

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ, ІСТОРІЇ ТА СОЦІОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

РОЛЬ ТРИВОЖНОСТІ У ВИМІРАХ ПСИХОСОМАТИЧНИХ
РОЗЛАДІВ ВНУТРІШНЬОПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

Кваліфікаційна робота (проект)

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

Виконала: студентка групи 231М
спеціальності 053 Психологія
Диба Анжела Миколаївна

Науковий керівник: кандидатка
психологічних наук, доцент кафедри
психології Лариса Вікторівна Тьор

Рецензент: кандидатка
психологічних наук, доцент кафедри
психології ЦДУ В. Винничека Ірина
Генадіївна Радул

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЛІ ТРИВОЖНОСТІ У ВИМІРАХ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ	8
1.1. Сутність поняття «психосоматика» в сучасній психологічній науці	8
1.2. Особливості розвитку тривожності у вимірах психосоматичних розладів	12
1.3. Взаємозв'язок психосоматичних розладів та тривожності у вимірі особистісного функціонування	15
1.4. Соціально-психологічна характеристика внутрішньо переміщених осіб.....	19
1.5. Особливості прояву тривожності у внутрішньо переміщених осіб із психосоматичними симптомами.....	20
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЛІ ТРИВОЖНОСТІ У ВИМІРАХ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ВНУТРІШНЬОПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ	23
2.1. Організація та методи емпіричного дослідження.....	23
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження проблеми тривожності як чинника виникнення психосоматичних розладів.....	25
2.3. Аналіз взаємозв'язку між факторами тривожності та виникненням психосоматичних розладів.....	29
2.4. Розробка корекційної програми щодо подолання факторів тривожності як чинника виникнення психосоматичних розладів засобами психологічного	

тренінгу.....	31
ВИСНОВКИ.....	42
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	44
ДОДАТКИ.....	49

ВСТУП

Актуальність теми. Соціальні негаразди завжди збільшують ризик виникнення тривожних розладів. Дослідження, які були проведені після трьох років повномасштабної війни, показали, що більше третьої часті населення України перебуває у стані стресу і тривоги. Це призводить до виснаження, а тому і до погіршення фізичного і ментального здоров'я.

Військовий стрес дуже сильно вразив саме ту частину населення, яка була вимушена змінити місце проживання – внутрішньопереміщені особи. До основних конфігурацій військового стресу додалися втрата житла, роботи, соціальна дезадаптація, нестача коштів, розпад родинних зв'язків, недоступність медичної допомоги, втрата стабільності, планів та мрій на майбутнє. Тому й не дивно, що у великої частини українців зі статусом ВПО сформувалася надмірна патологічна тривога. Вона є досить тривалою і вираженою, призводить до виснаження можливостей організму, порушує якість життя і повсякденну діяльність.

Але, треба зазначити, що тривалість і глибина тривожності відрізняється у кожної людини. Адже вона залежить від багатьох факторів: це і індивідуальні характеристики особистості, і суб'єктивне сприйняття травмуючих подій, і резерви стресостійкості, і підтримка соціального середовища. Та, як показує практика воєнного часу, у більшості випадків тривожність являється тригером у виникненні психосоматичних розладів організму.

Але, все ж таки, як би не було, тривожність – це дисбаланс у системі людського організму в цілому і у взаємодії людина – середовище, тому він потребує негайного відновлення.

Важливо не лише зменшити тривогу, а й паралельно підвищити стресостійкість та активізувати власні протитривожні механізми. Вибір заходів для пацієнтів з тривожністю повинен відповідати принципам

тривалості і простоти відтворення. Найбільшу ефективність у цьому демонструють методи когнітивно-поведінкової терапії, гештальт-терапії, майндфулнес. Дані методи спрямовані на корекцію зафіксованих помилкових уявлень хворих, на їх застрягання на проблемі, якої ще навіть не існує. Ефект психотерапії значно підвищується під час проведення її у групах.

Треба пам'ятати, що психічно безстрашних людей не існує. Тривога і страх – це нормальні реакції будь-якої людини на небезпеку. Тому треба навчитися жити тут і зараз, виконувати звичні рутинні дії, зберігати психологічні ресурси, дбати про власну небезпеку, користуватися дозованою інформацією, приділяти більше уваги людям навколо і знаходити щось просте, але підтримуюче і надихаюче для себе у кожному дні. Адже науково доведено – наша здатність реагувати на будь-яку кризу, навіть війну, залежить від здатності підтримувати себе і близьких у хорошому психологічному стані і зменшувати паніку.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Кваліфікаційне дослідження виконано в межах теми науково-дослідної роботи кафедри психології «Становлення та розвиток особистості в умовах соціальних трансформацій» (державний реєстраційний номер 0125U001891) Херсонського державного університету.

Мета дослідження : провести теоретико-емпіричний аналіз впливу тривожності на виникнення всихосоматичних розладів.

Завдання дослідження:

- здійснити психологічний аналіз поняття «тривога» та «тривожність», визначити види тривожності;
- проаналізувати психоемоційну особливість внутрішньо переміщених осіб;

- провести емпіричне дослідження впливу тривожності на виникнення психосоматичних розладів;
- розробити програму профілактики тривожності ВПО методом психологічного тренінгу.

Об'єкт дослідження: тривожність як психічний стан.

Предмет дослідження : рівень впливу тривожності на виникнення психосоматичних розладів.

Методи дослідження :

теоретичні : аналіз, синтез і порівняння концепцій тривожності та роль тривожності у вимірах психосоматичних розладів;

емпіричні : «Шкала оцінки якості життя» О. Чабана, Шкала соматичних симптомів — Somatic Symptom Scale — 8 (SSS-8), Тест на тривожність Спілбергера – Ханіна, Виявлення схильності до емпатії (за метод. І. Юсупова), Методика самооцінки емоційного стану Уессмана-Рікса.

Теоретичне та практичне значення дослідження полягає в збагаченні знань про ступінь впливу тривожності на розвиток психосоматичних розладів внутрішньо переміщених осіб. Це допоможе в подальшому краще розуміти механізми даного взаємозв'язку та розробити ефективні стратегії відновлення та підтримки здоров'я у ситуації стресу та невизначеності, коли ступінь тривожності досягає піку. Результати дослідження можуть бути використані при організації діяльності психологів в напрямку роботи з тривожністю, а саме розуміння того, що клієнт з високою тривожністю має бути скерований у якості пацієнта до сімейного лікаря для перевірки уже безпосередньо стану здоров'я та для профілактики соматичних розладів; та у практичній роботі лікаря для розуміння того, що у пацієнтів з певними психічними та

емоційними симптомами має бути виключений або підтверджений тілесний прояв цих симптомів і при необхідності надання психологічна або терапевтична допомога. Таким чином, результати даного дослідження можуть бути корисними як для практичних психологів, так і для лікарів первинної і вторинної ланки надання медичної допомоги.

Апробація результатів дослідження. Матеріали дослідження обговорювалися на засіданнях кафедри психології (протокол від 05.12.2025 №8), а також опубліковані у вигляді статті : **Дибя А.М. Роль тривожності у вимірах психосоматичних розладів внутрішньо переміщених осіб. Магістерські студії : електронний альманах.2025. Вип. XXV.С.**

Структура кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається із вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи 66 сторінок. Основний текст роботи викладено на 43 сторінках. Робота містить 7 таблиць. Список літератури налічує 40 джерел.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНУ ТРИВОЖНОСТІ У ВИМІРАХ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ВНУТРІШНЬОПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

1.1. Сутність поняття «психосоматика» в сучасній психологічній науці

Проблема взаємозв'язку психічних і соматичних процесів є однією із найдавніших у науці про людину. Порушення гармонійного функціонування організму супроводжує людство протягом усього історичного розвитку і проявляється на трьох взаємопов'язаних рівнях – соматичному, психічному та психосоматичному. Ще античні лікарі наголошували на цілісності людського організму, вважаючи, що стан тіла невіддільний від душевних переживань. Так, у стародавній Греції існувало переконання, що кожен орган має власний емоційний відповідник: печінка пов'язувалася з гнівом, серце – зі страхом, шлунок – із сумом і тугою. Тому й нині у науковому дискурсі зберігається розуміння двостороннього впливу: емоційні стани можуть спричиняти розлади певних органів, а соматичні порушення, в свою чергу, впливають на психоемоційний стан особистості [21].

