудоту; запаморочення може спровокувати судоми в тілі, які здатна відчути лише людина, але оточуючим вони не помітні; можливе оніміння кінцівок, шиї, тремор у тілі, підвищене потовиділення. Відчуття страху того, що людині здається ніби вона помирає.

Визначені *причини* виникнення *панічних атак*:

1. *Спосіб життя людини;*
2. *Відсутність навичок до самоаналізу та саморефлексії.;*
3. *Біологічні фактори* та розлади роботи ендокринної системи;
4. *Фіксація, закріплення стійкої «панічної» реакції на відповідні проваючі місця* де виникала панічна атака раніше.
5. *Психологічні чинники.* Ті кризові стани, які можуть виникати у будь якої людини незалежно від ситуації.

Визначено, що техніки тілесно-орієнтованої терапії мають місце в роботі практичного психолога з людьми ВПО, як один із ефективних методів допомоги людям, що пережили вкрай складну ситуацію та були змушені кардинально змінити власне життя.

Проаналізовано ряд технік та методик, запропонованих науковцями для надання швидкої допомоги дітям, дорослим та самопомоги, щоб подолати напади панічної атаки.

## **РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ТЕХНІК ТІЛЕСНО-ОРІЄНТОВАНОЇ ТЕРАПІЇ З ВИМУШЕНО ПЕРЕМІЩЕНИМИ ОСОБАМИ**

### **2.1. Організація дослідження та обґрунтування вибору методик діагностики**

Задля досягнення поставленої мети та виконання визначених завдань було проведене емпіричне дослідження щодо впливу технік тілесно-орієнтованої терапії для подолання панічних атак у внутрішньо переміщених осіб.

Участь у дослідженні взяли 67 осіб, віком від 21 до 65 років, з яких 53 особи – жіночої статі. Із 67 осіб експериментальну групу склали 34, а до контрольної увійшли – 33 особи.

Вибірку склали внутрішньо переміщені особи зі Східних областей України: Донецької та Луганської, а також Харківської, Миколаївської та Запорізької областей.

Емпіричне дослідження було проведено в декілька етапів.

#### **Етапи дослідження:**

1. Організація та проведення діагностики психоемоційних станів та визначення індивідуально-психологічних характеристик внутрішньо

переміщених осіб схильних до панічних атак за допомогою коректно підбраного інструментарію;

2. Здійснення обробки результатів діагностики, вирахування відсотків відповідно до методик та представлення отриманих результатів у вигляді діаграм;

3. Розробка методичних рекомендацій для подолання панічних атак у внутрішньо переміщених осіб техніками тілесно-орієнтованої терапії;

4. Здійснення узагальнення отриманих результатів дослідження та написання висновків.

Вважаємо, що для отримання якісних результатів дослідження, також необхідно визначити психоемоційний стан в якому перебувають внутрішньо переміщені особи та виявити їх індивідуально-психологічні характеристики адже дана категорія людей прожила важкі травмуючі ситуації.

До травмуючих ситуацій належать такі, як: стан війни, в якому перебуває наша держава; проживання упродовж певного періоду в зоні бойових дій або в окупації; вимушеність залишити усталене життя, будинки, роботу, домашніх улюбленців, рідних та переїхати в безпечне місце проживання; втрата всього цінного, що було в людини.

Тобто, зауважимо, що психоемоційний стан людей, внутрішньо переміщених є досить нестабільним, нестійким і навіть невірноваженим.

Враховуючи індивідуально-психологічні характеристики стає зрозумілим той факт, що людина, яка переживала кризові ситуації, приймала швидкі рішення для порятунку власного життя та життя своїх рідних, намагалася вижити в період окупації за різних умов без харчування, тепла, питної води тощо, може піддаватися нападу панічних атак.

Для отримання повноцінних результатів дослідження, вважаємо необхідним здійснити діагностику психоемоційних станів, індивідуально-психологічних характеристик внутрішньо переміщених осіб та опитування з приводу виявлення схильності до панічних атак.

Нами було обрано такі методики, опитувальники та тести на виявлення психоемоційного стану й індивідуально-психологічних характеристик внутрішньо переміщених осіб:

1. Методика діагностики самооцінки психічних станів Г. Айзенка;
2. Опитувальник САН (самопочуття, активність, настрої);
3. Тест Р. Кеттелла (16-RF опитувальник)

Орієнтуючись на необхідність виявити схильності до панічних атак, ми скористалися авторськими опитувальниками та тестами, які запропоновані лікарями-неврологами на сайтах для лікарів, в інтернет-просторі:

4. Опитувальник для виявлення панічних атак
5. Тест-Агорафобія та панічні атаки

Статистична обробка даних проводилася за методиками підрахунку математичної статистики.

Запропоновані нами діагностики психоемоційного стану та виявлення панічних атак, були проведені у форматі «тест-рекомендації», тобто було здійснено первинну діагностику, так званий контрольний зріз, психокорекційний вплив та розроблена психокорекційна програма щодо подолання схильності до панічних атак.

До запропонованої нами психокорекційної програми увійшли: дихальні вправи, вправи спрямованого напруження та розслаблення м'язів.

Під час формування контрольної групи, було проведене додаткове опитування щодо відвідування різних практик та занять з йоги. У таких практиках застосовують дихальні техніки, досить часто вони є основою багатьох технік тілесно-орієнтованої терапії.

Вважаємо, що відвідування людиною занять з активного виду спорту, такими як фітнес, бокс, футбол ще не передбачає повноцінному, якісному оволодінню техніками тілесно-орієнтованої терапії.

Відповідно до одного із етапів емпіричного дослідження є діагностика психоемоційного стану внутрішньо переміщених осіб. Опираючись на здійснений теоретичний аналіз, можемо визначити, що основними



психоемоційними станами особистості можна вважати: настрій, «хвилі настрою», тривожність, фрустрованість, депресивність, ригідність.

Враховуючи мету нашого дослідження – виявлення панічних атак у внутрішньо переміщених осіб, які можуть викликатися різкою зміною настрою, неприємними спогадами, незрозумілим відчуттям небезпеки, нами були підібрані відповідні методика та опитувальник на виявлення психоемоційного стану особистості і її індивідуально-психологічних характеристик.

Отже, для виявлення психоемоційного стану внутрішньо переміщених осіб була використана **«Методика діагностики самооцінки психічних станів Г. Айзенка»**. За даною методикою можна діагностувати такі психічні стани людини, як тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність. Як зазначав англійський психолог Г. Айзенк, ці стани є важливими складовими для визначення цілого, тобто для виявлення загальних адаптативних можливостей людини. Дану методику можна використовувати як самостійну, клініко-психологічну, так і в складі інших послідовних завдань діагностики.

Дана методика складається із 40 тверджень, що описують різні психічні стани особистості. Якщо людині певний стан притаманний часто, ставиться 2 бали, якщо певний стан буває рідко – відповідно ставиться 1 бал, якщо ж людина зовсім не проживає певного стану – ставиться 0 балів.

Запитання в анкеті складають 4 блоки, кожен із блоків відповідає певним станам: тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність (див. Додаток А).

Запропоновані судження підібрані за результатами надійності та валідності. Методика належить до типу «олівець-папір», її можливо використовувати під час індивідуальної та групової зустрічі. Щоб здійснити оцінювання необхідно підрахувати суму балів за кожною групою запитань. Час відведений на заповнення бланку, не фіксують. Відповідно до отриманих в результаті балів стає відомо:

І від 1 до 10 питань - тривожність;

II від 11 до 20 питань – фрустрація;

III від 21 до 30 питань – агресивність;

IV від 31 до 40 питань – ригідність.

Після здійснення опитування, оцінка та наступна інтерпретація результатів здійснюється таким чином:

*I тривожність:* 0-7 балів не тривожний; 8-14 середній допустимий рівень тривожності; 15-20 – висока тривожність.

*II фрустрація:* - 0-7 балів самооцінка невисока, людина стійка до невдач, не боїться труднощів; 8-14 середній допустимий рівень, наявність фрустрації; 15-20 – високий рівень фрустрації, низька самооцінка, схильність до уникнення труднощів.

*III агресивність* - 0-7 балів людина спокійна та стримана; 8-14 середній рівень прояву агресивності; 15-20 – високий рівень агресивності, людина неспокійна, не стримана, часто виникають конфлікти в спілкуванні та взаємодії з людьми.

*IV ригідність* - 0-7 балів людина схильна до легкого переключення, ригідність відсутня; 8-14 середній рівень прояву ригідності; 15-20 – високий рівень прояву ригідності, людині важко змінити поведінку, погляди, переконання, важко сприймає зміни в житті, не допустимі різкі зміни роботи чи родинні зміни.

Наступний **опитувальник САН** використовують для діагностики самопочуття, активності та настрою людини.

Дана методика використовується психологами для виявлення рівня самоконтролю, самооцінки та самопочуття, активності та настрою людини.

Методика САН складається із індексів (3 2 1 0 1 2 3) і розташована між тридцятьма парами слів, які є протилежного значення та відображають рухливість, швидкість та темп перебігу функцій (їх активність), здоров'я та силу організму, відчуття стомлення (як самопочуття) і емоційний стан, тобто настроїв. Досліджуваному пропонують співвідносити свій стан з певною оцінкою на цій шкалі. Потрібно обрати і відмітити той індекс, який

найбільше достовірно відображає його стан у момент обстеження. Під час обробки результатів, бали перераховують в «сирі» від 1 до 7 балів. Кількісний результат є сумою первинних балів за окремими категоріями.

Основними перевагами тесту є його стислість та можливість багаторазового проведення, для можливості відслідковування динаміки стану людини в певному часовому інтервалі.

Опитувальник містить 30 тверджень, приблизний час на виконання методики від 10 до 15 хвилин.

Розуміючи всю складність травмуючих ситуацій, які пережили внутрішньо переміщені особи, під час зміни місця проживання, важливо зауважити, що в процесі адаптації до невідомих, непередбачуваних умов життя та необхідності вміння швидко приймати рішення, людина проявляє індивідуально-психологічні особливості (риси, властивості характеру). Саме за допомогою тесту **Р. Кеттелла (16-RF опитувальник)** можна визначити індивідуально-психологічні особливості внутрішньо переміщених осіб, які мають або ж схильні до нападу панічних атак.

Кеттелл Реймонд Бернارد, англо-американський вчений розробив опитувальник (метод для психодіагностики особистості), який є багатовимірною методикою, дозволяє оцінювати властивості нормальної особистості, описує особистісну структуру людини та наявні проблеми. Після багаточисельних досліджень, Р. Кеттелл, визначив, що особистісний простір людини може бути зведений до 12-16 факторів, які є біполярними, з ознаками негативної кореляції. На думку автора, властивості (риси) особистості являють собою деякі інтегральні характеристики, бо поєднують в собі кілька тісно взаємопов'язаних ознак та узагальнюють їх зміст.

До первинних факторів належать:

Фактор А: «замкнутість - товариськість»

Фактор В: «інтелект»

Фактор С: «емоційна стабільність -емоційна нестабільність»

Фактор Е: «підпорядкованість -домінантність»

Фактор F: «стриманість-експресивність»

Фактор G: «низька нормативність поведінки - висока нормативність поведінки»

Фактор H: «боязкість-сміливість»

Фактор I: «жорсткість-чутливість»

Фактор L: «довірливість-підозрілість»

Фактор M: «практичність-мрійливість»

Фактор N: «прямолінійність-дипломатичність»

Фактор O: «спокій-тривожність»

Фактор Q1: «консерватизм-радикалізм»

Фактор Q2: «конформізм-нонконформізм»

Фактор Q3: «низький самоконтроль-високий самоконтроль»

Фактор Q4: «розслабленість-напруженість»

Фактор MD: «адекватна самооцінка-неадекватна самооцінка»

До вторинних факторів належать:

F1. Тривога

F2. Екстраверсія-інтроверсія

F3. Чутливість

F4. Конформність.

Респонденту пропонується 105 запитань, час дослідження займає до 1 години. Згідно інструкції необхідно обрати одну із трьох відповідей «Так», «Важко відповісти», «Ні». Відповіді респондентів заносяться у спеціальний опитувальний бланк, та обраховуються за допомогою ключа. Відповіді згідно ключа за «а» і «с» оцінюються в 2 бали, відповіді «в» - 1 бал. Лише за фактором В – будь яка відповідь оцінюється в 1 бал. Сума балів за кожним фактором дорівнює максимуму – 12 балів, за фактором В – 8 балів, мінімальна сума – 0 балів.

На основі якісного та кількісного аналізу змісту особистісних факторів та їх взаємозв'язку можуть бути виділені такі блоки з факторів:

Інтелектуальні особливості – фактори В, М, Q1

Емоційно-вольові особливості – фактори C,G,I,O,Q3,Q4

Комунікативні властивості та особливості міжособистісної взаємодії - фактори A,F,H,E.Q2,N,L.

Зазначимо, що «сирі» бали мають можливість визначити «неприховані» структурні якості та їх характеристики внутрішньо переміщених осіб з панічними атаками.

«Сирі» бали (0-5) визначають, що є наявність негативних характеристик у структурі особистості; 6-12 балів -свідчить про високі, позитивні показники характеристики структури. Стени відповідно розділені за біполярною шкалою з такими крайніми значеннями 1-10 балів. Тобто, першій половині шкали (від 1до 5,5) властива позначка «-», а другій (від 5,5 до 10) властива позначка «+».

Орієнтуючись на необхідність виявити схильності до панічних атак, ми скористалися авторськими методиками, які запропоновані лікарями-неврологами на сайті для лікарів, в інтернет-просторі: Опитувальник для виявлення панічних атак; Тест-Агорафобія та панічні атаки.

**Опитувальник для виявлення панічних атак**, в електронному форматі (див. Додаток Б) налічує 21 запитання. Відповідно до запропонованої інструкції, досліджуваному пропонують прочитати твердження і дати відповіді «Так» або «Ні». Якщо кількість позитивних відповідей перевищує позначку в 10 «Так», можна припустити, що в людини є схильність до нападу панічної атаки [25]

**Онлайн-опитувальник виявлення панічних атак та агорафобії** передбачає те, що досліджуваний має дати відповіді «Так», «Ні» або «Важко відповісти» на 29 запитань, розділених на 3 блоки. Чим більша кількість відповідей «Так» тим більша вірогідність нападу панічної атаки. Якщо кількість позитивних відповідей перевищує позначку в 3 «Так», можна припустити, що в людини є схильність до нападу панічної атаки та агорафобій.

Що ж до поняття «агорафобія» то її характеризують, як такі панічні атаки, які можуть виникати у будь який час доби, після ненормованого сну та перевантаження в робочий час, а також у стані повного спокою [33].

Панічні атаки можуть виникати в поєднанні з сприйманням візуальних об'єктів. Наприклад, закритий та відкритий простір, простір заповнений людьми або ж абсолютно порожній. Власне таке порушення в поєднанні з панічними атаками називають агорафобія. Досить рідко зустрічаються «чисті» агорафобії. Наявність панічної атаки та агорафобії є тим сигналом, коли людина має зупинитися і почати слухати себе і свій організм.

## 2.2.Результати експериментального дослідження

Отже, за результатами первинної діагностики було виявлено, що за методикою САН у людей ВПО експериментальної групи переважає хороше самопочуття (20,8%) та середнього рівня самопочуття (44,7%), у 34,3% осіб виявлено нижчий рівень самопочуття (таб.1., рис.2.1.)

**Таблиця 1.**

### Результати дослідження психоемоційного стану внутрішньо переміщених осіб

Рівень показника		ЕГ -34		КГ-33	
		К-ть осіб	%	К-ть осіб	%
<b>Самопочуття</b>	високий	7	21	8	24
	середній	15	44	18	55
	низький	12	35	7	21
<b>Активність</b>	високий	5	15	11	33
	середній	12	35	17	52
	низький	17	50	5	15
<b>Настрій</b>	високий	14	41	10	30
	середній	12	35	17	52
	низький	8	24	6	18

Згідно, з результатами таблиці, отримані показники за трьома шкалами методики САН, у контрольній та експериментальній групах відрізняються. Здійснивши ґрунтовний аналіз показників контрольної групи стало відомо, що психоемоційний стан характеризується показниками середнього значення самопочуття, настрою та (активності) активної поведінки.

Орієнтуючись на методику, зрозуміло, що показник від 4 і нижче є свідченням про знижене самопочуття, настроїв та активність.

Якщо отримані результати коливаються від 5 і вище то це є свідченням про хороше самопочуття людини. Саме тому, показники від 4 до 5 вважаються середніми.

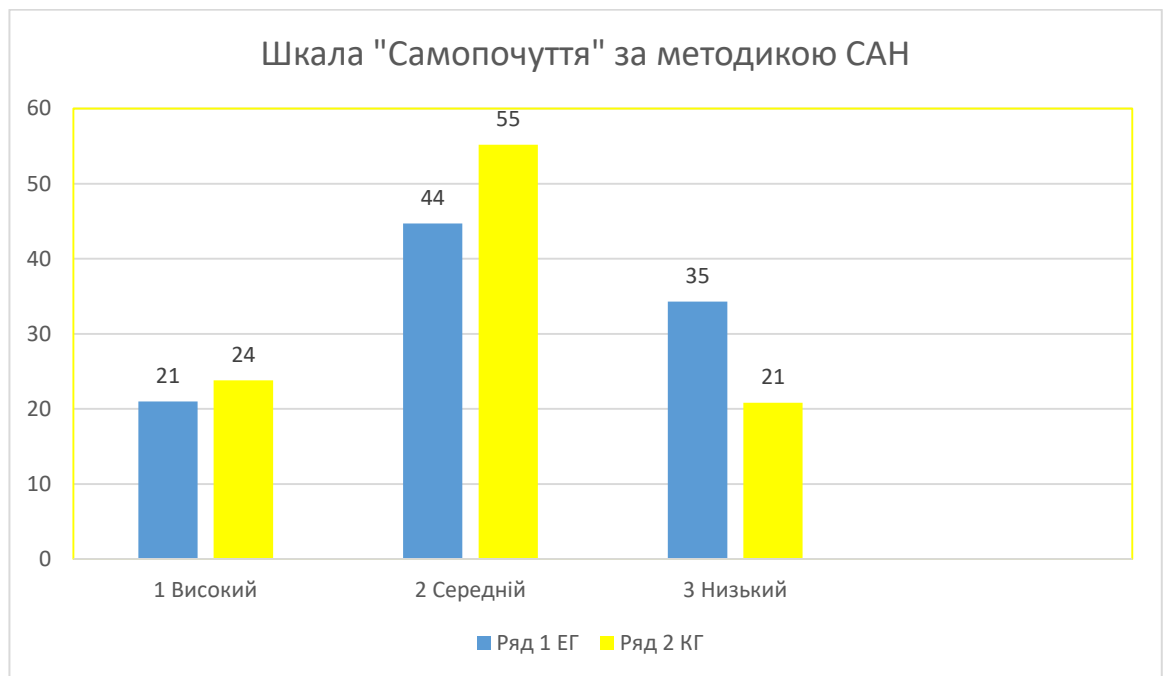


Рис.2.1 Результати по шкалі «самопочуття» за методикою САН.

Експериментальна група – Ряд 1, Контрольна група – Ряд 2. Показники представлені у відсоткових показниках відповідних рівнів 1 - високий, 2 - середній та 3 - низький.

Інтерпретуючи отримані результати їх було представлено у вигляді діаграм, відповідно за шкалами.

Отже, за шкалою «активність» представлено такий розподіл показників: вищий відсотковий показник (50%) за низьким рівнем отримала

експериментальна група, порівняно з контрольною групою, яка більший відсотковий показник (52%) отримала за середнім рівнем.

Дані представлено у діаграмі (Рис.2.2).

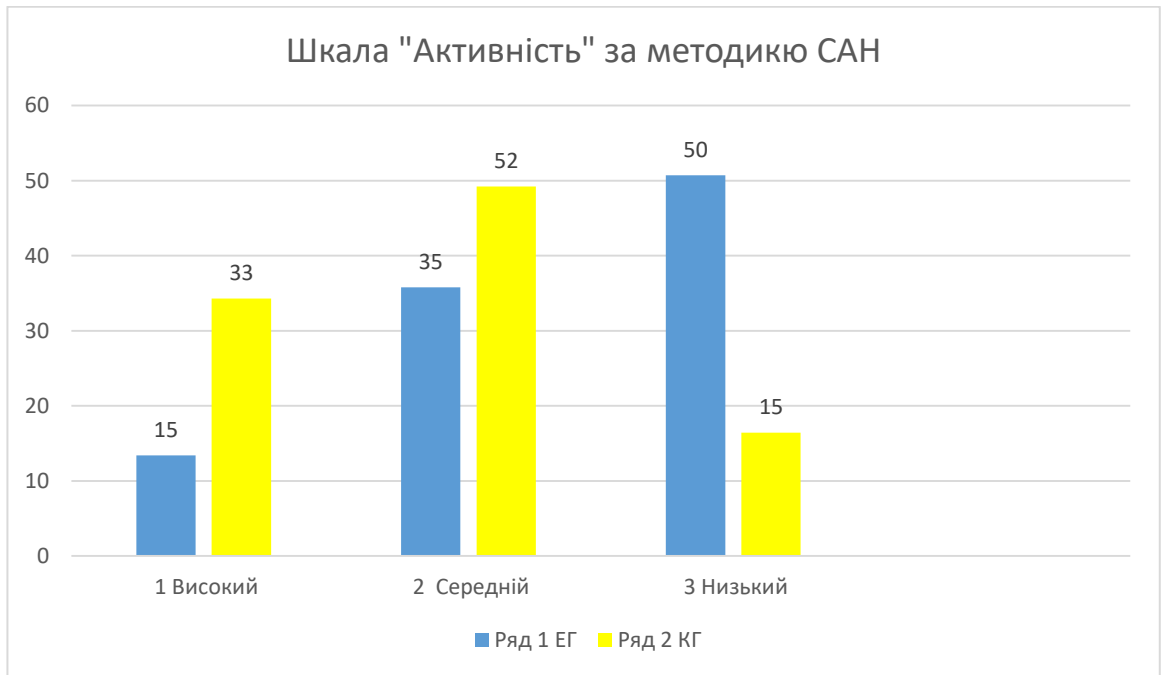


Рис.2.2 Результати по шкалі «активність» за методикою САН

У представлений діаграмі (Рис.2.2) презентовані отримані відсоткові показники за шкалою «Активність», відповідних рівнів в експериментальній та контрольній групах.

За шкалою «Настрій» методики САН, представлено наступні відсоткові показники, які були отримані в експериментальній та контрольній групах. У експериментальній групі респондентів високий показник (41%) настроїв виявився на середньому рівні показника. В контрольній групі, навпаки, 52% внутрішньо переміщених осіб продемонстрували середній рівень настрою.

Отримані результати також представлені у діаграмі (Рис.2.3).



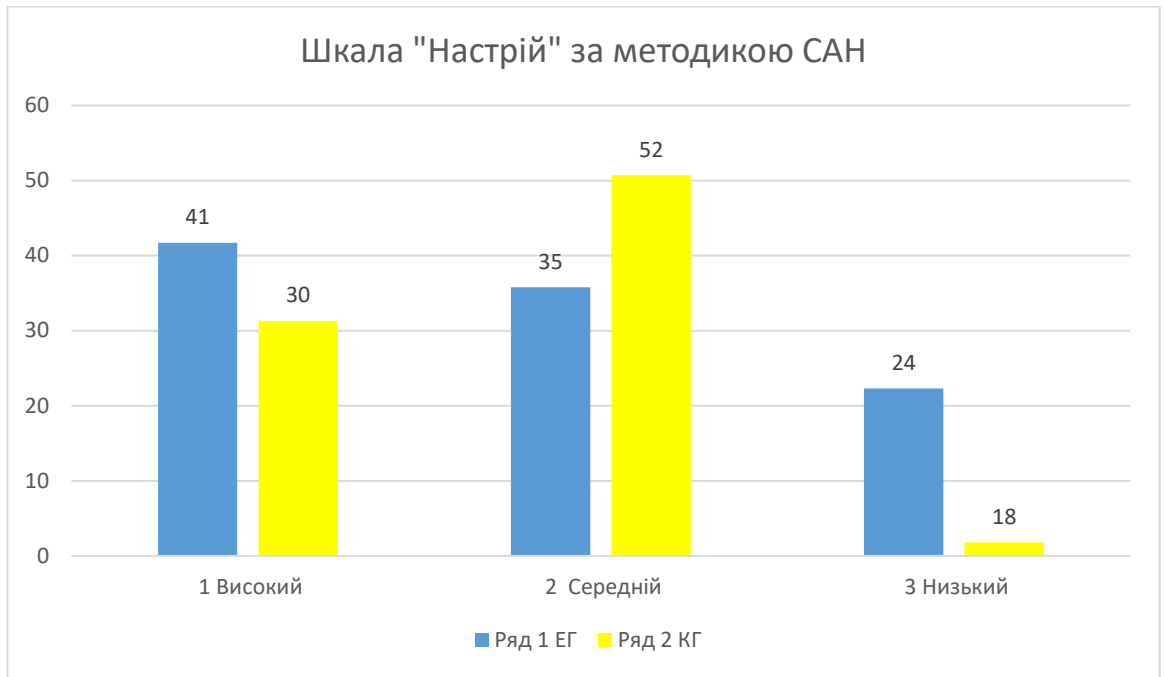


Рис.2.3 Результати по шкалі «настрій» за методикою САН.

Отже, здійснивши аналіз отриманих результатів за методикою САН, можна відзначити, що значна частина респондентів експериментальної групи перебували в хорошому та нормальному настрої, але поодинокі прояви втоми та деякої пасивності були присутні.

Порівнюючи отримані результати експериментальної групи із контрольною, варто зазначити, що більшість досліджуваних контрольної групи за усіма показниками проявили середній рівень самопочуття, активності та настрою.

Опрацювавши отримані результати за методикою «Самооцінка психічних станів Г. Айзенка» (Таблиця 2), стало очевидним, що у респондентів експериментальної групи за шкалою «тривожності» мають високий рівень 4 опитуваних. І лише у 17 осіб виявився середній рівень тривожності. Низький рівень тривожності спостерігався у 13 осіб.

**Таблиця 2.**

**Результати діагностики психоемоційного стану досліджуваних за методикою Г. Айзенка**

Рівень показника	ЕГ	КГ
------------------	----	----

		К-ть осіб	%	К-ть осіб	%
<b>Фрустрація</b>	Високий	4	12	0	0
	Середній	14	41	18	54
	Низький	16	47	15	45
<b>Тривожність</b>	Високий	4	12	0	0
	Середній	17	50	21	64
	Низький	13	38	12	36
<b>Агресивність</b>	Високий	5	15	2	6
	Середній	23	68	17	52
	Низький	6	17	14	42
<b>Ригідність</b>	Високий	6	17	2	6
	Середній	22	66	14	42
	Низький	6	17	17	52
<b>Всього</b>		34	100%	33	100%

Здійснивши аналіз отриманих даних, варто зазначити про показники за шкалою «Фрустрація», де в експериментальній групі 16 осіб відзначають відсутність схильності до фрустрації, тобто значна частина внутрішньо переміщених осіб даної групи володіє високим рівнем стійкості до невдач у житті та вміння долати непередбачувані труднощі. І, лише 4 особи із числа опитуваних проявили високий рівень фрустрованості, що виявляється у переживанні страху труднощів та життєвих негараздів і невдач.

За результатами шкали «Агресивність» внутрішньо переміщені особи експериментальної групи проявили середні показники схильності до агресивного типу поведінки. І, тільки у 5 осіб виявляють високий рівень агресивності. Опираючись на дані методики, високий прояв агресивності означає виникнення труднощів у спілкуванні, взаємодії з оточуючи, виникненні конфлікту під час вирішення проблем на роботі чи під час спілкування з людьми.

Показники за шкалою «ригідність» виявилися наступними: лише у 6 внутрішньо переміщених осіб вибірки відзначається відсутність ригідності,

присутні легкість та гнучкість у прийнятті рішень. Середній рівень ригідності спостерігається у 22 осіб, у 6 респондентів наявний високий рівень ригідності, що виявляється у стереотипній поведінці, стійких поглядах та переконаннях, які досить важко змінити навіть у кризових ситуаціях, які вимагають швидкого прийняття рішення.

Узагальнені показники експериментальної групи вимушено переміщених осіб за методикою Г. Айзенка відповідно за шкалами представлені в діаграмах.



Рис.2.4. Показники за шкалою «Фрустрація»

Згідно представлених показників стає очевидно, що високому рівню відповідають показники 12%, середньому рівню фрустрованості – 41% а низькому рівню – 47%.

На діаграмі (Рис. 25) представлені показники за шкалою «Тривожність».



Рис.2.5. Показники за шкалою «Тривожність»

Згідно представлених показників стає очевидно, що високому рівню відповідають показник 12%, середньому рівню тривожності – 50% а низькому рівню – 38%.

У діаграмі (рис. 2.6) представлені показники за шкалою «Агресивність».



Рис.2.6. Показники за шкалою «Агресивність»

Згідно представлених показників стає очевидно, що високому рівню відповідають показники 15%, середньому рівню агресивності – 68% а низькому рівню – 17%.

На рисунку 7 (Рис.2.7) представлені відсоткові показники експериментальної групи внутрішньо переміщених осіб за шкалою «Ригідність».



Рис.2.7. Показники за шкалою «Ригідність»

Згідно представлених показників стає очевидно, що високому рівню відповідають показники 17%, середньому рівню ригідності – 66% а низькому рівню – 17%.

Представимо відсоткові показники за відповідними шкалами контрольної групи респондентів з числа внутрішньо переміщених осіб.

На діаграмі (Рис.2.8) представлено показник за шкалою «Фрустрація» контрольної групи ВПО.



Рис.2.8. Показники за шкалою «Фрустрація»

Згідно представлених показників стає очевидно, що високому рівню відповідають показники в 0%, середньому рівню фрустрованості – 55% а низькому рівню – 45%.

На діаграмі (рис.2.9) представлені показники за шкалою «Тривожність»



Рис.2.9. Показники за шкалою «Тривожність»

Згідно представлених показників стає очевидно, що високому рівню відповідають показник в 0%, середньому рівню тривожності – 64% а низькому рівню – 36%.

У діаграмі (рис. 2.10) представлені показники за шкалою «Агресивність».



Рис.10. Показники за шкалою «Агресивність»

Згідно представлених показників стає очевидно, що високому рівню відповідають показники 6%, середньому рівню агресивності – 52% а низькому рівню – 42%.

На рисунку 11 (Рис.2.11) представлені відсоткові показники експериментальної групи внутрішньо переміщених осіб за шкалою «Ригідність».



Рис.2.11. Показники за шкалою «Ригідність»

Згідно представлених показників стає очевидним, що високому рівню відповідають показники 6%, середньому рівню ригідності – 42% а низькому рівню – 52%.

Здійснивши аналіз отриманих даних, зазначимо, що результати показників за шкалою «Фрустрація», в контрольній групі ВПО 15 осіб відзначають відсутність схильності до фрустрації, тобто значна частина внутрішньо переміщених осіб даної групи володіє високим рівнем стійкості до невдач у житті та вміння долати непередбачувані труднощі. І, лише 18 осіб із числа опитуваних проявили середній рівень фрустрованості. Показників високого рівня фрустрації не виявлено.

Опрацювавши отримані результати за шкалою «Тривожність» стало очевидним, що у респондентів контрольної групи середній рівень тривожності притаманний 21 опитуваним. І лише у 12 осіб виявився низький рівень тривожності. Показників високого рівня тривожності не виявлено.

За результатами шкали «Агресивність» внутрішньо переміщені особи експериментальної групи проявили середні показники схильності до



агресивного типу поведінки, тобто 17 особи. Низький рівень агресивності виявлено у 14 осіб ВП. І, тільки у 2 осіб виявлено високий рівень агресивності. Опираючись на дані методики, високий прояв агресивності означає виникнення труднощів у спілкуванні, взаємодії з оточуючи, виникненні конфлікту під час вирішення проблем на роботі чи під час спілкування з людьми.

Показники за шкалою «ригідність» виявилися наступними: у 17 внутрішньо переміщених осіб вибірки відзначається відсутність ригідності, присутні легкість та гнучкість у прийнятті рішень. Середній рівень ригідності спостерігається у 14 осіб, у 2 респондентів наявний високий рівень ригідності, що виявляється у проявах стереотипної поведінки сталих поглядах та переконаннях, які досить важко змінити навіть у кризових ситуаціях, які вимагають швидкого прийняття рішення.

Здійснивши опитування респондентів за допомогою онлайн-опитувальників на виявлення панічних атак; **Тесту-Агорафобія та панічні атаки** стало відомо, що серед внутрішньо переміщених осіб були отримані наступні результати.

**За тестом Агорафобія та панічні атаки** із експериментальної групи лише у 2 респондентів виявилася схильність до панічних атак, у 32 внутрішньо переміщених осіб спостерігається більше схильність до агорафобії, ніж до нападу панічних атак. В контрольній групі 4 осіб схильні до панічних атак згідно опитувальника. І, 29 ВПО не мають такої схильності.

Дані показники значної кількості ВПО свідчать про те, що люди схильні до негативних переживань, але зрештою дратуючись через дрібниці, не втрачають контроль над собою та власним тілом і здатні приймати конструктивні рішення у непередбачуваних ситуаціях.