Поняття психосоматика вперше ввів у науковий обіг німецький психіатр Й. Хейнрот у 1818 році. Він вважав, що значна частина соматичних хвороб має психогенне походження, пояснюючи такі недуги, як епілепсія, туберкульоз або рак, як результат інтенсивних емоційних переживань – сорому, гніву чи внутрішньої провини [25].

Через століття, у 1828 році, М. Якобі запропонував термін «соматопсихіка», підкреслюючи зворотній вплив – від соматичних порушень до психічного стану людини. Якщо психосоматика розглядає психологічні чинники, як першопричину хвороби, то соматопсихіка вивчає, яким чином тілесні недуги позначаються на психічному благополуччі індивіда [20].

Розвиток психосоматичної медицини нерозривно пов'язаний із психоаналітичною традицією З. Фрейда, який спільно з Й. Брейєром обґрунтував феномен конверсії – перетворені пригнічених афектів або психічних травм у соматичні симптоми. Фрейд уперше наголосив на необхідності «соматичної готовності» - фізіологічного чинника, що визначає «вибір органу», через який виявляється психічне напруження [22, с.24].

Подальший розвиток психосоматичних концепцій пов'язаний з працями Ф. Александера, С. Джеліффа, Ф. Данбар, Е. Вейсса, О. Інґліша та інших дослідників. Розвиваючи ідеї психоаналізу, Ф. Александер сформулював теорію специфічних емоційних конфліктів, які впливають на функціонування внутрішніх органів. На його думку, соматичний симптом є фізіологічним еквівалентом невирішених емоційних переживань. Наприклад, нейродерміт він пов'язував із пригніченим прагненням до близькості, а виразкову хворобу – з внутрішнім конфліктом між потребою в опіці та прагненням до самостійності [1, с. 250]. Таким чином, Александер дійшов висновку, що виникнення та перебіг соматичних недуг безпосередньо залежать від глибинних емоцій суперечностей.

На основі багаторічних спостережень Ф. Александер виділив так звану «сімку Александера» - групу найбільш досліджених психосоматичних захворювань :

- виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки;

- неспецифічний виразковий коліт;
- бронхіальна астма;
- тиреотоксикоз;
- артеріальна гіпертензія;
- ревматоїдний артрит;
- нейродерміт

Інший вагомий внесок у розвиток психосоматики здійснила Ф. Данбар, авторка концепції «особистісного профілю», відповідного до певного захворювання. На основі дослідження понад 1600 пацієнтів вона встановила, що люди з подібними хворобами мають схожі риси характеру. Дослідниця виокремила типи особистості – «гіпертонічний», «коронарний», «алергічний», «травматичний», довівши, що особистісні особливості, соціальне оточення, сімейні відносини та життєвий досвід утворюють єдиний комплекс чинників, який сприяє розвитку психосоматичних розладів.

У 1973 році П. Сіфнеос увів термін «алекситимія», яким позначив стан, за якого людина має труднощі у розпізнаванні та вираженні власних емоцій. Особи з алекситимією часто не здатні чітко усвідомити, які почуття вони переживають у тій чи іншій ситуації, що веде до емоційного блокування і, зрештою, до психосоматичних симптомів [18, с. 51-59].

Серед сучасних українських дослідників проблеми психосоматики варто відзначити праці Б. Михайлова, О. Чабана, О. Хаустової, О. Масік, Л. Смолко, С. Римші, М. Компанович та інших учених. Хоча психосоматичні розлади стали предметом активного вивчення, питання їх профілактики ще залишається недостатньо розробленим.

Л. Шелег визначає психосоматичне захворювання як наслідок дії емоційних чинників особистості у стресогенній ситуації, а також як результат впливу гострих або хронічних психічних травм на роботу

органів або систем організму [21, с. 27]. На її думку, психосоматичним розладам властиві такі психологічні характеристики :

- зв'язок гострого або тривалого стресу з виникненням і розвитком хвороби;

- наявність певних емоційно-вольових і особистісних особливостей, які свідчать про емоційну ригідність та труднощі у взаєминах із людьми;

- низька стресостійкість і недостатній рівень навичок ефективного подолання стресових ситуацій [21, с. 27].

Початкові прояви психосоматичних розладів найчастіше мають психологічний характер. Це може бути підвищена тривожність, дратівливість, пригнічений настрій, емоційна вразливість, хронічне відчуття душевного дискомфорту, а також нав'язливі думки, порушення сну, зниження концентрації уваги.

Д. Харченко визначає чотири основні групи чинників, що сприяють розвитку психосоматичних порушень [24, с. 280] :

1. психосоціальні - накопичення великої кількості стресових подій;
2. поведінкові – шкідливі звички, неадаптивні способи реагування;
3. індивідуально-типологічні – рівень алекситимії, темперамент, акцентуації характеру;
4. нейродинамічні – дисбаланс процесів збудження та гальмування у нервовій системі.

Т. Хомуленко у своїх дослідженнях трактує хворобу як тілесне відображення внутрішніх конфліктів і вікових криз особистості. Вона розробила методику «Вербалізація тілесного Я», що спрямована на вивчення когнітивного компоненту тілесної самосвідомості [23, с. 264].

Дослідження А. Шевчук, присвячені психосоматичним проявам у людей, які пережили екстремальні події, зокрема воєнні, свідчать : психосоматичні симптоми виникають унаслідок впливу інтенсивного стресу, зумовленого зовнішніми факторами. При цьому патогенний ефект залежить як від сили стресора, так і від індивідуальних фізіологічних і психологічних характеристик особистості та рівня її адаптаційних можливостей.

1.2. Особливості розвитку тривожності у вимірах психосоматичних розладів

Проблема тривожності посідає одне з центральних місць у сучасній психології, адже саме цей феномен розглядається як ключова ланка між психічними процесами та соматичним здоров'ям людини.. Тривожність – це складне інтегральне утворення, яке охоплює емоційні, когнітивні та поведінкові компоненти й визначає особливості реагування індивіда на загрозові або невизначені життєві ситуації [5].

У психологічній літературі поняття «тривожність» традиційно розмежовується на два рівні : ситуативну (реактивну) та особистісну. Перша відображає короткочасну емоційну реакцію на конкретну стресову подію, тоді як друга має більш стійкий характер і є властивістю особистості, що зумовлює схильність до переживання тривоги на віть за відсутності реальної загрози [4, с. 103].

За визначенням Спілбергера, тривожність є емоційним станом, який характеризується відчуттям напруження, занепокоєння, передчуття небезпеки та соматичними проявами (підвищене серцебиття, тремтіння, пітливість). С. Ханін уточнює, що особистісна тривожність виконує роль

відносно стабільного індивідуально-психологічного чинника, який зумовлює схильність суб'єкта до частого переживання стану тривоги [3]

Сучасна психологія трактує тривожність як адаптивну реакцію, що сигналізує про небезпеку або дискомфорт і сприяє мобілізації ресурсів організму. Проте за надмірної інтенсивності або тривалості цей стан набуває дезадаптивного характеру, виснажуючи нервову систему та провокуючи розвиток психосоматичних розладів [6, с. 58].

Психосоматичний аспект тривожності полягає в тому, що емоційна напружа без адекватного виходу на рівні поведінки чи усвідомлення «замикається» у тілі, формуючи соматичні симптоми. Механізм цього процесу пояснюється концепцією соматизації, згідно з якою хронічно не усвідомлена або витіснена тривога трансформується у фізіологічні порушення – головний біль, шлунково-кишкові розлади, порушення серцевого ритму, дихальні спазми [8, с. 41].

За спостереженнями Б. Михайлова та О. Чабана, тривожні стани найчастіше супроводжують психосоматичні хвороби, оскільки тривога активує симпатичну нервову систему, викликаючи підвищення артеріального тиску, частоти серцевих скорочень і м'язового тону. За тривалого функціонування цього механізму відбувається виснаження регуляторних систем організму, що створює передумови для розвитку соматичних патологій [9].

Психофізіологічні дослідження показують, що в осіб із високим рівнем тривожності порушується баланс між процесами збудження і гальмування у центральній нервовій системі, що знижує адаптаційні можливості та підвищує вразливість до стресу. Такі люди частіше демонструють тенденцію до соматизації негативних емоцій, особливо коли відсутні навички емоційної саморегуляції або соціальної підтримки [7, с. 119].

Особливу увагу у вивченні феномену тривожності приділено її когнітивному компоненту. Як зазначає А. Бек, когнітивна тривожність

пов'язана з викривленням процесів мислення – схильністю до перебільшення небезпеки, песимістичними очікуваннями, гіперчутливістю до ознак загрози. Такі когнітивні спотворення формують «замкнене коло тривоги» : негативні думки викликають фізіологічні реакції, які у свою чергу, підсилюють відчуття страху та напруження [11, с. 39].

У контексті психосоматики особливої уваги заслуговує зв'язок тривожності з емоційною алекситимією. Люди, які не вміють розпізнавати та вербалізувати власні емоції, частіше реагують на стрес соматичними симптомами. Дослідження показують, що високий рівень алекситимії корелює з хронічною тривогою та підвищеним ризиком виникнення серцево-судинних, шлунково-кишкових і дерматологічних порушень [12].

Ряд авторів (О. Хаустова, М. Компанович, С. Римша) підкреслюють, що хронічна тривога є пусковим механізмом психосоматичних захворювань, зокрема артеріальної гіпертензії, виразкової хвороби, бронхіальної астми. Її тривале існування зумовлює перенапруження адаптаційних систем, виснаження гомеостатичних резервів і формування патологічних соматичних реакцій [13, с. 81].

Відповідно до психодинамічного підходу, тривога розглядається як сигнал внутрішнього конфлікту між інстинктивними потягами та вимогами соціуму. Якщо особистість не може конструктивно розв'язати цей конфлікт, енергія тривоги «перенаправляється» у соматичну сферу. Таким чином, тілесний симптом стає символічним вираженням неусвідомленого емоційного змісту [14, с. 43].

З позицій когнітивно-поведінкової терапії, тривожність пов'язана з порушенням системи оцінки небезпеки та низьким рівнем толерантності

до невизначеності. Надмірна фіксація на потенційних загрозах формує хронічне емоційне напруження, що поступово закріплюється у соматичній сфері як тілесна реакція [15, с. 94].

Підсумовуючи, можна зазначити, що тривожність у структурі психосоматичних розладів виступає посередником між психічним і соматичним рівнями функціонування людини. Її надлишок або хронічність перетворюють природну захисну реакцію на деструктивний чинник, який порушує адаптацію та провокує соматичні симптоми. Таким чином, розуміння механізмів формування тривожності є ключовим для діагностики, профілактики та психокорекції психосоматичних розладів.

1.3. Взаємозв'язок психосоматичних розладів та тривожності у вимірі особистісного функціонування

Взаємозв'язок між психосоматичними розладами та тривожністю є однією з ключових проблем сучасної психологічної науки. Більшість дослідників розглядають ці явища у контексті системної взаємодії психічних, емоційних і фізіологічних процесів, що визначають цілісне функціонування особистості. Згідно з концепцією біопсихосоціальної моделі (Дж. Енгель), психічні переживання, соціальні умови та соматичний стан утворюють єдиний континуум, у межах якого хвороба виступає результатом дестабілізації внутрішнього балансу [16].

З позицій психосоматичної медицини, *тривожність* є одним із найважливіших психогенних чинників, що провокують або підтримують соматичну патологію. Хронічна тривога активізує симпатоадреналову систему, збільшуючи рівень адреналіну та кортизолу в крові, що зумовлює стійке напруження м'язів, спазми судин, підвищення артеріального тиску й інші вегетативні реакції. Якщо ці процеси тривають

у часі, організм втрачає здатність до саморегуляції, що веде до розвитку стійких соматичних розладів [17, с. 94].

На думку В. Мясіщева, психосоматичні хвороби виникають унаслідок порушення системи відносин особистості. Коли емоційні переживання не знаходять адекватного вираження у свідомості або поведінці, вони набувають тілесної форми. Отже, соматичний симптом у цьому контексті виконує функцію заміщення – «мову тіла», яка повідомляє про невирішений внутрішній конфлікт. Такий підхід пояснює, чому тривога, як емоція, часто є провідним компонентом психосоматичних порушень [18].

Сучасні дослідження підтверджують, що у структурі особистості хворих із психосоматичними розладами домінують високий рівень особистісної тривожності, підвищене почуття відповідальності, ригідність емоцій, низький рівень самоприйняття та схильність до внутрішнього конфлікту. Ці риси утворюють тло, на якому будь-який зовнішній стресовий чинник легко спричиняє дестабілізацію психофізіологічної рівноваги [19, с. 126].

Ф. Александер розглядав тривогу як центральний механізм психосоматичних порушень. На його думку, невиражена або неусвідомлена тривога трансформується у соматичний симптом тоді, коли особистість не має змоги реалізувати емоційне напруження через поведінку або вербалізацію. Таким чином, тіло «береть на себе» функцію вираження того, що не може бути сказано словами. Це явище отримало назву «мовчазна емоційність» (англ. *silent emotion*) [20].

Дослідження в галузі нейропсихології також підтверджують взаємозалежність між рівнем тривожності та соматичними реакціями. Зокрема, хронічна тривога активує лімбічну систему, гіпоталамус і

гіпофіз, що стимулює наднирники до виділення кортизолу. Надлишок цього гормону порушує роботу імунної системи, впливає на серцево-судинну діяльність, уповільнює регенераційні процеси в організмі, сприяючи появі психосоматичних симптомів [21, с. 52].

Відповідно до когнітивно-поведінкового підходу, між тривогою та соматичними розладами існує порочне коло. Первинна тривога викликає фізіологічні зміни (прискорене серцебиття, тремтіння, біль у животі), які сприймаються людиною як ознака серйозної хвороби. Це підсилює тривогу, а отже, ще більше поглиблює соматичні прояви. У результаті виникає замкнута система взаємного підкріплення психічних і фізичних симптомів [22, с. 47].

Психоаналітична традиція пояснює взаємозв'язок тривоги та соматизації через механізм внутрішнього конфлікту. Згідно з цією позицією, тривожність зумовлена протистоянням між несвідомими потягами (агресивними, сексуальними) та заборонами, що накладаються моральними нормами. Коли конфлікт не може бути усвідомлений або розв'язаний, енергія афекту «переміщується» у тіло, де проявляється у вигляді фізичних симптомів — болю, спазмів, астматичних нападів тощо [23].

У рамках гуманістичного підходу тривога тлумачиться як реакція на втрату життєвого сенсу або внутрішньої цілісності. Коли людина не може реалізувати свої цінності чи переживає відчуження від власного «Я», виникає глибинне відчуття тривоги, яке може виявлятися на соматичному рівні. Таким чином, хвороба стає символом порушення гармонії між тілом і психікою, сигналом необхідності відновлення цілісності особистості [24].

У дослідженнях українських авторів (О. Масік, Т. Хомуленко, А. Шевчук) наголошується, що часто є результатом накопиченого стресу, емоційного виснаження, соціальної ізоляції та втрати почуття контролю над життям. Особливо це стосується осіб, які пережили травматичні події — військові дії, втрату дому, вимушене переселення. У таких випадках психосоматичні симптоми виконують функцію психологічного «захисту», допомагаючи особистості уникнути надмірного психічного болю через перенесення його у тілесну сферу [25, с. 218].

Таким чином, аналіз наукових джерел дозволяє стверджувати, що тривожність та психосоматичні розлади перебувають у взаємозумовленому та циклічному зв'язку. Тривога виступає як пусковий і підтримувальний чинник соматичних порушень, а тілесні симптоми, своєю чергою, посилюють тривожний стан. Цей механізм функціонує на рівні складної системи психофізіологічних взаємодій, у межах якої емоційні, когнітивні та соматичні процеси утворюють єдиний континуум функціонування особистості.