Отримані результати подано на діаграмі (Рис.2.12)

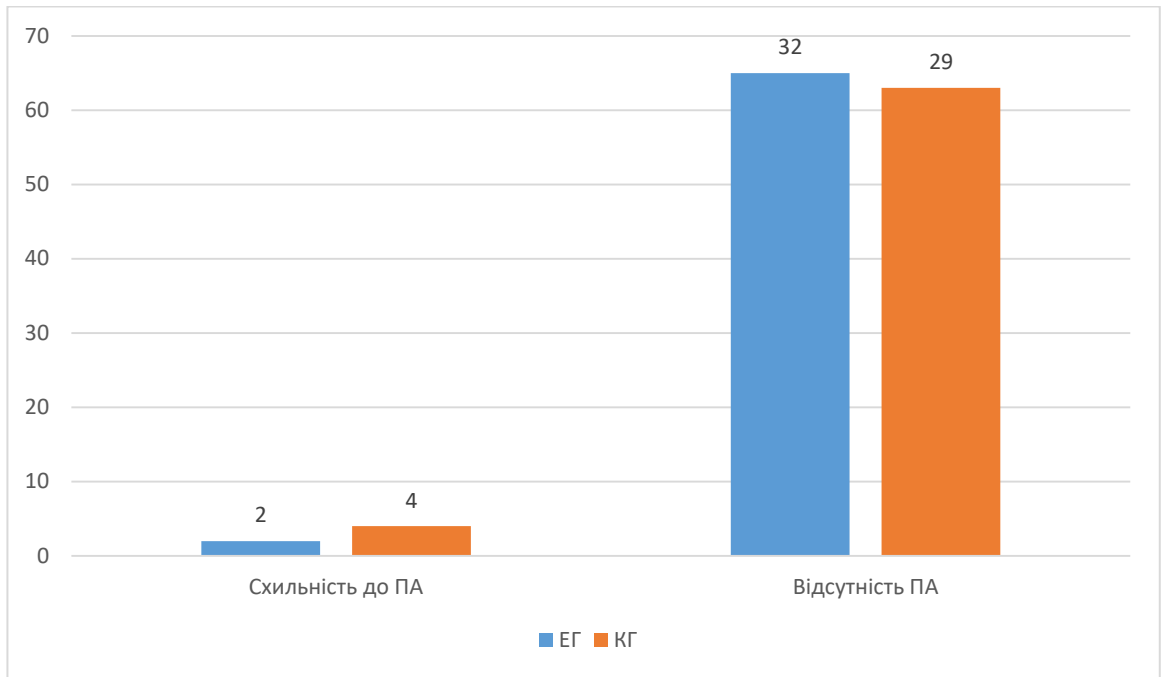


Рис. 2.12. Результати за тестом Агорафобія та панічні атаки

За результатами тесту на виявлення панічних атак, який представлено на сайті лікаря-невролога К. Куца, стало відомо, що у значної частини внутрішньо переміщених осіб експериментальної групи, а саме 30 респондента дали відповіді на питання загальної кількості менше 10 позитивних відповідей. І, лише 4 досліджуваних відповіли «Так» на більше ніж 10 запитань. Що ж до контрольної групи, варто зазначити, що отримані результати не мають значних відмінностей від результатів респондентів ЕГ: 27 ВПО дала відповідь «Так» на запитання від 1 до 10. Та, лише 6 осіб перевищили кількість відповідей на запитання (більше 10) щодо вияву панічних атак.

Дані за результатами онлайн-опитувальника представлені на діаграмі (Рис.2.13).

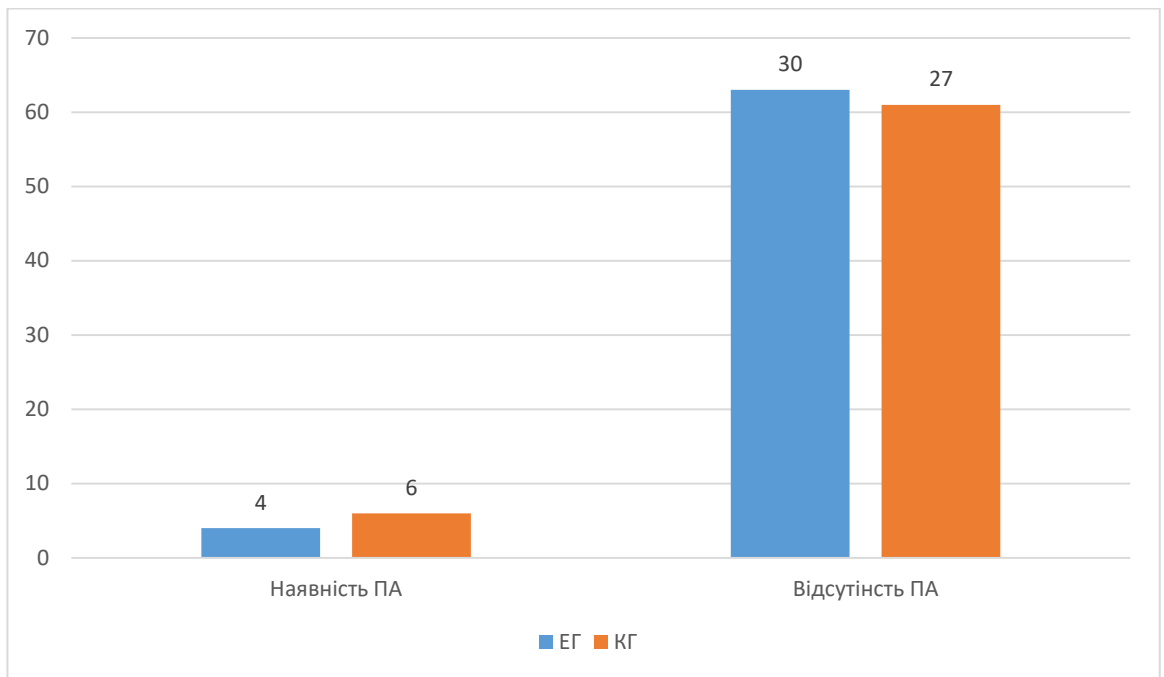


Рис. 2.13 Результати за тестом виявлення панічних атак.

Варто зауважити, що отримані показники тестів на виявлення панічних атак, хоча й показали втішні результати, але є певна кількість осіб, які потребують допомоги у подоланні такого стану.

Опрацювавши результати досліджень за тестом Р. Кеттелла були отримані наступні показники EG та KG групах внутрішньо переміщених осіб:

*Фактор А за шкалою «замкнутість - товариськість»* високі показники в 67 % отримані в EG ВПО та у 56% в контрольній групі ВПО, що є свідченням високого рівня комунікабельності, довіри та відсутності страху перед критикою. Низькі показники в 13% EG та 21% в групі контролю, що є свідченням не бажання до спілкування, закритості, не бажання встановлювати нові контакти.

Для компактного подання даних EG та KG на діаграмі (Рис.2.14) висвітлені показники за фактором А.

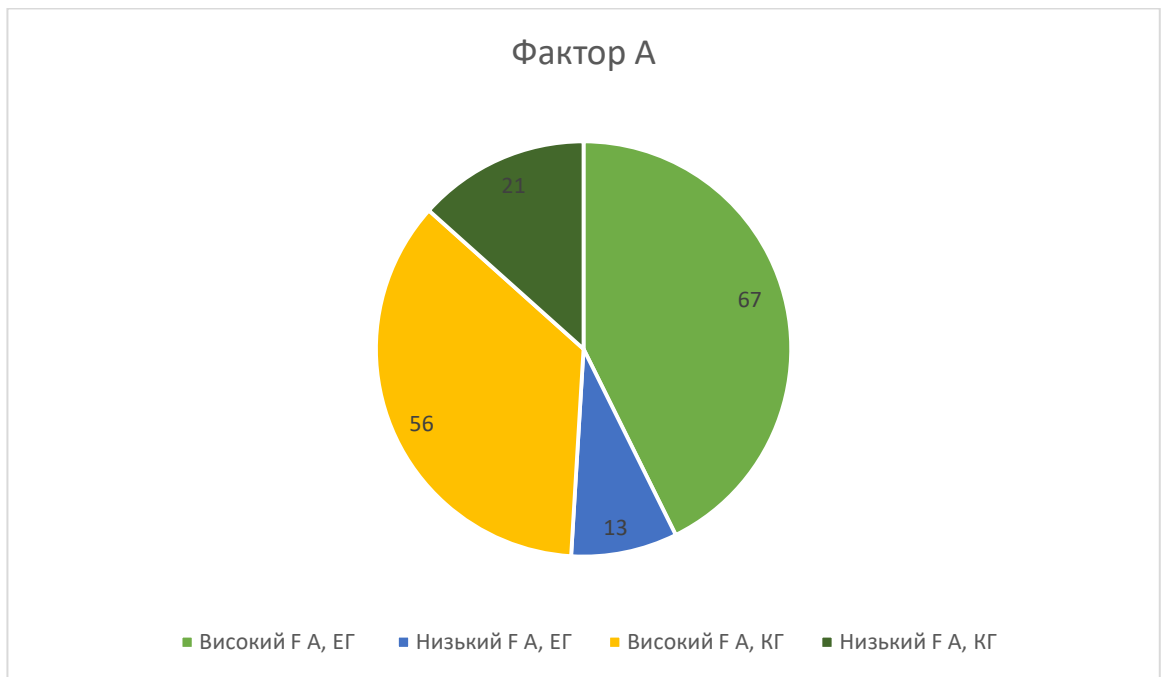


Рис.2.14. Результати за фактором А «замкнутість - товариськість».

Показники респондентів ВПО даного фактору можна охарактеризувати як прояв підвищеної схильності до комунікабельності та спілкування.

*Фактор С* за шкалою «емоційна стабільність-емоційна нестабільність» високі показники отримали респонденти ЕГ 71% , у групі контролю даний показник сягнув 57%, що є свідченням впевненості у собі, незалежності в судження, емоційної стійкості та врівноваженості. Низькі показники ЕГ сягають у 15% та в групі контролю у 23% осіб ВП. Такі показники є свідченням наявних схильностей до невпевненої поведінки, тривожності, емоційної нестабільності, роздратованості.

Для компактного подання даних ЕГ та КГ на діаграмі (Рис. 2.15) висвітлені показники за фактором С.

Даний фактор визначає особливості реакції людини на навколишнє середовище. Для людей із панічними атаками індивідуально-психологічні особливості характеризуються емоційною нестійкістю, імпульсивністю, у людини часто змінюється настрій, легко потрапляє під вплив оточуючих.

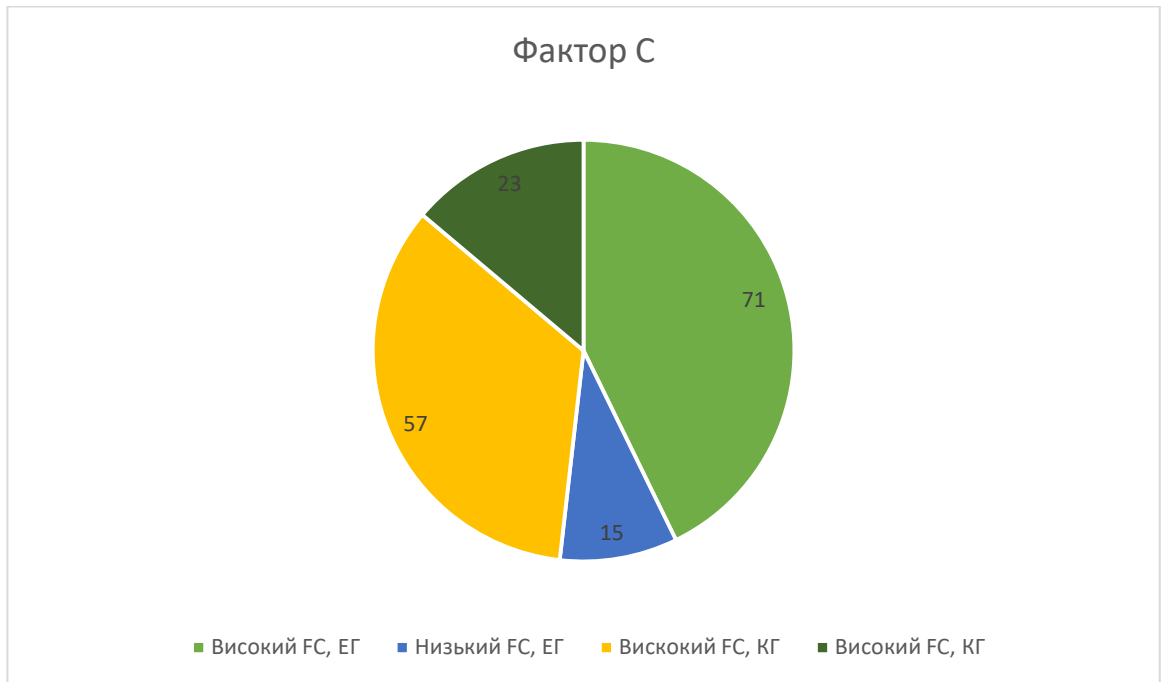


Рис.2.15. Результати за фактором С «емоційна стабільність - емоційна нестабільність»

Фактор Е за шкалою «підпорядкованість-домінантність» високі показники отримали 73% ВПО експериментальної групи та 56% КГ. Що є свідченням незалежності, впевненості, бажання контролювати події та ситуації, уважність до власних думок та висловлювань. Низькі показники отримали 11% респонденти ЕГ та 17% ВПО із групи контролю. Показники низького рівня свідчать про схильність до сором'язливості, тривожності через власні помилки, невпевненості у прийнятті рішень

Для компактного подання даних ЕГ та КГ на діаграмі (Рис. 2.16) висвітлені показники за фактором Е.

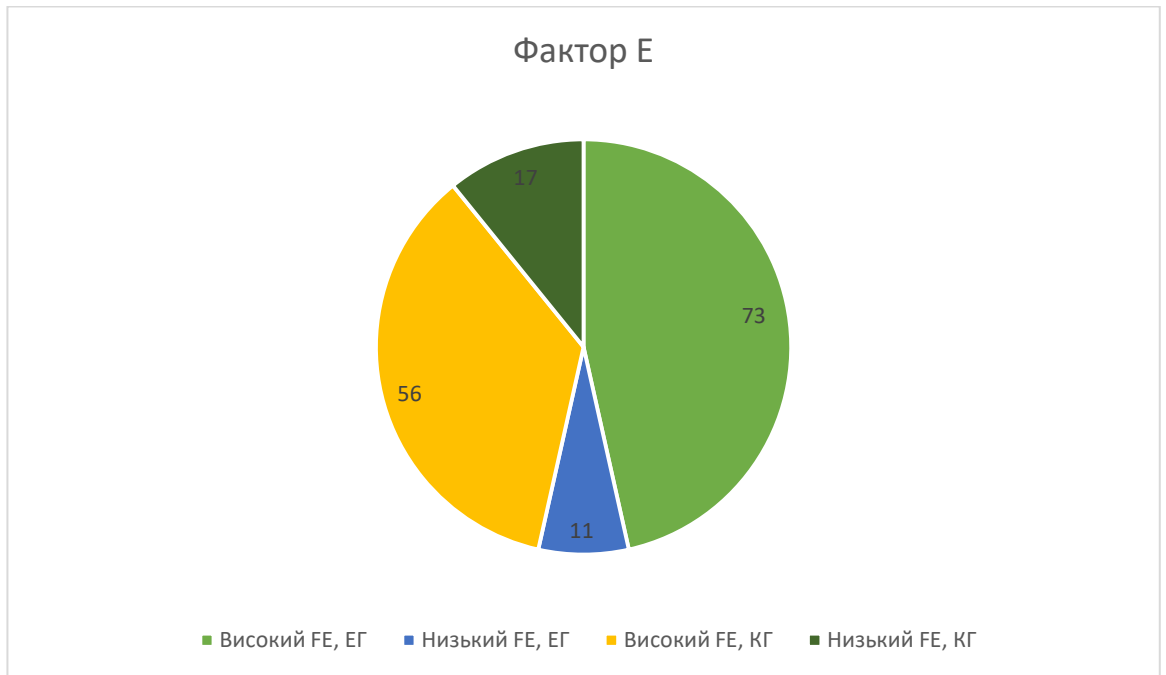


Рис 2.16. Результати за фактором Е «підпорядкованість-домінантність»

Фактор F за шкалою «стриманість-експресивність» високі показники 54% отримали респонденти експериментальної групи та 47% ВПО групи контролю. Такі показники свідчать про життєрадісність, деяку безпечність та імпульсивність, підвищену емоційність та схильність до спілкування, обміну інформацією. Низькі показники 18% в EG та 23% в КГ ВПО демонструють наявність розсудливої, обережної поведінки та спілкування. Такі люди схильні до занепокоєні та песимістичності.