Отже, розуміння цього взаємозв'язку має фундаментальне значення для розроблення ефективних психокорекційних програм, спрямованих на гармонізацію емоційної сфери та профілактику психосоматичних розладів, особливо в умовах хронічного або посттравматичного стресу.

1.4. Соціально-психологічна характеристика внутрішньо переміщених осіб

Сучасні соціально-політичні умови в Україні спричинили масштабні процеси внутрішньої міграції, унаслідок чого сформувалася нова вразлива соціальна група — внутрішньо переміщені особи (ВПО). Ця категорія населення характеризується специфічними психологічними труднощами, пов'язаними з вимушеним залишенням місця постійного

проживання, втратою соціальних зв'язків, економічною нестабільністю та невизначеністю майбутнього [26].

Внутрішнє переміщення є для людини травматичним життєвим досвідом, який порушує базові відчуття безпеки, контролю й стабільності. Згідно з підходом Т. Лірі, вимушена зміна середовища активізує механізми психологічного захисту, проте їхня тривала дія виснажує адаптаційні ресурси. Як наслідок, у багатьох ВПО спостерігаються підвищена тривожність, емоційна напруга, депресивні реакції, соматичні скарги, а також ознаки посттравматичного стресового розладу [27, с. 41].

Психологічна адаптація внутрішньо переміщених осіб відбувається у складних умовах соціальної невизначеності, втрати життєвих орієнтирів і необхідності формування нових стратегій поведінки. На думку О. Кочубейник, процес адаптації ВПО має етапний характер: початковий етап шоку і заперечення, фаза пошуку підтримки, етап реконструкції життєвих планів та поступового прийняття нової реальності [28, с. 93]. Проте не всі особи успішно проходять ці етапи, що зумовлює виникнення психоемоційного виснаження і соматичних порушень.

Особливу роль у формуванні психічного стану ВПО відіграє фактор втрати контролю. Людина, яка змушена залишити дім, часто переживає безсилля, відчуття провини перед близькими, зниження самооцінки. Усе це стає ґрунтом для розвитку хронічної тривожності. Якщо тривога залишається невирішеною, вона поступово переходить у тілесні прояви — порушення сну, серцево-судинні або шлунково-кишкові розлади [29, с. 64].

Згідно з дослідженнями Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії, близько 65–70% внутрішньо

переміщених осіб демонструють підвищений рівень тривожності, а понад половина мають симптоми психосоматичних захворювань. Це свідчить про тісний зв'язок між соціальною дезадаптацією, емоційним напруженням і фізичним здоров'ям [30].

Таким чином, соціально-психологічний портрет ВПО визначається поєднанням високого рівня тривоги, невизначеності, потреби в соціальній підтримці та обмежених адаптаційних ресурсів, що створює передумови для розвитку психосоматичних розладів.

1.5. Особливості прояву тривожності у внутрішньо переміщених осіб із психосоматичними симптомами

Тривожність у ВПО є не лише реакцією на зовнішні загрози, а й наслідком глибоких внутрішніх переживань, пов'язаних із втратою життєвого простору, соціальної ідентичності та почуття безпеки. Для більшості представників цієї групи характерні емоційна нестійкість, гіпервразливість, відчуття безнадії та соматичні скарги — головні болі, безсоння, болі у серці чи шлунку.

За спостереженнями психологів (А. Шевчук, О. Масік, Т. Хомуленко), рівень тривожності у ВПО прямо корелює з частотою та інтенсивністю психосоматичних симптомів. Особи, які пережили бойові дії або евакуацію, демонструють вищу особистісну тривожність, ніж ті, хто перемістився з менш небезпечних регіонів [31, с. 173].

У структурі психічного стану ВПО виділяють кілька типових проявів тривожності:

1. Очікувальна тривога — постійне відчуття наближення небезпеки, передчуття негативних подій.

2. Соціальна тривога — страх оцінки, труднощі у налагодженні нових контактів.
3. Екзистенційна тривога — переживання втрати сенсу життя, невизначеності майбутнього.
4. Соматизована тривога — тілесне вираження емоційної напруги (спазми, тахікардія, нудота) [32, с. 202].

Для багатьох ВПО характерна зниження здатності до емоційного усвідомлення (алекситимічні тенденції). Це ускладнює вираження власних почуттів і сприяє накопиченню емоційного напруження, що в подальшому проявляється соматичними симптомами. Висока алекситимія поєднується з низькою стресостійкістю, дефіцитом соціальної підтримки та невпевненістю у власних силах [33, с. 67].

Психологічні дослідження (Л. Смолко, О. Чабан) свідчать, що у ВПО з психосоматичними проявами спостерігається стратегія уникання проблеми — прагнення не усвідомлювати негативні емоції, що лише підсилює внутрішню напругу. Така захисна поведінка знижує ефективність адаптації й перешкоджає конструктивному вирішенню стресових ситуацій [34, с. 119].

Таким чином, тривожність у внутрішньо переміщених осіб має багатовимірний характер, поєднуючи емоційні, когнітивні й тілесні компоненти. Її стійке збереження призводить до формування хронічних психосоматичних симптомів, що стають індикаторами порушення психоемоційної рівноваги та потреби у психологічній підтримці.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЛІ ТРИВОЖНОСТІ У ВИМІРАХ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ВНУТРІШНЬОПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

2.1. Організація та методи емпіричного дослідження

Наше емпіричне дослідження дозволить перевірити наше припущення : рівень тривожності має значний вплив у виникненні психосоматичних розладів.

Мета : на основі емпіричного дослідження перевірити взаємозв'язок між тривожністю і психосоматичними розладами.

Завдання :

1. Провести емпіричне дослідження ролі тривожності у виникненні психосоматичних розладів;
2. Розглянути методи подолання тривожності, яка є чинником у виникненні психосоматичних розладів;
5. Розробити корекційну програму щодо зниження тривожності, яка є чинником у виникненні психосоматичних захворювань.

Під час проведення дослідження було використано тестування. Учасники завчасно були повідомлені про конфіденційність опитування. Для інтерпретації результатів застосовані якісні і кількісні, математико-статистичні методи обробки даних.

Емпіричне дослідження проводилося в декілька етапів :

- 1 – підбірка діагностичних методів.
- 2 – вибір групи респондентів та вирішення усіх організаційних питань щодо проведення діагностики.
- 3 – діагностування респондентів.

4 – обробка та інтерпретація результатів дослідження.

З метою проведення дослідження були обрані наступні методики :

1. Шкала оцінки якості життя Олега Чабана.

Це тип опитувальника для самостійного встановлення оцінки задоволення своїм життям особистістю за останні 30 днів. Шкала створена докторами медичних наук О.С.Чабаном і О.О. Хаустовою.

Дана методика допомагає отримати комплекс суб'єктивних відчуттів особистості щодо різних сфер життя. Вона включає в себе 10 запитань за шкалою від 10 – надзвичайно задоволений, до 0 – незадоволений.

2. Шкала соматичних симптомів — Somatic Symptom Scale — 8 (SSS-8)
3. Тест на тривожність Спілбергера – Ханіна
4. Виявлення схильності до емпатії (за метод. І. Юсупова)
5. Методика самооцінки емоційного стану Уессмана-Рікса

Характеристика

У дослідженні взяли участь 24 учасника – це люди, які через війну були змушені змінити своє місце проживання – внутрішньо переміщені особи (ВПО). Їх було поділено на 2 групи (експериментальна – наявність соматизації у учасників та контрольна – відсутність соматизації), вік учасників 30-50 років. Дані представлені в таблиці 2.1

Табл. 2.1

Вибірка емпіричного дослідження

1	Вік	30-35 років – 5 осіб 35-40 років – 13 осіб 40-50 років – 6 осіб
2	Місце проживання	Україна - усі являються внутрішньо переміщеними особами
3	Освіта	Вища освіта – 22 особи Вчена ступінь – 2 особи

Дослідження спрямоване на виявлення рівня тривожності, схильності до емпатії, самооцінки якості життя, самооцінки емоційних станів та виявлення психосоматичних розладів. І головне – чи впливає рівень тривожності у внутрішньо переміщених осіб на виникнення психосоматичних хвороб.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження проблеми тривожності як чинника виникнення психосоматичних розладів

Перед дослідженням було видвинуто припущення, що рівень тривожності впливає на виникнення психосоматичних захворювань.