Для компактного подання даних EG та КГ на діаграмі (Рис. 2.17) висвітлені показники за фактором F

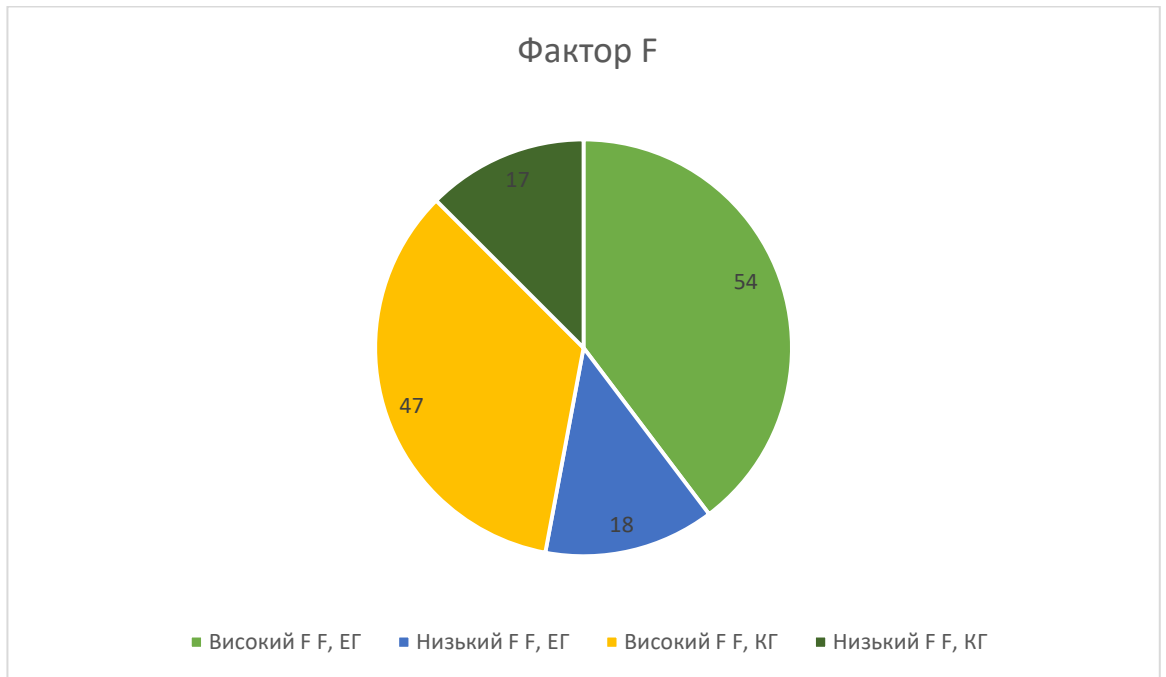


Рис.2.17. Результати за фактором F «стриманість-експресивність»

Фактор G за шкалою «низька нормативність поведінки - висока нормативність поведінки» високі показники 63% отримали респонденти EG та 54% досліджувані групи KG. Що свідчить про вміння дотримуватися норм та правил поведінки, наполегливості у досягненні цілей. Низькі показники в 29% в EG та 31% в KG свідчить про схильність до мінливої поведінки, здатності підпадати під вплив обставин та думок інших людей. Для компактного подання даних EG та KG на діаграмі (Рис.2.18) висвітлені показники за фактором G.

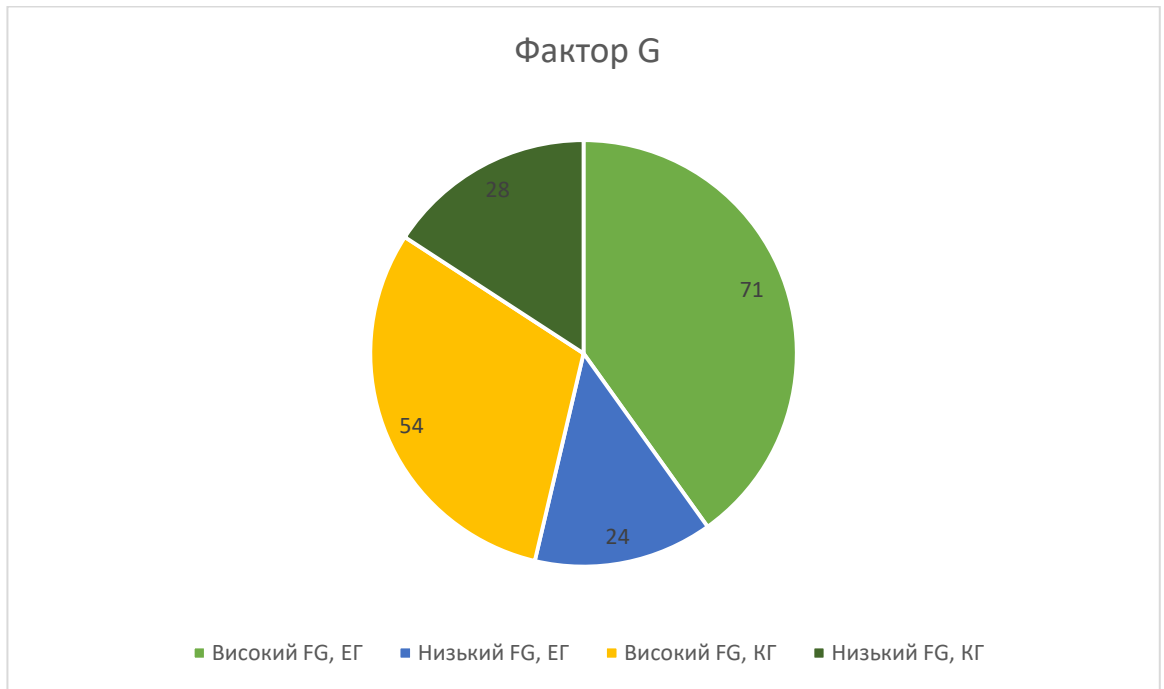


Рис.2.18. Результати за фактором G «низька нормативність поведінки - висока нормативність поведінки»

Фактор H за шкалою : «боязкість-смівість» високий показник в 71% в осіб експериментальної групи та 54% в ВПО контрольної групи – тобто. Люди схильні проявляти смівість, рішучість та приймати конструктивні рішення у важких ситуаціях. Низькі показники 24% отримали ВПО з ЕГ та 28% контрольної групи – характеризується нерішучістю, стриманістю, підвищеною чутливістю до погроз.

Для компактного подання даних ЕГ та КГ на діаграмі (Рис. 2.19) висвітлені показники за фактором H.



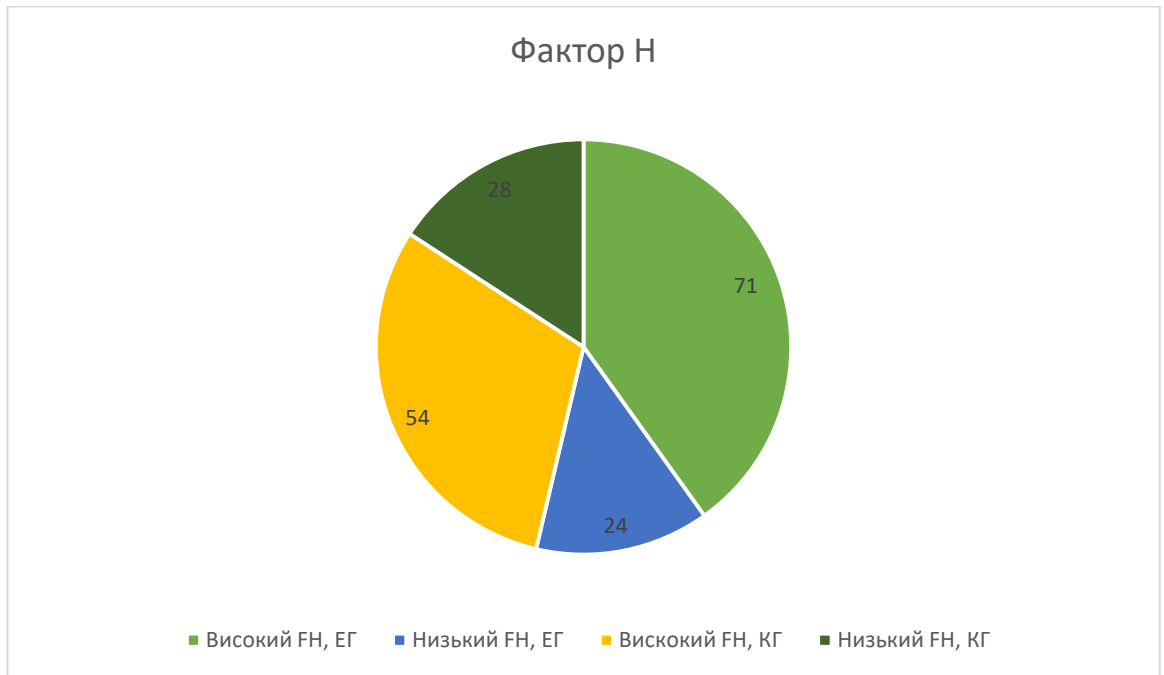


Рис.2.19. Результати за фактором Н «боязкість-смівлівість»

Фактор І за шкалою «жорсткість-чутливість» високі показники 54% отримали представники ЕГ та 48% ВПО групи контролю – є свідченням розвиненої емпатії, співпереживання та розуміння інших людей. Низькі показники в 14% групи ЕГ та 21% КГ ВПО – свідчать про схильність до самовпевненості, байдужості, до позиції «моя хата з краю».

Для компактного подання даних ЕГ та КГ на діаграмі (Рис. 2.20) висвітлені показники за фактором І.

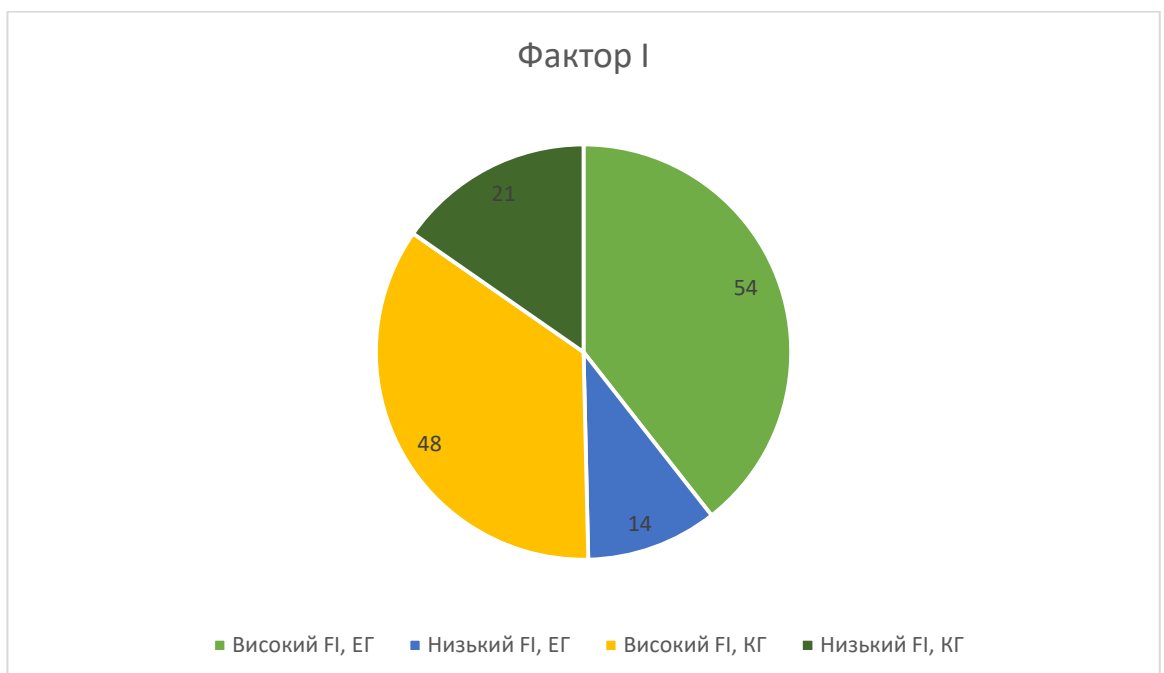


Рис.2.20. Результати за фактором І «жорсткість-чутливість»

Фактор L за шкалою «*довірливість-підозрілість*». Високі показники в 36% отримали респонденти ЕГ та 31% досліджувані КГ - свідчить про підозрілість, зарозумілість. Інтереси спрямовані на задоволення власних потреб. Низькі показники в 56% в групі ЕГ та 49% в групі КГ свідчать про схильності до відвертості, терпимості та поступливості.

Для компактного подання даних ЕГ та КГ на діаграмі (Рис. 2.21) висвітлені показники за фактором L

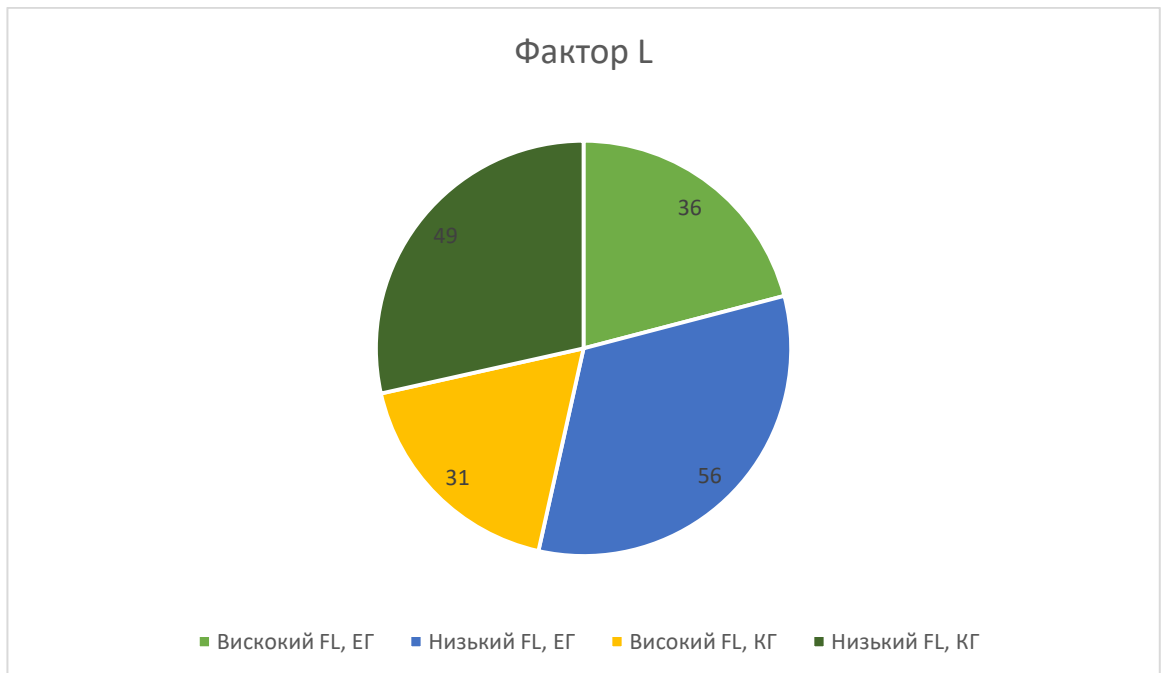


Рис.2.21. Результати за фактором L «довірливість-підозрілість».

Фактор M за шкалою «*практичність-мрійливість*» високі показники в 34% в ЕГ та 29% в групі контролю – свідчить про концентрацію уваги на власному внутрішньому світі та розвитку творчого потенціалу. Низький показник у 45% експериментальної групи та 39% КГ – свідчить про здатність до практичності, дотримання загальноприйнятих норм.

Для компактного подання даних ЕГ та КГ на діаграмі (Рис. 2.22) висвітлені показники за фактором M.

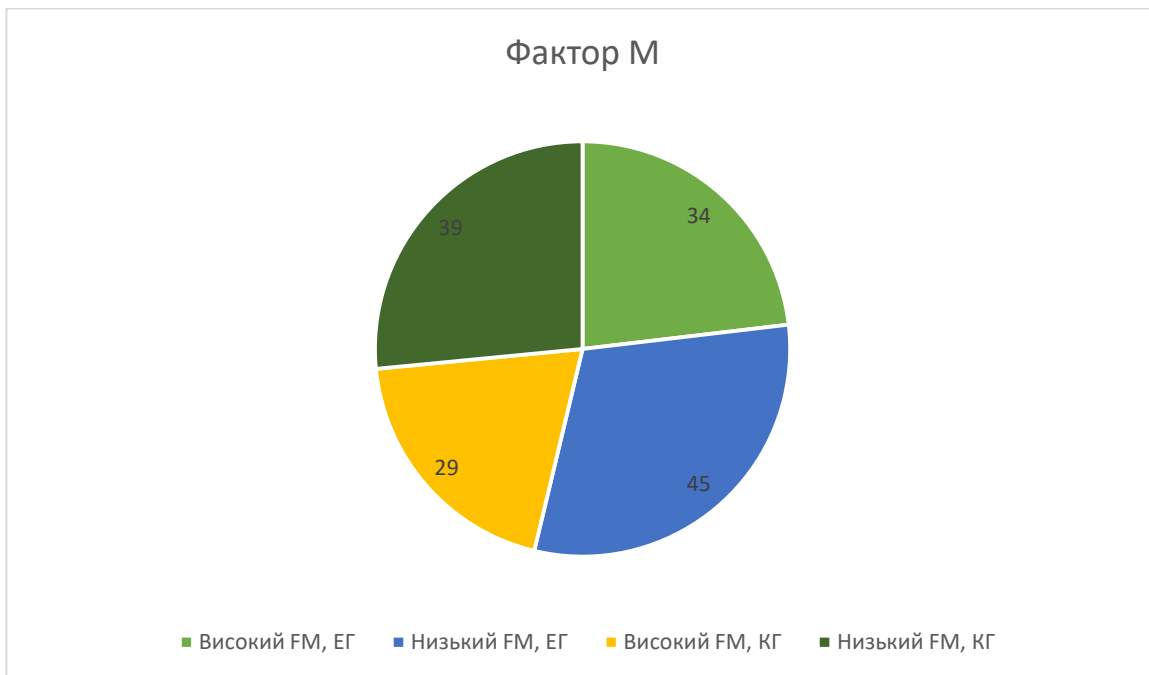


Рис.2.22. Результати за фактором М «практичність-мрійливість»

Фактор N за шкалою «прямолінійність-дипломатичність» високий показник продемонстрували представники ЕГ – 69% та 53% ВПО контрольної групи – свідчить про розважливість, проникливість, уважність до оточуючих. Низькі показники в 37% ЕГ та 41% групи контролю свідчить про властиву прямолінійність та наївність поведінки.

Для компактного подання даних ЕГ та КГ на діаграмі (Рис. 2.23) висвітлені показники за фактором N

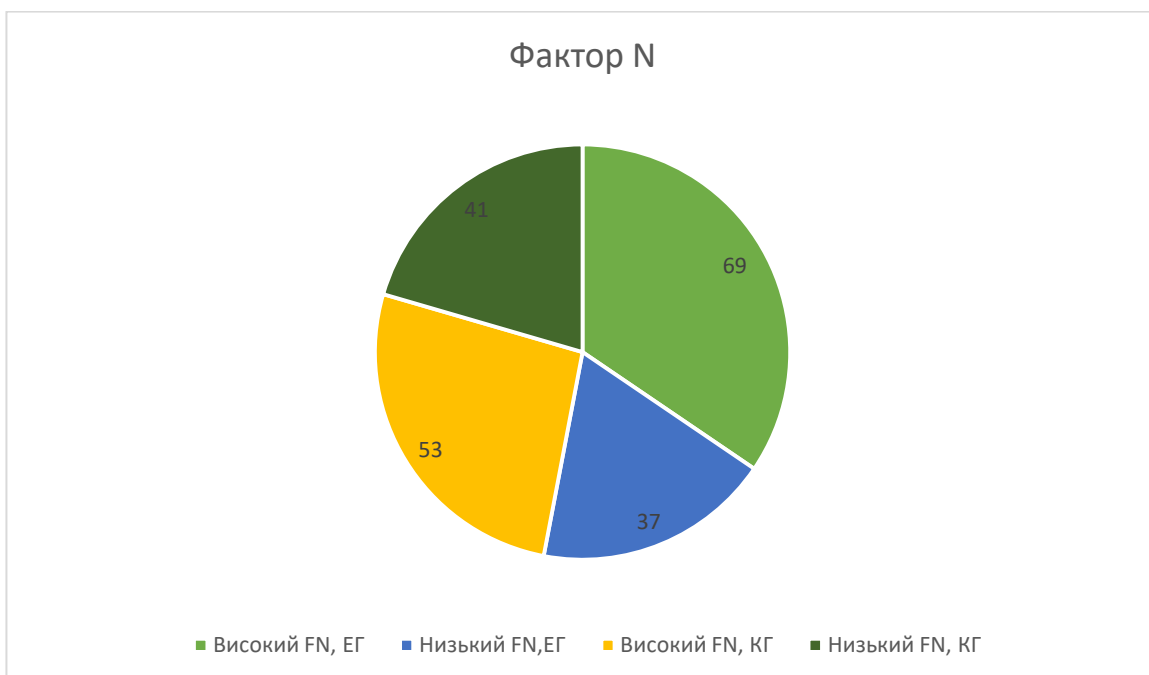


Рис.2.23. Результати за фактором N «прямолинійність-дипломатичність»

Фактор O за шкалою: «спокій-тривожність» високі показники показали респонденти ЕГ – 54% та ВПО групи КГ – 67% - свідчить про тривожність, вразливість. Низькі показники досліджувані групи ЕГ – 37% та представники КГ– 28 % - свідчить про схильність до байдужості та безтурботності.

Для компактного подання даних ЕГ та КГ на діаграмі (Рис. 2.24) висвітлені показники за фактором O

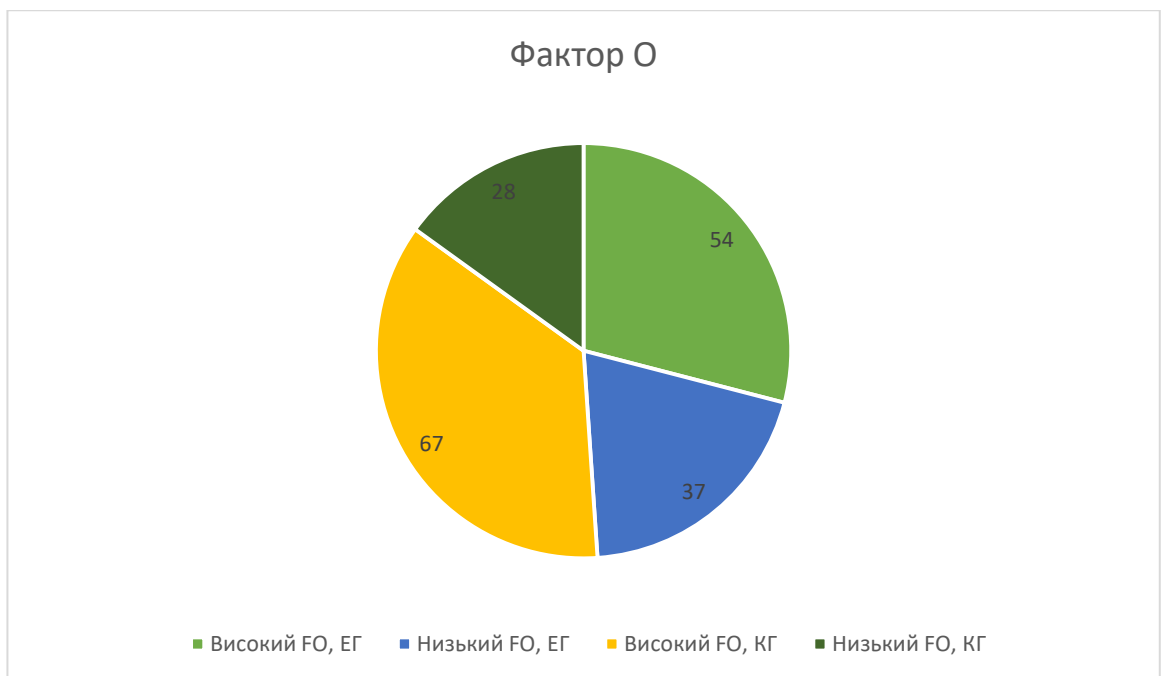


Рис.24. Результати за фактором O «спокій-тривожність»

Фактор Q1 за шкалою: «консерватизм-радикалізм» високі показники отримали респонденти групи ЕГ 61% та ВПО КГ – 57% - свідчить про бажання бути обізнаним, поінформованим, критично мислити. Низькі показники в 37% в експериментальній групі та 41% в контрольній свідчать про наявність рис консерватизму, стійкістю поглядів та сумніву щодо всього нового.

Для компактного подання даних ЕГ та КГ на діаграмі (Рис. 2.25) висвітлені показники за фактором Q1

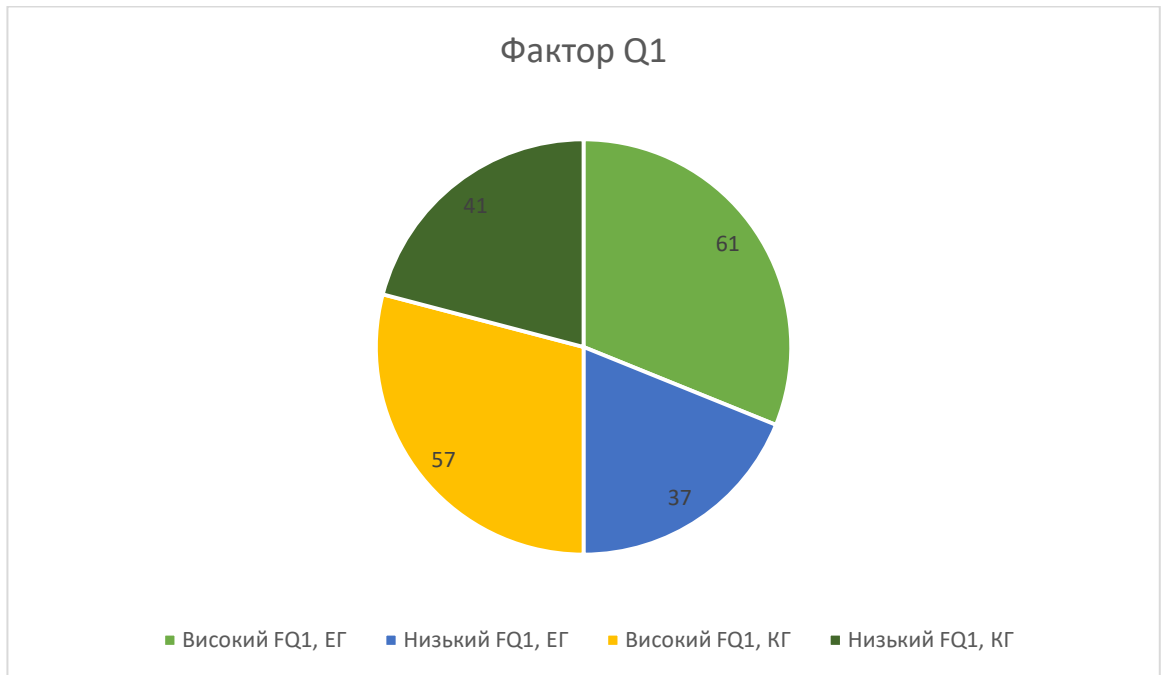


Рис.2.25. Результати за фактором Q1 «консерватизм-радикалізм»

Фактор Q2 за шкалою: «конформізм-нонконформізм» високі показники групи EG – 71% та КГ – 58% внутрішньо переміщених осіб свідчить про здатність приймати рішення та слідувати йому, незалежність та стійкість.

Низькі показники EG – 26% та 39% групи контролю свідчить про схильність йти за думкою суспільства, орієнтуючись на соціальне схвалення, приймає рішення разом з усіма.

Для компактного подання даних EG та КГ на діаграмі (Рис. 2.26) висвітлені показники за фактором Q2

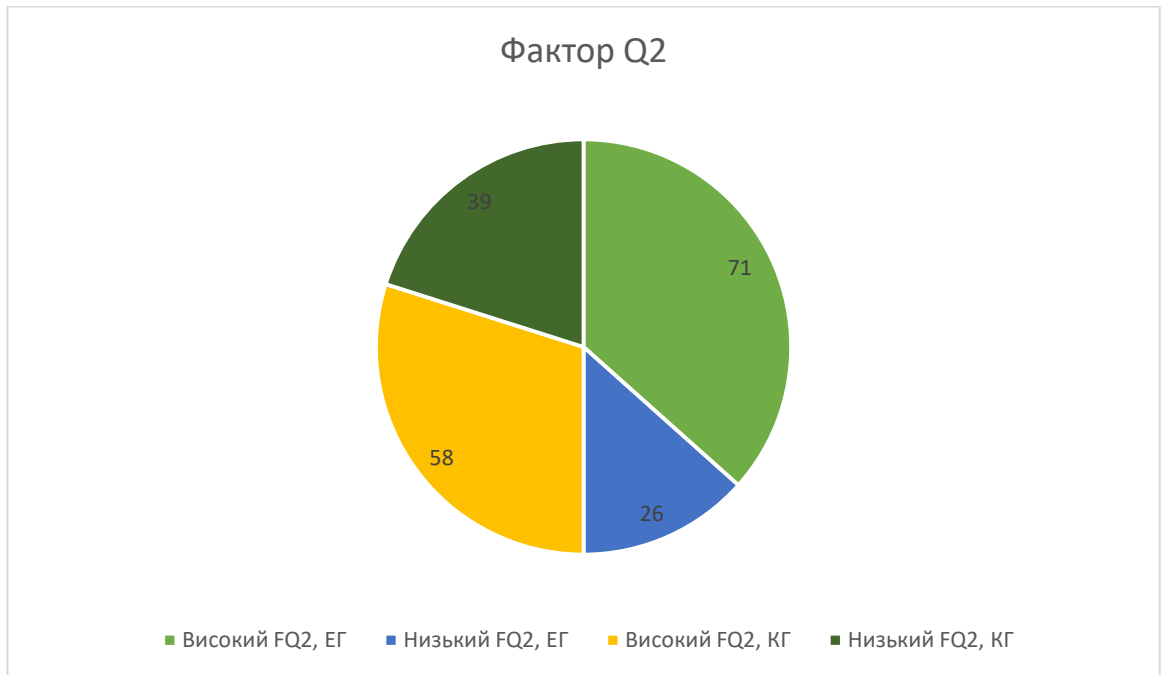


Рис.2.26. Результати за фактором Q2 «конформізм-нонконформізм»

Фактор Q3 за шкалою «низький самоконтроль-високий самоконтроль» високі показники в 67% експериментальної групи та 61 % групи контролю свідчать про розвинутий самоконтроль та самовладання, здатність контролювати власні емоції, дії, почуття, думки.

Низький контроль в 27% ЕГ та 31% % групи контролю свідчить про занепокоєння про виконання соціальних вимог, спостерігається недисциплінованість, внутрішній конфлікт щодо себе.

Для компактного подання даних ЕГ та КГ на діаграмі (Рис. 2.27) висвітлені показники за фактором Q3

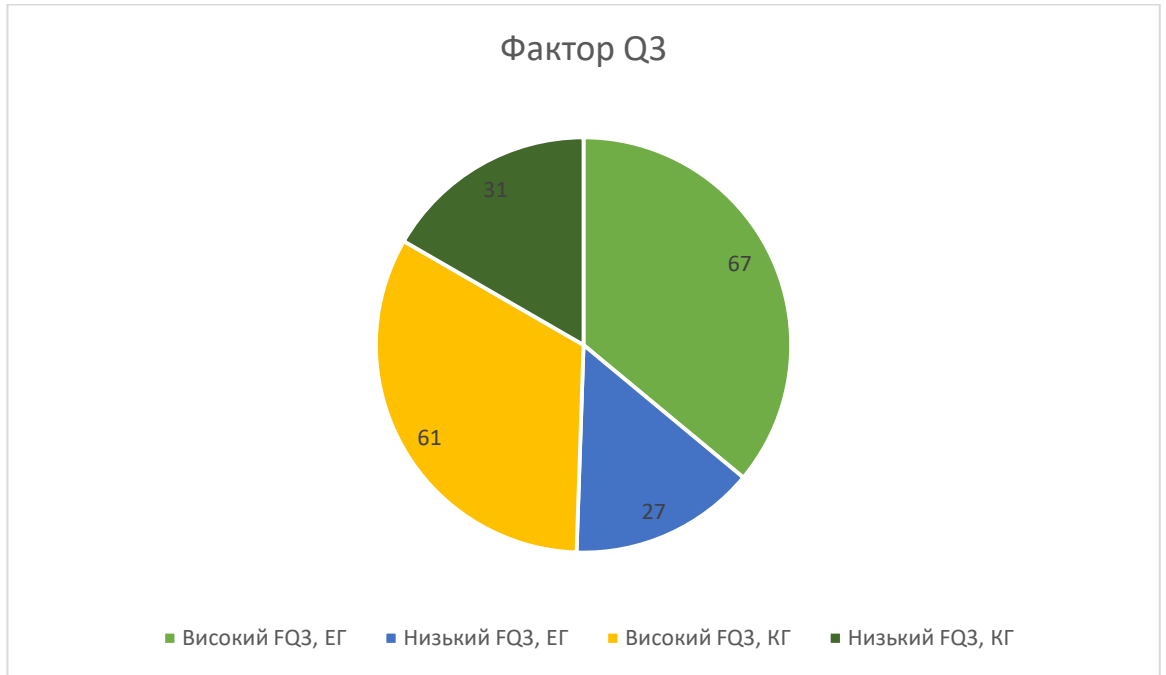


Рис.2.27. Результати за фактором Q3 «низький самоконтроль-високий самоконтроль»

Фактор Q4 за шкалою «розслабленість-напруженість» високий показник свідчить про стан напруженості, неспокою, незадоволення станом речей, деякої фрустрації. У ЕГ ВПО високий показник сягає 33% та в КГ 36%. Низький показник у ЕГ сягає 19% та 23% у КГ ВПО.