Результати за Шкалою оцінки якості життя О.Чабана представлено у таблиці 2.2.

Табл. 2.2.

Результати експериментальної та контрольної груп за Шкалою оцінки якості життя О.Чабана

Групи	Дуже високий рівень якості життя		Високий рівень якості життя		Середній рівень якості життя		Низький рівень якості життя		Дуже низький рівень якості життя	
	Кількість людей	%	Кількість людей	%	Кількість людей	%	Кількість людей	%	Кількість людей	%
ЕГ	0	0%	2	14%	5	43%	3	29%	2	14%
КГ	0	0%	4	33%	6	47%	2	20%	0	0%

Використовуючи дану шкалу було виявлено, що дуже високого

рівня задоволеністю якістю життя не виявлено у жодній групі опитуваних. Високий рівень – 14% встановлено у респондентів експериментальної групи (ЕГ). Середній рівень якості життя мають 43% респондентів із ЕГ та 47% опитаних із КГ. У респондентів із ЕГ низький рівень задоволеності якістю життя встановлено у 29% респондентів, а дуже низький – у 14%. А серед опитаних із КГ 20% мають низький рівень якості життя і відсутні показники дуже низького рівня.

Табл. 2.3.

Результати експериментальної та контрольної груп за шкалою соматичних симптомів — Somatic Symptom Scale — 8 (SSS-8)

Групи	Дуже низький рівень		Низький рівень		Середній рівень		Високий рівень		Дуже високий рівень	
	Кіл-ть людей	%	Кіл-ть людей	%	Кіл-ть людей	%	Кіл-ть людей	%	Кіл-ть людей	%
ЕГ	0	0%	0	0%	2	7%	16	71%	6	22%
КГ	18	78%	6	22%	0	0%	0	0%	0	0%

Аналізуючи результати експериментальної та контрольної груп за шкалою соматичних симптомів — Somatic Symptom Scale — 8 (SSS-8) можна зазначити, що у учасників ЕГ переважає високий рівень соматизації – 71%, також 22% учасників знаходяться на дуже високому рівні соматизації, і 7% опитуваних мають середній рівень соматизації.

Респонденти КГ мають такі показники : дуже низький рівень соматизації мають 78% опитуваних і інша частина має низький рівень – 22%.

Отже, результати експериментальної та контрольної груп за шкалою соматичних симптомів — Somatic Symptom Scale — 8

(SSS-8) – значно відрізняються і свідчать про правильність розподілу вибірки.

Табл. 2.4.

Результати експериментальної та контрольної груп за тестом на тривожність Спілбергера – Ханіна

Групи	Вид тривожності	Низька тривожність		Помірна тривожність		Висока тривожність	
		Кіл-ть людей	%	Кіл-ть людей	%	Кіл-ть людей	%
ЕГ	Особистісна тривожність	0	0%	5	22%	19	78%
	Ситуативна тривожність	0	0%	7	33%	17	67%
КГ	Особистісна тривожність	23	96%	1	4%	0	0%
	Ситуативна тривожність	21	89%	3	11%	0	0%

Респонденти ЕГ по шкалі особистісної тривожності переважно мають високу тривожність – 78% та помірну тривожність – 22%. Ці учасники можуть відчувати такі симптоми, як підвищений страх і тривога, дратівливість і занепокоєння через очікування поганих подій. Вони також відчувають дискомфорт у спілкуванні з іншими, наприклад з колегами, родиною та друзями. Їм важко засинати та концентрувати свою увагу. Часто присутні головні болі та постійна втома.

По шкалі ситуативної тривожності в ЕГ переважає високий рівень тривожності – 67% та помірний рівень тривожності – 33%.

У учасників з КГ переважає низька особистісна тривожність – 96%, і тільки 4% респондентів КГ мають помірну тривожність по шкалі особистісної тривожності. Це говорить про те, що ці респонденти спокійні і не бачать причин для занепокоєння щодо свого особистого

життя і свого майбутнього. У них немає емоційних переживань, які викликають тривогу, тому звичайна тривога дається їм легше, ніж тривожним людям.

По шкалі ситуативної тривожності у КГ більшість респондентів мають низьку тривожність 89% та помірну тривожність 11%.

Табл. 2.5.

Результати експериментальної та контрольної груп за методикою

І. Юсупова виявлення схильності до емпатії

Групи	Дуже низький рівень		Низький рівень		Нормальний рівень		Високий рівень		Дуже високий рівень	
	Кіл-ть людей	%	Кіл-ть людей	%	Кіл-ть людей	%	Кіл-ть людей	%	Кіл-ть людей	%
ЕГ	0	0%	0	0%	4	18%	11	44%	9	38%
КГ	7	33%	17	67%	0	0%	0	0%	0	0%

Табл. 2.6.

Результати експериментальної та контрольної груп за методикою

самооцінки емоційного стану Уессмана-Рікса

Групи	Дуже добрий стан		Добрий стан		Погіршений стан		Поганий стан	
	Кіл-ть людей	%	Кіл-ть людей	%	Кіл-ть людей	%	Кіл-ть людей	%
ЕГ	0	0%	0	0%	3	11%	21	89%
КГ	14	55%	10	45%	0	0%	0	0%

Видно, що респонденти ЕГ в поганому емоційному стані – 89% та в погіршеному емоційному стані – 11%. Їх настрій переважно сумний, беземоційний, вони відчувають апатію та тривожність.

Респонденти КГ навпаки перебувають в дуже доброму емоційному станні – 55% або в доброму емоційному стані – 45%.

Для виявлення впливу тривожності та виникнення психосоматичних розладів у досліджуваних використано кореляційний аналіз. Для зручності всі розрахунки були виконані в програмі SPSS. Для обробки емпіричних даних дослідження застосовано коефіцієнт кореляції Спірмена.

2.3. Аналіз взаємозв'язку між факторами тривожності та виникненням психосоматичних розладів

Високий рівень особистісної тривожності проявляється відчуттям постійної небезпеки, стурбованості, напруги, невизначеного занепокоєння або невизначеної загрози. Такий психологічний стан дуже часто приводить до виникнення психосоматичних розладів.

Кореляційний аналіз взаємозв'язку між факторами тривожності та виникненням психосоматичних розладів подано у таблиці 2.7.

Табл.2.7.

Кореляційний аналіз взаємозв'язку між факторами тривожності та виникненням психосоматичних розладів

		Особистісна тривожність	Ситуативна тривожність	емпатія	Емоційний стан
Соматичні симптоми	Коефіцієнт кореляції	0,762**	0,750**	0,702**	-0,691**
	значимість	0,000	0,000	0,000	0,000
**-значення для $p < 0,01$, *-значення для $p < 0,05$					

За даними таблиці 3.6. виявлено прямий зв'язок між

соматичними симптомами та особистісною тривожністю ($r_s=0,762$, $p \leq 0,01$). Чим вищою є особистісна тривожність, тим більшою симптоматикою це проявляється.

Соматичні симптоми також пов'язані із ситуативною тривожністю ($r_s=0,750$, $p \leq 0,01$). Ситуативна тривожність є тимчасовою реакцією на зовнішні подразники, яка проявляється гострими реакціями організму: пітливістю, підвищеним серцебиттям, діареєю, підвищеною температурою тіла, тремором кінцівок тощо.

Емпатія позитивно корелює із соматичними симптомами ($r_s=0,702$, $p \leq 0,01$). Існує поняття «соматичної емпатії» - це коли фізично можна відчувати те, що відчуває інша людина. Але емпатія як надмірне співпереживання виснажує організм і може викликати соматичні порушення.

Отже, проведений кореляційний аналіз дозволив статистично довести вплив факторів тривожності на розвиток психосоматичних захворювань. Найбільший вплив на психосоматичні розлади має особистісна та ситуативна тривожність. Загальна тривожність в цілому є небезпечною, оскільки може провокувати виникнення захворювань, хронічних стресів, призводити до тривожних розладів особистості.

2.4. Розробка корекційної програми щодо подолання факторів тривожності як чинника виникнення психосоматичних розладів засобами психологічного тренінгу

Програма психологічної корекції тривожності внутрішньо переміщених осіб була розроблена на основі методу Майндфулнес. Програма являється груповим психотренінгом, розрахованим на 8 тижнів з використанням медитативних технік усвідомлення.

Цінність занять, які проводяться у групі, полягає у тому, що учасники групи підтримують один одного, надають зворотний зв'язок, бачать, що вони не самотні у своїх переживаннях. А це вже є неабияким терапевтичним ефектом. Крім того, учасники спостерігають один за одним, помічають, що їхня тривога досить часто має спільні проблеми.

Мета : зниження рівня тривожності респондентів; підвищення впевненості у собі; розвиток навичок емоційної саморегуляції та психологічної стійкості.

Завдання :

1. Навчити учасників тренінгу технікам Майндфулнес.
2. Розвиток навичок емоційного регулювання для боротьби з тривожністю.
3. Допомога в усвідомленні свого стану, зміні негативних думок і переконань пов'язаних з високою тривожністю.
4. Формування позитивного мислення
5. Показати вплив «здорових» позитивних емоцій на стан здоров'я.

ПЕРШИЙ ТИЖДЕНЬ

На першому занятті всі учасники групи познайомилися один з одним і поділилися короткими розповідями про своє життя та хвилювання. Кожному з них запропонували заздалегідь підготувати одну цукерку. Перед тим, як її спожити, учасникам потрібно було уважно потримати цукерку в руках: відчутти її запах, розглянути колір, форму, вагу, обертати її, оцінюючи фактуру. Потім, не поспішаючи, покласти цукерку до рота, відстежуючи всі тілесні відчуття. Розжовувати її слід було лише через пів хвилини, приділяючи увагу всім внутрішнім

відчуттям. Після завершення вправи учасники записували свої враження на аркуші.

Більшість учасників відзначили, що ніколи не отримували настільки яскравого задоволення від процесу споживання їжі. Вони зазначили, що зазвичай їли цукерки автоматично, не замислюючись над смаком або всією процедурою. Основна мета вправи полягала в тому, щоб продемонструвати учасникам, що більшість щоденних дій — від прийому їжі до миття посуду чи чищення зубів — відбуваються «на автопілоті». Ми живемо лише у теперішньому моменті, але більшість людей зосереджені або на минулому, або на майбутньому, або на уявних сценаріях, не помічаючи реальності «тут і зараз».

Після медитації з цукеркою учасникам запропонували обрати одне щоденне заняття, яке вони виконуватимуть усвідомлено протягом тижня, наприклад: чищення зубів, пиття чаю чи кави, прибирання або малювання.

Ще однією вправою на першому занятті була медитація «Усвідомленість тіла та дихання».

Підготовка:

Учасник повинен сісти зручно, спина випрямлена, але не напружена, і звернути увагу на відчуття в тілі. Необхідно спостерігати ті ділянки, де тіло торкається стільця або підлоги, відчуваючи вагу та тиск, залишаючись у цьому стані кілька секунд.

Далі увагу переносимо на стопи, починаючи з пальців, уважно відчуваючи кожен окремо, потім — гомілки та коліна. Якщо відчуття в цих ділянках відсутні — це нормально; завдання не створювати відчуття, а спостерігати існуючі.

Наступний крок — зосередження на відчуттях у животі, спостереження за диханням, як повітря входить і виходить. Якщо розум відволікається, слід м'яко повернути увагу до тілесних відчуттів.

Продовжуємо сканувати тіло: руки, спину, серцебиття, шию, підборіддя, щоки, ніс і лоб. Наступні кілька хвилин присвятіть спостереженню за тілесними відчуттями та ритмом дихання, не намагаючись його контролювати чи шукати особливі відчуття.

Учасники повинні виконувати цю вправу самостійно двічі на день протягом шести днів.

ДРУГИЙ ТИЖДЕНЬ

Наступним етапом тренінгу було навчитися спостерігати за реакціями свідомості і розвивати обережне ставлення до них. Для того щоб правильно відчувати сигнали тіла, важливо зосереджувати увагу на тих ділянках, де вони виникають. Такі сигнали можуть з'являтися в будь-якій частині тіла. Для цього використовується медитація «сканування тіла», яка допомагає послідовно охопити всі його частини, встановити контакт з відчуттями і підвищити здатність до концентрації.

Рекомендується виділяти на вправу близько 15 хвилин двічі на день протягом шести днів.

Медитація «сканування тіла»

Знайдіть зручне місце, де вас ніхто не буде відволікати, і ляжте на спину. Якщо необхідно, накрийтеся ковдрою для комфорту. Закрийте очі і зосередьтеся на вдихах і видихах, дозволяючи тілу ставати важким із кожним видихом.

Спочатку зверніть увагу на живіт, спостерігаючи, як він піднімається і опускається під час дихання. Потім поступово перенесіть увагу на пальці стоп, відчуваючи їх контакт із поверхнею, тепло, поколювання або відсутність відчуттів. Не оцінюйте їх і не намагайтеся змінити — просто спостерігайте.

Далі переведіть фокус на ноги: гомілки, коліна, стегна, сідниці. Потім зосередьтеся на животі, спині, грудях, плечах, руках, кистях, шиї та обличчі. Приділіть кожній ділянці принаймні кілька секунд, відчуваючи присутні сенсорні сигнали. Якщо виникає напруга, спрямовуйте до неї увагу, використовуючи дихання для глибшого контакту з відчуттями.

Після того, як сканування всього тіла завершено, спробуйте відчути його цілісність і зберігати цей стан усвідомленості. Якщо виникне сонливість, можна дозволити собі трохи відпочити, не турбуючись про відволікання.

ТРЕТІЙ ТИЖДЕНЬ

На третьому тижні учасники продовжували практику усвідомленості, додаючи вправи на рух і короткі медитації. Програма включала:

- Восьмихвилинну медитацію «усвідомлений рух»;
- Восьмихвилинну медитацію «дихання і тіло»;
- «Трихвилинну медитацію», яку слід виконувати двічі на день;
- Вправу для позбавлення від звичок «Як навчитися цінувати телевізор».

Рухові вправи допомагають заспокоїти свідомість, концентруючи увагу на рухах тіла. Виконувати їх можна босоніж або у взутті, стоячи на ширині плечей із злегка зігнутими колінами. Поступово розводьте руки в

сторони на вдиху, відчуваючи напруження м'язів і суглобів, а на видиху повільно піднімайте руки вгору. Слідкуйте за диханням та відчуттями в тілі, приймаючи будь-які зміни або дискомфорт.

Вправа «Дістаньте фрукт з гілки» включає підняття рук по черзі, уявляючи, що тягнетеся за фруктом. Під час рухів важливо відчувати розтягнення тіла від пальців рук до стоп, спостерігати дихання та відчуття в кожній ділянці тіла.

Розтяжки плечей виконуються узгоджено з диханням: піднімайте плечі, відводьте назад, опускайте і зводьте вперед, плавно повторюючи рухи в обох напрямках.

«Трихвилинна медитація» допомагає зберігати усвідомленість протягом дня та концентрувати увагу на конкретних моментах.

Вправа «Як навчитися цінувати телевізор» полягає у свідомому перегляді обраної програми чи фільму замість бездумного тривалого перегляду. Це допомагає відновити увагу і навчитися цінувати кожен момент.

Домашнє завдання учасників полягало у виділенні часу для конкретних дій, спостереженні власних відчуттів та розвитку усвідомленого ставлення до звичок.

ЧЕТВЕРТИЙ ТИЖДЕНЬ

На цьому етапі учасники продовжували закріплювати навички усвідомленості, які допомагають перебувати у «тут і тепер», а не просто автоматично реагувати на події. Основна увага була спрямована на розпізнавання сигналів тіла та розуму щодо негативних емоцій і самокритики, що можуть виникати через емоційні реакції.