Для компактного подання даних ЕГ та КГ на діаграмі (Рис. 2.28) висвітлені показники за фактором Q4

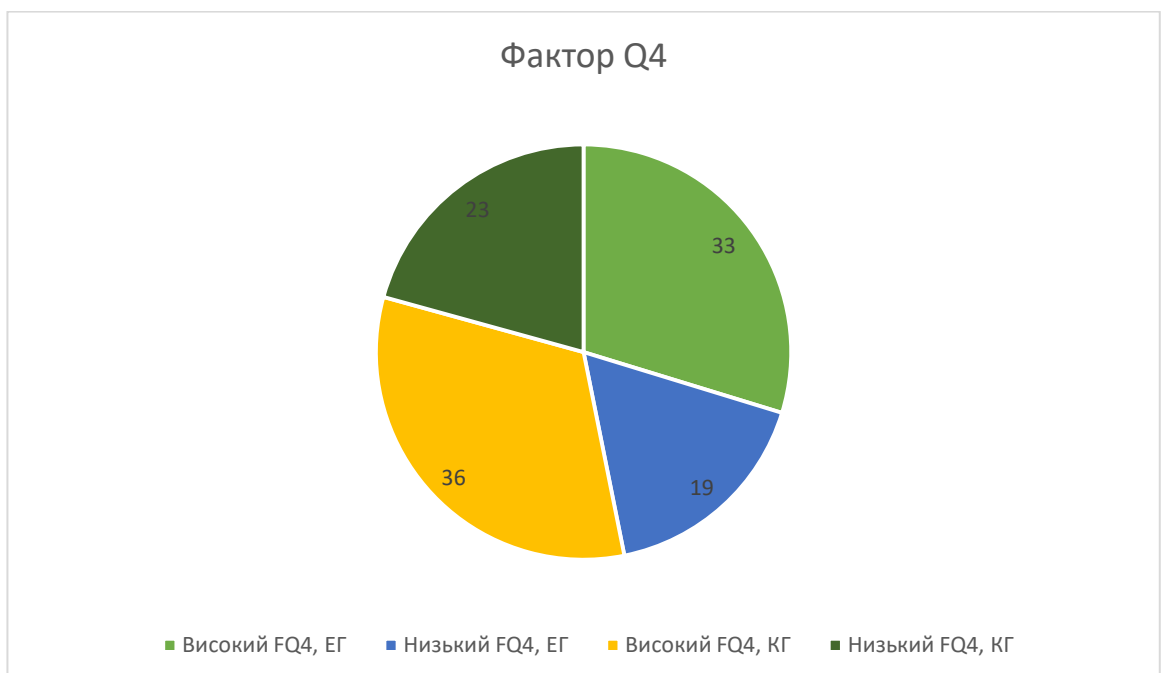


Рис.2.28. Результати за фактором Q4 «розслабленість-напруженість

Представивши отримані показники за усіма факторами, зауважимо, що враховуючи мету нашого дослідження уваги заслуговують наступні фактори (шкали):

**С** *«емоційна стабільність-емоційна нестабільність»* - для людей ВП, які мають високі показники характеризується важкістю переносити невдачі, поразки та труднощі, з високою чутливістю ставляться до своїх успіхів. Високий показник – ознака занепокоєння, стурбованості, страху, невпевненості в собі, почуття провини і невдоволення собою. Особистість із такими високими показниками схильна до прояву панічних атак, оскільки постійно перебуває в емоційному напруженні, переживає страх і тривогу.

**Р.** Кеттелл уважав, що особистість із високими оцінками цього чинника відчуває свою нестійкість, напруженість у важких життєвих ситуаціях, легко може втратити контроль над своєю життєвою ситуацією, для неї характерна комбінація симптомів іпохондрії та неврастенії з переважанням страхів.

**Г** *«стриманість-експресивність»* Результати дослідження із позначкою «-», можуть свідчити про те, що індивідуально-психологічними особливостями ВПО схильних до панічних атак, є обережність та розсудливість, схильність до підвищеної стурбованості, прояву занепокоєння власним майбутнім та до песимістичного сприймання дійсності.

**Г** *«низька нормативність поведінки - висока нормативність поведінки»*; показники за даним фактором із позначкою «-» які отримали ВПО, можуть бути свідченням невимушеної поведінки без докладання додаткових зусиль, щоб виконати групові завдання чи соціально-культурні вимоги. Відмова виконувати та підпорядковуватися певним правилам поведінки може зменшувати вплив соматичних розладів під час панічних атак.

**Н** *«боязкість-сміливість»* показник активності у соціальних контактах. Відображає особливості темпераменту людини і активність організму, має також генетичні передумови виникнення та прояву. Людям з панічними



атаками характерні прояви емоційної стриманості, обережності, уважності, підвищеної чутливості до загрози та небезпеки.

*L «довірливість-підозрілість»* - чим вищі показники тим важче людям ВП до взаємодії з соціумом, тим більше прояву егоцентризму та підозрілості.

*O «спокій-тривожність»* - чим вищий показник у людини, тим більше схильності до прояву та переживання тривожності, депресивності та вразливості. Вважаємо, що такі переживання можуть впливати та провокувати напади панічних атак.

*Q2 «конформізм-нонконформізм»* - високий рівень показника свідчить, про незалежність, орієнтацію на власні рішення, соціальне схвалення та прагнення мати власну думку. Можна зробити припущення, що конформізм-нонконформізм не впливає на появу панічних атак у ВПО

*Q3 «низький самоконтроль-високий самоконтроль»* - згідно з отриманим і показниками діагностики ВПО, відомо, що більшість обстежуваних схильні до високих показників самоконтролю, що проявляється у самовладанні та можливості приймати власні рішення і контролювати ситуацію. Показники низького рівня контролю, свідчать, що частина ВПО мають схильність до недисциплінованості, прояву безвідповідальної поведінки, внутрішній конфлікт, низький рівень самовладання можуть бути додатковим чинником виникнення панічних атак

*Q4 «розслабленість-напруженість»* ВПО з високим рівнем даного фактору схильні до прояву напруженості, фрустрованості, неспокою. Низькі показники у ВПО можуть бути свідченням низької мотивації, схильністю до лінощів, в'ялості надмірної незворушливості. Вважаємо, що показником до можливої схильності нападу панічної атаки є результати із позначкою «+».

Під час здійснення аналізу отриманих даних нашу увагу привернули фактори з високими або низькими значеннями, показники яких, можуть спровокувати появу панічної атаки в особистості. Для більш чіткого аналізу та висновку рекомендуємо прорахувати поєднання усіх факторів у комплексі комунікативні, інтелектуальні, емоційні та регуляторні.

Здійснивши ґрунтовний аналіз за результатами методів діагностики схильності людини до панічних атак, враховуючи психоемоційний стан та індивідуально-психологічні характеристики, зазначимо, що під час панічної атаки страх повністю керує свідомістю людини та її фізіологічними процесами організму, саме тому й відбувається втрата контролю над організмом.

У наукових джерелах психології не вивчалися панічні атаки як окремий психофізіологічний феномен, завжди розглядали як складову з особистісними розладами.

На думку І. Бідюк та В. Проніна, виникнення панічних атак пов'язаних із надмірними проявом тривожності людини, ситуативної та особистісної [с.156].

За результатами дослідження проведеного за методикою «Самооцінка психічних станів Г. Айзенка», тесту Р. Кеттелла, опитувальника САН, Онлайн-опитувальника виявлення панічних атак та агорафобії у внутрішньо переміщених осіб було виявлено схильність до панічних атак, що виникає через високий та середні показники тривожності, напруження, почуття страху, надмірну стурбованість, емоційну нестійкість та несприйняття дійсності.

Вважаємо за доречне пропонувати програму психокорекції тілесно-орієнтованої терапії, яка на нашу думку, сприятиме подоланню підвищеної тривожності, невпевненості та допоможе людині встановити зв'язок із власним тілом та емоціями.

### **2.3. Опис психокорекційної програми для роботи з панічними атаками у ВПО засобами тілесно-орієнтованої терапії**

Психологічною корекцією називається форма діяльності, метою якої є виправлення певних особливостей психічного розвитку, зниження рівня

тривожності та навчання людини методам саморегулювання своїх станів для подолання панічних атак.

Автор А. Кузняк, на базі узагальненої характеристики 7-ми зон м'язового панциру відповідно до даних В. Райха, розробила програму, щодо усунення затискачів кожної області тіла [27].

Метою розробленої програми А. Кузняк, було вироблення конструктивних форм поведінки в стресовій ситуації, для того щоб людина могла підвищити емоційну компетентність та змогла оволодіти навичками саморегуляції в роботі з панічними атаками за допомогою методів тілесно-орієнтованої терапії [27].

Для якісної роботи можна застосовувати такі психокорекційні техніки та методи тілесно-орієнтованої терапії, які належать до різних груп: -

- когнітивно-аналітичні техніки, дихальні вправи, м'язові релаксації,
- масажні та техніки йоги;
- театральні танцювальні та рухові техніки,

За рахунок виконання таких технік людина навчається краще відчувати власне тіло, усвідомлювати ступінь напруги та має можливість гармонізувати психофізичні функції організму [27].

Враховуючи значення програми для подолання нападу панічних атак, висувуються наступні **організаційні рекомендації**:

1. Дотримання принципу добровільності. Люди, які є тимчасово переміщеними мають розуміти, усвідомлювати та самостійно виявляти своє бажання щодо участі у програмі з подолання нападу корекційних атак. Не можна примушувати людину виконувати те, що вона не хоче.

2. Дотримання певного дрескоду в одязі. Для того, щоб людина змогла виконувати запропоновані вправи, має бути зручний одяг та взуття.

3. Дотримання часових проміжків у 1,5 години проведення занять в роботі з ВПО для подолання панічних атак;

4. Дотримання правил відпочинку після проведення занять. Тобто, максимально швидко засинати та відпочивати в темній кімнаті, не

користуватися телефоном та ноутбуком, не дивитися телебаченням (уникати впливу блакитного екрану).

5. Дотримуватися правила конфіденційності – записувати заняття для особистого перегляду або з метою подальшого розповсюдження відео суворо забороняється.

6. Дотримуватися правила «домашнього завдання» - у ті дні, коли за розкладом занять не має, варто виконувати одну-дві дихальні вправи, будь яку техніку роботи із зоною тіла, або ж будь який елемент самомасажу.

Враховуючи результати проведеного констатувального експерименту, була розроблена **психокорекційна програма для роботи з панічними атаками у вимушено переселених осіб техніками тілесно-орієнтованої терапії.**

За рахунок систематичних впливів на особистість реалізуються поставлені в психологічній корекції задачі. Психологічна корекція може бути реалізована шляхом проведення одного тренінгу або певної кількості занять [12, с.5].

Слід зазначити, що В. Райх зазначає, що в тілесно-орієнтованому підході суть росту клієнтів, використовуючи групові форми роботи, полягає в процесі розсмоктування фізичного та психологічного панцира, що сприяє поступовому становленню людиною більш вільною та відкритою [28].

Під час конструювання психокорекційної програми подолання панічних атак нами враховувалися теоретичні напрацювання (Н. Вишнякової, О. Лоуена, К. Мілютіної, К. Рудестама, В. Райха, Л. Сергєєвої, Я. Церкової та ін.).

**Метою роботи з подолання панічних атак у ВПО** було вироблення таких форм поведінки в стресових ситуаціях, які допоможуть людині залишатися емоційно стійкою, оволодіваючи навичками подолання панічних атак за допомогою методів тілесно-орієнтованої терапії.

Завдання:

- допомога в подоланні підвищеної тривожності;

- знайомство з власними емоціями і почуттями;
- навчання відчувати своє тіло;
- наповнення ресурсами;
- накопичення емоційно-позитивного досвіду керування своєю тривожністю, емоціями, оволодіння навичками самовладання;
- навчання новим способам поведінки в стані підвищеної тривожності;

Було рекомендовано застосовувати такі методи тілесно-орієнтованої терапії різних груп:

- когнітивно-аналітичні техніки;
- дихальні вправи;
- техніки м'язової релаксації;
- масажні техніки;

Запропоновані завдання дозволяють відчути своє тіло, усвідомити ступінь його напруги, гармонізують психофізичні функції.

Під час розробки програми варто дотримуватися базових принципів:

1. Єдність діагностики та корекції: діагностика завжди передують корекційній роботі та сприяє уточненню діагнозу, а також дозволяє об'єктивно оцінювати ефективність проведеної корекційної роботи.

2. Взаємодія: головний засобів корекційно-розвивального впливу

3. Орієнтація на зону найближчого розвитку особи, адже за його межами психокорекційна робота вона не матиме ефекту.

4. Принцип нормативності: орієнтація на еталони розвитку особистості у певному віковому періоді як під час проведення корекційної роботи, так і під час оцінки її ефективності.

5. Системність характеру психічного розвитку, тобто корекційна робота має бути спрямована на усунення причин відхилень у розвитку. [31]

6. Принцип гуманізму – віра в можливості особистості, орієнтація на розвиток особистості й особистісне зростання

7. Принцип поетапності, який сприяє поступовому, більш глибокому розумінню кожним учасником самого себе.

8. Принцип партнерського (суб'єкт-суб'єктного) спілкування: перехід на об'єктивований рівень спілкування. Універсальним засобом об'єктивації поведінки є зворотній зв'язок, рефлексія змін колективна та індивідуальна. Партнерським спілкуванням є спілкування, при якому враховуються інтереси інших учасників взаємодії, їхні почуття, переживання, визнається цінність особистості. Реалізація цього принципу створює в групі атмосферу довіри, безпеки, відкритості.

9. Принцип індивідуально-диференційованого підходу передбачає зміни форм і методів корекційної роботи залежно від індивідуальних особливостей молоді, цілей і завдань роботи.

Після того, як була отримана згода з організаційними рекомендаціями від експериментальної групи в кількості 33 особи ВП, було запропоновано програму роботи з панічними атаками в форматі онлайн, терміном в чотири тижні.

Заняття мають відбуватися в вечірній час за допомогою програми Zoom. Загально тренінгом було передбачено 5 занять, два рази на тиждень (в залежності від святкових днів).

Структура рекомендованої програми наведена нижче. Детальний опис програми по днях відображений в додатку В.

Тематичний план програми розрахований на 5 занять, кожне заняття складається з 5 блоків: перший блок – 5 хвилин, другий блок – 15 хвилин, третій блок – 20 хвилин, четвертий блок – 20 хвилин, останній, п'ятий блок – 30 хвилин.

Перше заняття спрямоване на усвідомлення й прийняття людиною власного емоційного стану, моделі поведінки при прояві різних емоцій, спрямоване на зняття емоційного напруження, що в свою чергу сприятиме формуванню емоційної стійкості, самовладання молоді.

Друге психокорекційне заняття спрямоване на продовження знайомства зі способами саморегуляції власного емоційного стану, на зняття

стомленості, емоційного напруження, створення позитивного емоційного фону.

Метою третього заняття є досягнення учасниками психокорекційного заняття відчуття спокою, придбання загальної гармонізації емоційного стану, наповнення тіла енергією через спонтанне самовираження, а також прийняття себе і підвищення впевненості в собі.

Четверте психокорекційне заняття спрямоване на навчання розслабляти різні частини тіла, зняття емоційного напруження, тілесного напруження, відновлення фізичних сил, емоційне підживлення та придбання нових навичок саморегуляції.

П'яте заняття спрямоване на формування впевненості, оптимістичного ставлення до життя, розвиток уміння помічати та виокремлювати нові цілі в складних життєвих ситуаціях.

### ***Структура першого заняття:***

1. *Вступне слово тренера.*

2. *Обговорення й прийняття правил (10 хвилин):* Декларуються правила роботи групи з коротким поясненням.

3. *Блок вправ на розвиток тілесної усвідомленості.*

Масаж «Розтирання тіла».

Вправа на розслаблення «Ганчірна лялька і солдат»

3. *Блок вправ на пропрацювання м'язового панцира та м'язову релаксацію.*

Вправа психологині Н. Підлісної для заземлення, вибудову опор, релаксацію та самоспостереження. Вправа «Солдат».

4. *Блок дихальних вправ на відновлення життєвого ресурсу. Методи регуляції дихання*

Ознайомлення учасників з технікою діафрагмального дихання.

Дихальні вправи.

5. *Блок зворотнього зв'язку.*

Рефлексія. Вправа «Що я забираю з собою». Питання та відповіді.

***Структура другого заняття:***

1. *Ознайомлення учасників з планом роботи другого заняття.*

Вправа «Подаруй усмішку»

2. *Блок вправ на розвиток тілесної усвідомленості.*

Масаж зони очей.

3. *Блок вправ на пропрацювання м'язового панцирю та м'язову релаксацію.*

Ознайомлення учасників з теорією В.Райха про 7 груп м'язів, що утворюють затискачі та панцир з утримуваними емоціями.

Вправа «Гімнастика для очей» для пропрацювання м'язового панцира в зоні очей.

Вправа «Заземлення» Розминки на заземлення

4. *Блок дихальних вправ.*

Ознайомлення учасників з різними техніками дихання в залежності від цілей. Квадратне дихання для врівноваження стану.

Дихання для швидкої мобілізації. Дихання для релаксації. Практика трьох видів дихальних вправ.

Вправа «Усвідомлене дихання».

5. *Блок зворотнього зв'язку.*

Рефлексія. Вправа «Що я забираю з собою». Питання та відповіді.

***Структура третього заняття:***

1. *Ознайомлення учасників з планом роботи третього заняття.*

Вправа "Побажання"

2. *Блок вправ на розвиток тілесної усвідомленості.*

Масаж ротової зони.

3. *Блок вправ на пропрацювання м'язового панцира та м'язову релаксацію.*



Вправа «Кривляння» для пропрацювання м'язового панцира в ротовій зоні.

Техніка майндфулнесс

4. *Блок дихальних вправ. Релаксація*

Ознайомлення учасників з технікою дихання з йоги «Пранаяма».