Практика четвертого тижня включала:

- Восьмихвилинну медитацію «дихання і тіло»;
 - Восьмихвилинну медитацію «звуки і думки».
- Цю послідовність рекомендувалося виконувати двічі на день.
- «Трихвилинну медитацію», яку також слід було практикувати двічі на день або у будь-який момент, коли виникала потреба.

Медитація «звуки і думки»

Сядьте прямо, спина випрямлена, але розслаблена. Плечі опущені, голова і шия у природному положенні, підборіддя трохи опущене. Спершу зосередьтеся на диханні, щоб заспокоїтися та налаштуватися на практику. Потім поширте увагу на все тіло, відчуваючи його як єдину систему. Це допомагає фіксувати всі відчуття, що виникають у процесі практики.

Далі перенесіть увагу на звуки навколо, сприймаючи їх без оцінки та аналізу. Слухайте все, що доноситься, незалежно від напрямку чи відстані, і звертайте увагу на паузи між звуками. Якщо бажання класифікувати звук виникає, помітте це і поверніть увагу на самі сенсорні властивості звуків – гучність, тембр, тривалість.

Після цього перенесіть увагу на власні думки. Спостерігайте за їх появою і зникненням, не намагаючись контролювати або змінювати їх. Уявляйте думки як хмари на небі свідомості. Якщо вони викликають емоції, зафіксуйте інтенсивність і характер, але не намагайтеся їх модифікувати. У разі відволікання поверніть увагу до тіла і дихання як до точки опори в теперішньому моменті.

П'ЯТИЙ ТИЖДЕНЬ

На цьому етапі учасники виконували щоденні вправи шість днів на тиждень, що включали три медитації, які поступово переходили одна в одну:

- Восьмихвилинна медитація «дихання і тіло»;
- Восьмихвилинна медитація «звуки і думки»;
- Десятихвилинна медитація «дослідження складної ситуації».

Медитація «дослідження складної ситуації»

Сядьте зручно і кілька хвилин зосередьтеся на своєму диханні, а потім розширте увагу на все тіло, відчуваючи його як єдину систему (як у медитації «дихання і тіло»). Після цього спостерігайте за думками та звуками навколо. Якщо увага відволікається на неприємні або напружені думки, застосовуйте новий підхід:

1. Дозвольте думкам залишатися у свідомості без спроби їх змінити.
2. Переведіть центр уваги у внутрішні відчуття тіла, відзначаючи фізичні реакції на думки чи емоції.
3. Зосередьте увагу на частині тіла, де відчуття найбільш виражені, використовуючи дихання для поглибленого спостереження.

Під час практики намагайтеся не змінювати відчуття, а спостерігати їх так, як вони виникають і зникають. Повторюйте про себе фрази на кшталт: «Це відчуття тут, все нормально, я можу просто спостерігати його».

Поступово дихання допомагає інтегрувати увагу і приймати фізичні прояви емоцій. Якщо відчуття слабшають, поверніть увагу на дихання або відзначайте навіть найменші сенсорні сигнали. Мета медитації – навчитися спокійно взаємодіяти з емоціями і фізичними проявами стресу, підтримуючи усвідомленість у складних ситуаціях.

ШОСТИЙ ТИЖДЕНЬ

На цьому тижні учасники ознайомлювалися з новою десятихвилинною практикою – «дружньою медитацією», яку можна виконувати з підготовкою або без неї, використовуючи раніше освоєні медитації з першого та третього тижнів.

Також продовжувалася практика коротких медитацій щонайменше двічі на день та виконання вправ для позбавлення від шкідливих звичок.

Дружня медитація

Виберіть тихе і комфортне місце, де вас нічого не відволікатиме. Сядьте або станьте у зручну позу, що забезпечує відчуття рівноваги й готовності до концентрації. Кілька хвилин приділіть налаштуванню дихання, а потім зосередьтеся на всьому тілі, спостерігаючи його відчуття. Якщо увага відволікається на сторонні думки, просто позначте це і поверніть увагу до тіла, щоб відчути локалізацію тривоги чи напруження.

Після підготовки можна повторювати фрази на кшталт:

- «Життя любить мене»;
- «Я дозволяю собі бути щасливим»;
- «Все складається найкращим чином».

Уявляйте кожну фразу як камінчик, що падає в глибокий колодязь, і відзначайте будь-які реакції тіла чи свідомості, не оцінюючи їх.

Якщо виникають труднощі з проявом дружніх почуттів до себе, згадайте когось, хто колись любив вас (напр., домашнього улюбленця або близьку людину), і спробуйте подарувати цю любов самому собі. Потім

повторіть для іншої людини: «Нехай він буде вільним від страждань, нехай йому живеться легко».

Далі можна працювати з людиною, з якою були складні стосунки. Уявіть її в своїй свідомості, приймаючи, що вона теж прагне щастя.

На завершення практики приділіть кілька хвилин спостереженню за своїм тілом, усвідомлюючи теперішній момент, і похваліть себе за увагу до власного стану та за час, присвячений медитації.

Інтеграція неприємних думок у короткій медитації

Після завершення основної медитації декілька хвилин приділяйте спостереженню своїх думок і почуттів:

- фіксуйте їх письмово або в розумі;
- спостерігайте за їх приходом і відходом;
- відокремлюйте думки від об'єктивної реальності;
- позначайте характер думок («тривожні», «неспокійні» тощо);
- аналізуйте, чи не перебільшуєте ви значущість ситуації або не очікуєте досконалості.

Вправа для подолання звичок

Виберіть хоча б одну з запропонованих вправ і виконайте її цього тижня:

1. Відновіть зв'язок із періодом життя, коли ви були щасливими. Відтворіть деталі тих днів і заплануйте подібні активності у наступні дні.
2. Виконайте добрий вчинок для іншої людини: допоможіть колезі, сусіду або коханій особі, подаруйте прочитану книгу чи віддайте непотрібні речі тим, хто їх оцінить.

Спостерігайте за власними відчуттями під час виконання цих дій і запам'ятайте їх для аналізу власних реакцій.

СЬОМИЙ ТИЖДЕНЬ

Цього тижня учасники працюють з медитаціями, які вже стали для них знайомими та ефективними. Кожен обирає одну практику, яка принесла найбільшу користь — наприклад, допомогла розслабитися або легше сприймати реальність. Другу медитацію можна обрати ту, що раніше здалася складною або незрозумілою, щоб повторно її опрацювати. Загальний час на обидві практики становить від 20 до 30 хвилин на день. Їх можна виконувати одну за одною або розділити на різні частини дня. Головне — ставлення до медитації важливіше за точне дотримання всіх деталей.

Перша ідея цього тижня — звернути увагу на співвідношення між діяльністю, що забирає енергію, та тією, що її поповнює. Мета — оптимізувати свій день і обирати активності більш усвідомлено.

Друга ідея — інтегрувати «трихвилинну медитацію» у конкретні справи, що дозволяє змінити ставлення до будь-яких ситуацій. Ця практика не лише налаштовує на усвідомленість, а й допомагає діяти обдуманно та розважливо у повсякденному житті.

Таким чином, сьомий тиждень спрямований на закріплення навичок усвідомленості, інтеграцію медитацій у щоденні дії та розвиток здатності керувати власною енергією й емоційними реакціями.

ВОСЬМИЙ ТИЖДЕНЬ

На цьому етапі учасникам рекомендується інтегрувати усвідомлені практики у повсякденне життя. Початок дня слід присвячувати усвідомленості: відчувати своє тіло, приймати і сприймати різні емоції.

Короткі медитації допомагають повертатися до стану усвідомленості протягом дня. Важливо продовжувати повноцінні практики медитації, що доповнюють короткі вправи, та допомагають зберігати усвідомлену увагу у звичних ситуаціях. Слід навчитися дружньому ставленню до власних емоцій, навіть до таких, що сприймаються як болісні, наприклад, тривоги.