Практика такого дихання.

Вправа «Усвідомлене дихання».

Вправа-релаксація

5. *Блок зворотнього зв'язку.*

Рефлексія. Вправа «Що я забираю з собою». Питання та відповіді.

### ***Структура четвертого заняття:***

1. *Ознайомлення учасників з планом роботи четвертого заняття.*

Візуалізація. Представлення ситуації, коли вам було добре та комфортно

2. *Блок вправ на розвиток тілесної усвідомленості.*

Масаж шийної зони та язика.

Вправа «Солдат».

3. *Блок вправ на пропрацювання м'язового панцирю та м'язову релаксацію.*

Вправа «Робота з подушкою» для пропрацювання м'язового панцира в шийній зоні.

Вправа «Цілюще джерело»

4. *Блок дихальних вправ.*

Квадратне дихання для врівноваження стану. Дихання для швидкої мобілізації. Дихання для релаксації. Ознайомлення учасників з технікою дихання животом. Практика дихання животом.

Медитація. Вправа «Луг»

5. *Блок зворотнього зв'язку.*

Рефлексія. Вправа «Що я забираю з собою». Питання та відповіді.

***Структура п'ятого заняття:***

*1. Ознайомлення учасників з планом роботи п'ятого заняття.*

Вправа «Тух-тібі-дух»

*2. Блок вправ на розвиток тілесної усвідомленості.*

Масаж грудної зони (широких м'язів грудей, м'язів плечей, лопаток, грудної клітини, верхніх кінцівок). Вправа «Усвідомлене дихання».

*3. Блок вправ на пропрацювання м'язового панцирю та м'язову релаксацію.*

Вправа «Бій з подушкою» для пропрацювання м'язового панцира в грудній зоні, а саме розслаблення і розтискання м'язів і органів грудної клітини, плечей, лопаток і всієї руки.

*4. Блок дихальних вправ.*

Дихання животом. Квадратне дихання для врівноваження стану.

Дихання для швидкої мобілізації. Дихання для релаксації.

Вправа «Доторкнися до зірок»

Вправа «Прекрасна квітка»

*5. Блок зворотнього зв'язку.*

Рефлексія. Вправа «Що я забираю з собою». Питання та відповіді.

Для перевірки ефективності впровадження психокорекційної програми роботи з панічними атаками в ВПО за допомогою тілесно-орієнтованої терапії було проведене повторне тестування. Було встановлено значимі відмінності у показниках рівня.

Отже, за результатами вторинної діагностики, контрольного зрізу, було виявлено, що *за методикою САН* у людей ВПО експериментальної групи переважає хороше *самопочуття* (29%) та середнього рівня самопочуття (50%), і лише у 21% осіб виявлено нижчий рівень самопочуття (таб.2.1.)

**Таблиця 2.1.**

**Результати вторинного дослідження психоемоційного стану**

**внутрішньо переміщених осіб**

Рівень показника		ЕГ -34		КГ-33	
		К-ть осіб	%	К-ть осіб	%
Самопочуття	високий	10	29	10	30
	середній	17	50	19	58
	низький	7	21	4	12
Активність	високий	12	35	11	33
	середній	18	53	19	58
	низький	4	12	3	9
Настрій	високий	15	44	9	27
	середній	17	50	18	54
	низький	2	6	6	18

Згідно, з результатами таблиці, отримані показники контрольного зрізу за трьома шкалами методики САН, у контрольній та експериментальній групах відрізняються. Здійснивши ґрунтовний аналіз показників контрольної групи стало відомо, що психоемоційний стан характеризується показниками середнього значення самопочуття, настрою та (активності) активної поведінки.

Орієнтуючись на отримані дані за цією методикою, зрозуміло, що показники самопочуття, активності та настрою в *ЕГ ВПО* значно змінилися після впровадженної програми роботи за допомогою технікам тілесно-орієнтованої терапії. Про що свідчать відсоткові показники у таблиці 2.1.

Отримані дані після контрольного зрізу у *КГ ВПО* мають несуттєві, але відмінності, про що свідчать відсоткові показники, які представлені у таблиці 2.1. Зокрема стало відомо про зниження настрою та активності у ВПО, але є невеликі зміни у самопочутті людей.

Після проведеного контрольного зрізу були отримані наступні результати за методикою *«Самооцінки психічних станів Г. Айзенка»* (Таблиця 2.2.).

Зокрема, стало відомо, що у респондентів експериментальної групи за шкалою *«тривожності»* зменшилася кількість людей, які мають високий

рівень до 2 опитуваних, з 4. І вже у 20 осіб виявився середній рівень тривожності. Низький рівень тривожності спостерігається у 12 людей.

Таблиця 2.

**Результати діагностики психоемоційного стану досліджуваних за методикою Г. Айзенка**

Рівень показника		ЕГ		КГ	
		К-ть осіб	%	К-ть осіб	%
<b>Фрустрація</b>	Високий	2	6	1	3
	Середній	19	56	15	45
	Низький	13	38	17	52
<b>Тривожність</b>	Високий	2	6	1	3
	Середній	20	59	19	59
	Низький	12	35	13	39
<b>Агресивність</b>	Високий	3	9	3	9
	Середній	20	61	19	58
	Низький	10	30	11	33
<b>Ригідність</b>	Високий	3	9	3	9
	Середній	28	82	16	48
	Низький	3	9	14	43
<b>Всього</b>		34	100%	33	100%

Здійснивши аналіз отриманих даних, варто зазначити про показники за шкалою «Фрустрація», де в експериментальній групі 19 осіб відзначають відсутність схильності до фрустрації, тобто значна частина внутрішньо переміщених осіб даної групи володіє високим рівнем стійкості до невдач у житті та вміння долати непередбачувані труднощі. І, лише 2 особи із числа опитуваних проявили високий рівень фрустрованості, що виявляється у переживанні страху труднощів та життєвих негараздів і невдач.

За результатами шкали «Агресивність» внутрішньо переміщені особи експериментальної групи проявили середні показники схильності до агресивного типу поведінки. І, тільки у 3 осіб виявляють високий рівень

агресивності. Опираючись на дані методики, високий прояв агресивності означає виникнення труднощів у спілкуванні, взаємодії з оточуючи, виникненні конфлікту під час вирішення проблем на роботі чи під час спілкування з людьми.

Показники за шкалою «ригідність» виявилися наступними: лише у 6 внутрішньо переміщених осіб вибірки відзначається відсутність ригідності, присутні легкість та гнучкість у прийнятті рішень. Середній рівень ригідності спостерігається у 28 осіб, у 3 респондентів наявний високий рівень ригідності, що виявляється у стереотипній поведінці, стійких поглядах та переконаннях, які досить важко змінити навіть у кризових ситуаціях, які вимагають швидкого прийняття рішення.

Здійснивши опитування респондентів за допомогою онлайн-опитувальників на виявлення панічних атак; Тесту-Агорафобія та панічні атаки стало відомо, що серед внутрішньо переміщених осіб були отримані наступні результати.

**За тестом Агорафобія та панічні атаки** із експериментальної групи лише у 1 респондентів виявилася схильність до панічних атак, у 33 внутрішньо переміщених осіб спостерігається більше схильність до агорафобії, ніж до нападу панічних атак. В контрольній групі 4 осіб схильні до панічних атак згідно опитувальника. І, 29 ВПО не мають такої схильності. Отримані дані за контрольним зрізом показали незначні зміни в ЕК та КГ ВПО.

Дані показники значної кількості ВПО свідчать про те, що люди схильні до негативних переживань, але зрештою дратуючись через дрібниці, не втрачають контроль над собою та власним тілом і здатні приймати конструктивні рішення у непередбачуваних ситуаціях.

За результатами **тесту на виявлення панічних атак**, який представлено на сайті лікаря-невролога К. Куца, стало відомо, що у значної частини внутрішньо переміщених осіб експериментальної групи, а саме 31 респондента дали відповіді на питання загальної кількості менше 10

позитивних відповідей. І, лише 3 досліджуваних відповіли «Так» на більше ніж 10 запитань.

Що ж до контрольної групи, варто зазначити, що отримані результати не мають значних відмінностей від результатів респондентів ЕГ: 26 ВПО дала відповідь «Так» на запитання від 1 до 10. Та, лише 7 осіб перевищили кількість відповідей на запитання (більше 10) щодо вияву панічних атак.

Отримані повторні дані також свідчать про незначні зміни серед респондентів.

Оскільки для представлення якісних результатів нашого дослідження, був проведений контрольний зріз та отримані показники за обраними факторами стало відомо, що за шкалами:

**С «емоційна стабільність-емоційна нестабільність»** - для людей ВП, які мають високі показники характеризується важкістю переносити невдачі, поразки та труднощі, з високою чутливістю ставляться до своїх успіхів. Високий показник – ознака занепокоєння, стурбованості, страху, невпевненості в собі, почуття провини і невдоволення собою. Особистість із такими високими показниками схильна до прояву панічних атак, оскільки постійно перебуває в емоційному напруженні, переживає страх і тривогу.

**Ф «стриманість-експресивність»** Результати дослідження із позначкою «-», можуть свідчити про те, що індивідуально-психологічними особливостями ВПО схильних до панічних атак, є обережність та розсудливість, схильність до підвищеної стурбованості, прояву занепокоєння власним майбутнім та до песимістичного сприймання дійсності.

**Г «низька нормативність поведінки - висока нормативність поведінки»;** показники за даним фактором із позначкою «-» які отримали ВПО, можуть бути свідченням невимушеної поведінки без докладання додаткових зусиль, щоб виконати групові завдання чи соціально-культурні вимоги. Відмова виконувати та підпорядковуватися певним правилам поведінки може зменшувати вплив соматичних розладів під час панічних атак.

**Н «боязкість-сміливість»** показник активності у соціальних контактах. Відображає особливості темпераменту людини і активність організму, має також генетичні передумови виникнення та прояву. Людям з панічними атаками характерні прояви емоційної стриманості, обережності, уважності, підвищеної чутливості до загрози та небезпеки.

**L «довірливість-підозрілість»** - чим вищі показники тим важче людям ВП до взаємодії з соціумом, тим більше прояву егоцентризму та підозрливості.

**О «спокій-тривожність»** - чим вищий показник у людини, тим більше схильності до прояву та переживання тривожності, депресивності та вразливості. Вважаємо, що такі переживання можуть впливати та провокувати напади панічних атак.

**Q2 «конформізм-нонконформізм»** - високий рівень показника свідчить, про незалежність, орієнтацію на власні рішення, соціальне схвалення та прагнення мати власну думку. Можна зробити припущення, що конформізм-нонконформізм не впливає на появу панічних атак у ВПО

**Q3 «низький самоконтроль-високий самоконтроль»** - згідно з отриманим і показниками діагностики ВПО, відомо, що більшість обстежуваних схильні до високих показників самоконтролю, що проявляється у самовладанні та можливості приймати власні рішення і контролювати ситуацію. Показники низького рівня контролю, свідчать, що частина ВПО мають схильність до недисциплінованості, прояву безвідповідальної поведінки, внутрішній конфлікт, низький рівень самовладання можуть бути додатковим чинником виникнення панічних атак

**Q4 «розслабленість-напруженість»** ВПО з високим рівнем даного фактору схильні до прояву напруженості, фрустрованості, неспокою. Низькі показники у ВПО можуть бути свідченням низької мотивації, схильністю до лінощів, в'ялості надмірної незворушливості. Вважаємо, що показником до можливої схильності нападу панічної атаки є результати із позначкою «+».

Під час здійснення аналізу отриманих даних нашу увагу привернули фактори з високими або низькими значеннями, показники яких, можуть

спровокувати появу панічної атаки в особистості. Для більш чіткого аналізу та висновку необхідно прорахувати поєднання усіх факторів у комплекси комунікативні, інтелектуальні, емоційні та регуляторні.

Здійснивши ґрунтовний аналіз за результатами методів діагностики схильності людини до панічних атак, враховуючи психоемоційний стан та індивідуально-психологічні характеристики, зазначимо, що під час панічної атаки страх повністю керує свідомістю людини та її фізіологічними процесами організму, саме тому й відбувається втрата контролю над організмом.

Отже, проведене експериментальне дослідження дозволяє нам говорити про можливість ефективного застосування запропонованих рекомендацій та можливість їх подальшого застосування для розробки психокорекційної програми в роботі з панічними атаками у внутрішньо переміщених осіб, оскільки це може мати позитивний вплив на цей показник

Рекомендоване подальше вивчення феномену панічні атаки, з глибоким зануренням в проблему, з можливістю розробки більш розширених рекомендацій та психокорекційної програми з роботи над подоланням панічних атак у вимушено переміщених осіб.

## **Висновки до розділу 2**

Проведення емпіричного дослідження констатувального експерименту включало чотири етапи роботи. На першому було організовано та проведено діагностику психоемоційних станів та визначення індивідуально-психологічних характеристик внутрішньо переміщених осіб схильних до панічних атак за допомогою коректно підбраного інструментарію. Було обрано вибірку респондентів у кількості 67 осіб ВП, розділених на експериментальну (33 особи) та контрольну (34 особи) групи.

На другому етапі емпіричного дослідження було здійснено обробку результатів діагностики, вирахування відсотків відповідно до методик та представлення отриманих результатів у вигляді діаграм. За допомогою



методики діагностики самооцінки психічних станів Г. Айзенка стало відомо, що респонденти ЕГ мають середні показники тривожності, ригідності, фрустрації та агресивності, натомість як у респондентів КГ показники агресивності відрізняються схильністю до високого рівня тривожності.

Згідно опитувальника САН (самопочуття, активність, настрої) де за отриманими результатами виявлено що значна частина респондентів експериментальної групи перебували в хорошому та нормальному настрої, але були присутні поодинокі прояви втоми та деякої пасивності. Порівнюючи отримані результати експериментальної групи із контрольною, варто зазначити, що більшість досліджуваних контрольної групи за усіма показниками проявили середній рівень самопочуття, активності та настрою.

За результати тесту Р. Кеттелла (16-RF опитувальник) нашої уваги заслуговують наступні фактори (шкали): *С «емоційна стабільність-емоційна нестабільність»* - для людей ВП, які мають високі показники характеризується важкістю переносити невдачі, поразки та труднощі, з високою чутливістю ставляться до своїх успіхів. Високий показник – ознака занепокоєння, стурбованості, страху, непевненості в собі, почуття провини і невдоволення собою. Особистість із такими високими показниками схильна до прояву панічних атак, оскільки постійно перебуває в емоційному напруженні, переживає страх і тривогу; *F «стриманість-експресивність»* отримані результати дослідження із позначкою «-», можуть свідчити про те, що індивідуально-психологічними особливостями ВПО схильних до панічних атак, є обережність та розсудливість, схильність до підвищеної стурбованості, прояву занепокоєння власним майбутнім та до песимістичного сприймання дійсності. *G «низька нормативність поведінки - висока нормативність поведінки»* - показники за даним фактором із позначкою «-» які отримали ВПО, можуть бути свідченням невимушеної поведінки без докладання додаткових зусиль, щоб виконати групові завдання чи соціально-культурні вимоги. Відмова виконувати та підпорядковуватися певним правилам поведінки може зменшувати вплив соматичних розладів

під час панічних атак; за фактор *H* «боязкість-сміливість» відображаються особливості темпераменту людини і активність організму, яка має також генетичні передумови виникнення та прояву. Людям з панічними атаками характерні прояви емоційної стриманості, обережності, уважності, підвищеної чутливості до загрози та небезпеки; за фактором *L* «довірливість-підозрілість» - чим вищі показники тим важче людям ВП до взаємодії з соціумом, тим більше прояву егоцентризму та підозрілості; за фактором *O* «спокій-тривожність» - чим вищий показник у людини, тим більше схильності до прояву та переживання тривожності, депресивності та вразливості. Вважаємо, що такі переживання можуть впливати та провокувати напади панічних атак; за фактором *Q2* «конформізм-нонконформізм» - високий рівень показника свідчить, про незалежність, орієнтацію на власні рішення, соціальне схвалення та прагнення мати власну думку. Можна зробити припущення, що конформізм-нонконформізм не впливає на появу панічних атак у ВПО; за фактором *Q3* «низький самоконтроль-високий самоконтроль» - згідно з отриманим і показниками діагностики ВПО, відомо, що більшість обстежуваних схильні до високих показників самоконтролю, що проявляється у самовладанні та можливості приймати власні рішення і контролювати ситуацію. Показники низького рівня контролю, свідчать, що частина ВПО мають схильність до недисциплінованості, прояву безвідповідальної поведінки, внутрішній конфлікт, низький рівень самовладання можуть бути додатковим чинником виникнення панічних атак; за фактором *Q4* «розслабленість-напруженість» ВПО з високим рівнем даного фактору схильні до прояву напруженості, фрустрованості, неспокою. Низькі показники у ВПО можуть бути свідченням низької мотивації, схильністю до лінощів, в'ялості надмірної незворушливості. Вважаємо, що показником до можливої схильності нападу панічної атаки є результати із позначкою «+».

Під час здійснення аналізу отриманих даних нашу увагу привернули фактори з високими або низькими значеннями, показники яких, можуть спровокувати появу панічної атаки в особистості.

За тестом *Агорафобія та панічні атаки* із експериментальної групи лише у 2 респондентів виявилася схильність до панічних атак, у 32 внутрішньо переміщених осіб спостерігається більше схильність до агорафобії, ніж до нападу панічних атак. В контрольній групі 4 осіб схильні до панічних атак згідно опитувальника. I, 29 ВПО не мають такої схильності.

Дані показники значної кількості ВПО свідчать про те, що люди схильні до негативних переживань, але зрештою дратуючись через дрібниці, не втрачають контроль над собою та власним тілом і здатні приймати конструктивні рішення у непередбачуваних ситуаціях.

За *результатами тесту на виявлення панічних атак*, який представлено на сайті лікаря-невролога К. Куца, стало відомо, що у значній частини внутрішньо переміщених осіб експериментальної групи, а саме 30 респондента дали відповіді на питання загальної кількості менше 10 позитивних відповідей. I, лише 4 досліджуваних відповіли «Так» на більше ніж 10 запитань. Що ж до контрольної групи, варто зазначити, що отримані результати не мають значних відмінностей від результатів респондентів ЕГ: 27 ВПО дала відповідь «Так» на запитання від 1 до 10. Та, лише 6 осіб перевищили кількість відповідей на запитання (більше 10) щодо вияву панічних атак.

Здійснивши ґрунтовний аналіз за результатами методів діагностики схильності людини до панічних атак, враховуючи психоемоційний стан та індивідуально-психологічні характеристики, зазначимо, що під час панічної атаки страх повністю керує свідомістю людини та її фізіологічними процесами організму, саме тому й відбувається втрата контролю над організмом.

Наступним етапом була розробка психокорекційної програми для подолання панічних атак у внутрішньо переміщених осіб техніками тілесно-

орієнтованої терапії. Враховуючи отримані результати емпіричного дослідження, де виявлені середні та високі показники психоемоційних станів індивідуально-психологічних характеристик особистості схильності до панічних атак у ВПО.

Результати експериментального дослідження дають можливість констатувати, що дана психорекційна програма може мати позитивний вплив в роботі з панічними атаками у ВПО враховуючи психоемоційний стан та індивідуально-психологічні характеристики особистості.

## **ВИСНОВКИ**

В даній кваліфікаційній роботі здійснено теоретичний аналіз літературних джерел та було з'ясовано, що люди, які були змушені змінити місце проживання належать до категорії вимушено переміщених осіб. В

Україні усі особи, які належать до категорії вимушено переселених захищені Законом України, від 2014 року, у новій редакції від 03.08.2023 року «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб» де чітко визначенні ВПО.

Проаналізовано наукові джерела, згідно з яким визначено, що напади панічної атаки в людини, можна вважати такими, якщо за медичним обстеженням виключено будь яке фізіологічне захворювання людини, що може бути присутнім в організмі людини та викликати тривожні стани, сильні емоційні переживання, як передумов до прояву панічної атаки.

Визначено такі основні групи чинників, які можуть викликати панічні атаки: *Біологічні*, різноманітні гормональні перебудови, що виникають в організмі людини (вагітність, початок статевого життя); *Фізіологічні залежності* сильна алкогольна інтоксикація, вживання наркотичних речовин, лікарських препаратів; *Психогенні* є провідними чинниками виникнення панічних атак: складні психотравмуючі ситуації та події, дистрес, ситуації в яких людина не може знайти вихід тощо.

*Визначено основні симптоми*, що виступають проявами нападу панічної атаки виокремлені такі, як: гучне серцебиття, відчуття задухи, від не достатності повітря, людина починає швидше дихати, що може спровокувати запаморочення та нудоту; запаморочення може спровокувати судомні в тілі, які здатна відчувати лише людина, але оточуючим вони не помітні; можливе оніміння кінцівок, шиї, тремор у тілі, підвищене потовиділення. Відчуття страху того, що людині здається ніби вона помирає.

Визначено *причини* виникнення панічних атак: *спосіб життя людини; відсутність навичок до самоаналізу та саморефлексії.; біологічні фактори та розлади роботи ендокринної системи; фіксація, закріплення стійкої «панічної» реакції на відповідні провокуючі місця де виникала панічна атака раніше. психологічні чинники.* Ті кризові стани, які можуть виникати у будь якої людини незалежно від ситуації.

Визначено, що техніки тілесно-орієнтованої терапії мають місце в роботі практичного психолога з людьми ВПО, як один із ефективних методів допомоги людям, що пережили вкрай складну ситуацію та були змушені кардинально змінити власне життя.

Проведено констатувальний експеримент, який включав чотири етапи роботи. На першому було організовано та проведено діагностику психоемоційних станів та визначення індивідуально-психологічних характеристик внутрішньо переміщених осіб схильних до панічних атак за допомогою коректно підбраного інструментарію. Було обрано вибірку респондентів у кількості 67 осіб ВП, розділених на експериментальну (33 особи) та контрольну (34 особи) групи.

На другому етапі емпіричного дослідження було здійснено обробку результатів діагностики, вирахування відсотків відповідно до методик та представлення отриманих результатів у вигляді діаграм. За допомогою методики діагностики самооцінки психічних станів Г. Айзенка стало відомо, що респонденти ЕГ мають середні показники тривожності, ригідності, фрустрації та агресивності, натомість як у респондентів КГ показники агресивності відрізняються схильністю до високого рівня тривожності.

Згідно опитувальника САН (самопочуття, активність, настрої) де за отриманими результатами виявлено що значна частина респондентів експериментальної групи перебували в хорошому та нормальному настрої, але були присутні поодинокі прояви втоми та деякої пасивності. Порівнюючи отримані результати експериментальної групи із контрольною, варто зазначити, що більшість досліджуваних контрольної групи за усіма показниками проявили середній рівень самопочуття, активності та настрою.

За результатами тесту Р. Кеттелла (16-RF опитувальник) виявлено важливість дослідження наступних факторів (шкал): *C «емоційна стабільність-емоційна нестабільність»*; *F «стриманість-експресивність»*. *G «низька нормативність поведінки - висока нормативність поведінки»*; *H «боязкість-сміливість»*; *L «довірливість-підозрлість»*; *O «спокій-*

*тривожність; Q2 «конформізм-нонконформізм»; Q3 «низький самоконтроль-високий самоконтроль»; Q4 «розслабленість-напруженість».* Під час здійснення аналізу отриманих даних нашу увагу привернули фактори з високими або низькими значеннями, показники яких, можуть спровокувати появу панічної атаки в особистості.

За тестом *Агорафобія та панічні атаки* стало відомо, що у значній кількості ВПО присутня схильність до негативних переживань, але зрештою дратуючись через дрібниці, не втрачають контроль над собою та власним тілом і здатні приймати конструктивні рішення у непередбачуваних ситуаціях.

За *результатами тесту на виявлення панічних атак*, який представлено на сайті лікаря-невролога К. Куца, стало відомо, що у значній частини внутрішньо переміщених осіб експериментальної групи не виявлено схильності до нападу панічних атак.

Здійснивши ґрунтовний аналіз за результатами методів діагностики схильності людини до панічних атак, враховуючи психоемоційний стан та індивідуально-психологічні характеристики, зазначимо, що під час панічної атаки страх повністю керує свідомістю людини та її фізіологічними процесами організму, саме тому й відбувається втрата контролю над організмом.

Наступним етапом була розробка психорекційної програми для подолання панічних атак у внутрішньо переміщених осіб техніками тілесно-орієнтованої терапії. Враховуючи отримані результати емпіричного дослідження, де виявлені середні та високі показники психоемоційних станів індивідуально-психологічних характеристик особистості схильності до панічних атак у ВПО.

Зазначимо, що запропонована психорекційна програма сприятиме подоланню схильності до панічних атак у вимушено переміщених осіб у разі її застосування в психокорекційній роботі.

Результати експериментального дослідження дають можливість констатувати, що психорекційна програма може мати позитивний вплив в роботі з панічними атаками у ВПО враховуючи психоемоційний стан та індивідуально-психологічні характеристики особистості.



## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Арнц А. Схема-терапія: модель роботи з частками. Львів : Свічадо, 2014. 264 с.
2. Бідюк І, Пронін В. Індивідуально-психологічні особливості особистості з панічними атаками. *Психологія особистості*. Випуск 44. 2022, с.152-156
3. Бондарчук О., Зуєва А. Психосоматика психоемоційних розладів особистості (психосоматика депресії та панічної атаки). *Освіта і наука - 2023* : збірник наукових праць учасників звітної-наукової конференції студентів та аспірантів Факультету психології с. 103-104
4. Варламова С. . Емоційна сфера особистості. *Наука і освіта*. 2003. №5. С. 33-37.
5. Вестбрук Д. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. Львів Свічадо, 2014. 420 с.
6. Вовченко О. А. Панічні атаки у дітей та дорослих (воєнний та післявоєнний період. Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України <https://m.facebook.com/groups/268693925325131/permalink/299142428946947/?paipv=0&eav=Afb08RdlFe7wGyB0BWQ9zwSN7kJSUkJSwRaNejpYKRvFBycWOAgI-5LVtMY1jn7ukc>)
7. Войтенко О. Корекція тривожності дорослої особистості засобами тілесно-орієнтованої терапії. *Humanitarium. Психологія*. 2018. Т. 41. Вип. 1. С. 43-51.
8. Волкова Т. Психологічне консультування клієнтів з панічними атаками Психологічна допомога: від кризи до ресурсу. Матеріали III Всеукраїнського науковопрактичного форуму (21–26 квітня 2020 року, м. Суми) / за заг. ред. А. В. Вознюк. Суми: НВВ КЗ СОІППО. 2020. 182 с. С. 30-35
9. Волошок О. В. Психологічний аналіз проблеми тривожності особистості. *Проблеми сучасної психології*. 2010. Вип. 10. С. 120–128
10. Галієва О. М. Методи саморегуляції ситуативної тривожності майбутніх практичних психологів у процесі професійної підготовки / О. М. Галієва // *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2019. № 2. С. 65-78.
11. Гречко Т. П. Загальна характеристика основних психічних станів особистості. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. Психологічні науки*. № 3. 2016. URL : <http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadps>

12. Дзюбенко О. А Виникнення панічних атак в юнацькому віці як наслідок труднощів соціально-психологічної адаптації особистості *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова Київ Психологічні науки*. Випуск 7(52) Серія 12: с. 107-111
13. Жавнеров П. Психотерапія страху і панічних атак. К. Видавництво КТК «Галактика», 2019.
14. Живцова Г. А. Тілесно-орієнтована терапія в роботі з тривожністю. Соціально-психологічні технології розвитку особистості : зб. наук. праць за матеріалами VI Міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених, аспірантів та студентів (м. Херсон, 22 квітня 2021 р.) / ред. колегія : С. І. Бабатіна, В. В. Мойсеєнко, І. І. Чиньона та ін. Херсон : ФОП Вишемирський В.С., 2021. С. 130-133.
15. Живцова Г. А. Авторська програма психокорекції тривожності у соціально активної молоді з використанням засобів тілесно-орієнтованої терапії. Соціокультурні та психологічні виміри становлення особистості : Зб. наук. праць за матеріалами III Міжнародної науково-практичної конференції (м. Херсон, 30 вересня – 01 жовтня 2021 р.) [Електронний ресурс] / ред. колегія : І. Р. Крупник, О. Є. Блинова, Н. І. Тавровецька (відпов. За випуск) та ін. Херсон : ФОП Вишемирський В. С., 2021. С. 98-100.
16. Закон України. Режим доступу: <https://www.msp.gov.ua/timeline/Vnutrishno-peremishcheni-osobi.html>
17. Закон України. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1706-18#Text>
18. Заброцький М. М. Основи вікової психології : навч. пос. для студ. вузів. Тернопіль : Навч. книга-Богдан, 2006. 112
19. Занюк С. С. Психологія мотивації та емоцій: навч. посібник. Луцьк: Волинський держ. ун-т, ім. Л. Українки, 1997. 306 с.
20. Іванова Т. Тривога як психологічний феномен. *Вісник Львівського університету. Серія «Психологічні науки»*. 2020. Вип. 6. С. 72–78.
21. Ігумнова О. Б. Генеза негативних психічних станів студентів та їх психокорекція: дис. на здоб. наук. ступ. канд. психол. наук: спец. 19.00.07 / О.Б.Ігумнова; Хмельницький національний університет. Хмельницький, 2014. 275 с.
22. Кириленко Т. С. Психологія : емоційна сфера особистості : навч. пос. для студ. ВНЗ. К. : Либідь, 2007. 256 с.
23. Кризові стани в сучасних умовах: діагностика, корекція та профілактика / Під ред. проф. Л. М. Юр'євої. К.: Видавництво ТОВ «Галерея Принт» , 2017. 174 с.

24. Куш А. О., Герасіна С. В. Панічні атаки: причини, ознаки прояву та методи терапії і самопомоги. *ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ* Збірник наукових праць. №5 Всеукраїнська науково-практична конференція молодих учених м. Переяслав 2019 с. 79-84
25. Опитувальник для виявлення панічних атак. Режим доступу: <https://cbt-therapist.net/panic-ataks-inventory>
26. Осадько О. Страх як прояв особистісних самообмежень. *Психолог.* № 7. С. 25–29.
27. Патруль М. Кузняк А. Психокорекція тривожності дорослих методами тілесно-орієнтованої терапії. *Вісник НАУ. Серія: Педагогіка. Психологія* 2023, 1(22), С.135-146
28. Петренко А. Позбавляємося від тілесних блоків і затискачів: 7 вправ Райха. / Андрій Петренко. *Авторська стаття*. Режим доступу: <https://uagolos.com/pozbavliajemosia-vid-tilesnih-blokiv-i-zatiskachiv-7-vprav-raiha/>
29. Ревуцька І. Концептуальна модель корекції негативних психічних станів та психосоматичних розладів у дітей дошкільного віку засобами тілесно-орієнтованої терапії. *PSYCHOLOGICAL JOURNAL* № 5 (15) 2018. С.129-141
30. Саржевський С. Н. Психогенії : навч. посіб. для студентів 4 курсу медичних факультетів зі спеціальності «Медицина» . Запоріжжя, 2019. 70 с.
31. Сірко Р. І. Методологічні підходи до психокорекції особистості під час професійної діяльності в екстремальних умовах. *Вісник Національного університету оборони України*. 2016. Вип. 3 (46). с. 96.
32. Скар О. Тілесні практики емоційної саморегуляції як інструмент психологічної самопомоги при стресі. *Простір арт-терапії*. 2020. № 1 (27).
33. Тест Агарофобія та панічні атаки <https://psycholounge.net/uk/testy/test-agorafobiya-ta-panichni-ataky/>
34. Томчук С. М. Психологія тривоги, страху та агресії особистості в освітньому просторі : монографія. Вінниця : КВНЗ ВАНО, 2018. 200 с.
35. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Київ: ДП “Вид. дім “Персонал”, 2017. 160 с.
36. Чайкіна Н. Психологічні особливості психосаморегуляції особистості в ситуації панічної атаки *Psychological sciences theoretical and science bases of actual tasks* 526-529 The XIV International Scientific and Practical Conference «Theoretical and science bases of actual tasks», April 12 – 15, 2022, Lisbon, Portugal. 677 p.

37. Франчесетти Дж. Панические атаки. Гештальт-терапия в единстве клинических и социальных контекстов. К.: Издательский дом «Сварог» 2021, 252с.
38. Царькова О. В. Теоретичні аспекти прояву психологічного феномену тривожності. *Актуальні проблеми психології. Серія «Екологічна психологія»*. 2018. Т. 7. Вип. 38. С. 73–79.
39. Штикер А. С. 117 Панічні атаки: що це таке і що робити «Фізична активність і якість життя людини» Матеріали III Науково-практичної заочної конференції з міжнародною участю (06 травня 2022 року, Харків) с. 117-119
40. Юдіна І. Ю. Дослідження впливу тілесно-орієнтованої психотерапії на психоемоційний стан особистості. *Психологічне здоров'я*. Вип. 1. 2021. С. 130-150.
41. Юр'єва Л., Носов С., Мамчур О., Ніколенко А., Огоренко В., Шустерман Т., Єрчкова Н. Кризові стани в сучасних умовах: діагностика, корекція та профілактика. Київ: Видавництво ТОВ «Галерея Принт» , 2017. 174 с.
42. Ясточкіна І. Особистісна тривожність як соціально-психологічна проблема. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2020. Випуск 6. С. 165–170
43. Ivanov I. Analysis of the phaunistic composition of Ukraine // *Actual trends of modern scientific research. Abstracts of the 7th International scientific and practical conference*. MDPC Publishing. Munich, Germany. 2021. Pp. 21-27. URL: <https://sciconf.com.ua/vii-mezhdunarodnaya-nauchno-prakticheskaya-konferentsiya-actualtrends-of-modern-scientific-research-14-16-fevralya-2021-goda-myunhen-germaniyaarhiv/>.
44. Reich W. Charakteranalyse / Wilhelm Reich. Köln: KiWi-Taschenbuch, 1971. 672 p.