При відчутті сильних емоцій — тривоги, занепокоєння, злості — рекомендується зробити коротку медитацію. Це дозволяє «заземлити» думки, зменшити негативні емоції та налагодити контакт із тілесними відчуттями. Після такої практики прийняття рішень стає більш усвідомленим. Наприклад, коли з'являється втома, можна виконати декілька вправ на розтяжку для підбадьорення.

Таким чином, восьмий тиждень спрямований на закріплення навичок усвідомленості в повсякденному житті, навчання дружньому ставленню до власних емоцій та розвиток здатності обирати усвідомлені дії в різних ситуаціях.

ВИСНОВКИ

Відповідно до поставленої мети та завдань дослідження ролі тривожності у розвитку психосоматичних розладів можна сформулювати наступні висновки:

1. *Причини тривожності.* Тривожні стани можуть виникати як через внутрішні особистісні характеристики, так і під впливом зовнішніх факторів. У рамках цього дослідження зовнішнім чинником розглядалася війна та її значний вплив на підвищення рівня тривожності та розвиток психосоматичних розладів у внутрішньо переміщених осіб (ВПО).
2. *Актуальність проблеми.* Дослідження ролі тривожності у формуванні психосоматичних проявів ВПО є надзвичайно важливим як у науковому, так і в практичному контексті. Ігнорування цього аспекту призводить до пізньої діагностики, необґрунтованих медичних обстежень, неефективного лікування та зниження якості життя значної кількості людей.
3. *Методи дослідження.* Для вивчення взаємозв'язку тривожності та психосоматичних розладів застосовувалися опитувальники, тести та шкали, що дозволило оцінити психічний стан ВПО та оптимізувати втручання.
4. *Результати емпіричного дослідження.* Аналіз відповідей 24 респондентів показав:
 - Високий рівень тривожності частіше спостерігається у осіб із середньою та низькою якістю життя. Інтенсивність фізичних скарг може бути пов'язана з рівнем тривожності, що, у свою чергу, впливає на розвиток психосоматичних захворювань.

- Статистично підтверджено: чим вищий рівень особистісної тривожності, тим яскравіше проявляються соматичні симптоми. Ситуативна тривожність, як тимчасова реакція на зовнішні подразники, проявляється у вигляді пітливості, підвищеного серцебиття, тремору, порушень травлення тощо. Якщо такі реакції стають постійними, вони можуть негативно впливати на стан здоров'я.

Отже, результати дослідження підтверджують, що тривожність є ключовим фактором розвитку психосоматичних розладів у ВПО. Вона формується під впливом поєднання соціально-травматичних і психологічних чинників.

Психосоматичні прояви відображають хронічний вплив тривоги на організм і мають комплексний характер. Для ефективної допомоги необхідне поєднання психотерапевтичних підходів із програмами соціальної адаптації. На основі цього було розроблено 8-тижневу корекційну програму для зниження тривожності у ВПО, що включає групові психологічні тренінги та техніки майндфулнес.

Список використаних джерел

1. Александер Ф. Психосоматична медицина. Принципи і застосування / пер. з англ. с. Могилевського. К.: Прес, 2002. 250 с.
2. Блозва П. Можливості КПТ низької інтенсивності в розгортанні психологічних ресурсів особи: на прикладі роботи із тривожними проявами у часи пандемії. Психосоціальні ресурси особистісного та соціального розвитку в епоху глобалізації: матеріали міжнародної науково-практичної конференції. Тернопіль: ЗУНУ, 2022. Т2.148-152.
3. Блохіна І. О. Психологічні причини виникнення тривожності. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Вип. 4. 2021. С. 82-86.
4. Бондаревич С., Пальчинська М. Навчально-методичні рекомендації з дисципліни «Психосоматика та соматопсихіка» для студентів усіх спеціальностей рівня бакалавр. Одеса: Сімекс-прінт, 2021. 172с.
5. Бочелюк В., Панов М., Спицька Л. Психосоматичні розлади : сучасний стан проблеми. *Перспектива та інновації науки*. 2022. №7(12).С. 542-552
6. Бочелюк В., Панов М., Спицька Л. Теоретико-методологічні та методичні засади психосоматики. *Наукові перспективи*. 2022. №6(24). С. 1-14
7. Бочелюк В., Панов М., Спицька Л. Реабілітаційна психологічна допомога при психосоматичних захворюваннях. *Наукові перспективи*. 2022. №9(27).С. 313-324
8. Візнюк І. Психологічні детермінанти розвитку іпохондричних розладів у людини за психодіагностичними параметрами. *Проблеми сучасної психології*. 2017. №35.С. 55-66

9. Волошко Н. Психосоматичні хвороби як результат впливу негативних психологічних факторів. Проблеми сучасної психології. 2015. №3. С. 126-135
10. Волошко Н. Психологічні особливості внутрішньоособистісних конфліктів у хворих на артеріальну гіпертензію: монографія. Київ: Наук.світ, 2009. 198с.
11. Грицюк І. Основи психосоматики : методичні матеріали для студентів спеціальності «Практична психологія». Луцьк: Вежа-Друк, 2016. 27с.
12. Губар О. Вплив емоційного реагування на психосоматичне здоров'я. Освіта і наука – 2023: зб. наукових праць учасників звітної-наукової конференції студентів та аспірантів (м. Київ, 3-7 квітня 2023 року)/Ред. Колегія: Л.М. Вольнова. Київ, 2023. С. 20-22
13. Ентоні М., Рова К. Розлад соціальної тривоги. Львів: Свічадо, 2018. 122 с
14. Кириленко Т. Психологія: емоційна сфера особистості: навч. посіб. Київ: Либідь, 2007. 270 с.
15. Клевець Л. Психологічні чинники в генезі психосоматичних розладів. *Наукові записки. Серія «Психологія і педагогіка»*. 2012. №20. С.118-127.
16. Колісниченко Л. Особливості надання психологічної допомоги особам з психосоматичними розладами. *Соціальна психологія сьогодні: здобутки і перспективи*: матеріали доповідей учасників II Всеукраїнського конгресу із соціальної психології. Київ, 2019. 391с. С. 165-166.
17. Коломоєць М., Павлюкович Н., Ходоровський В., Ткач Є. Теорія та концепції психосоматичних захворювань. Буковинський медичний вісник. 2008. 31. С. 141-144.

- 18.Компанович М. С. Ретроспективний аналіз досліджень емоційних переживань як складової психосоматичних захворювань // Медична психологія: теоретичні та прикладні питання. Т. 1. Вип. 8. 2017. с.51-59.
- 19.Максименко С., Коваль І., Максименко К., Папуча М. Медична психологія: навч. посіб. Вінниця: Нова Книга, 2008. 520 с.
- 20.Ніколаєва А.П. Дослідження впливу психосоматичних станів на студентів в умовах війни. *Актуальні проблеми практичної психології*: зб. наук. Праць Всеукр. наук.-практич. інтернет конф. (19 травня 2023 року, м. Одеса). Одеса, 2023. С. 92-97.
- 21.Стрілецька І. І. Тривожність як індивідуальна властивість особистості (теоретичний аспект). Науковий часопис Національного педагогічного університету ім. М.П. Драгоманова. Сер. Психологічні науки. Вип. 1 (46). Київ : Видавництво НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2015. С. 266-272.
- 22.Халік О. О. Тривожність як чинник дезадаптації практичних психологівпочатківців : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. псих. наук : 19.00.07. Київ, 2010. 20 с.
- 23.Хамуленко Т. Б. Психосоматика: культурно-історичний підхід./ Т. Б. Хомуленко, Ю. Г. Падафет, О. В. Скориніна. - Х:ВД "Інжек", 2015. - 264 с.
- 24.Харченко Д. М. Психосоматичні розлади. Теорії, методи діагностики, результати досліджень : навчальний посібник / Д. М. Харченко. К. : Видавничий Дім «Слово», 2015. – 280 с.
- 25.Харченко Д. Психосоматичні розлади. Теорії, методи діагностики, результати досліджень: навч. посіб. Київ: Видавничий дім «Слово», 2015. 280 с.
- 26.Хаустова О.О. Нейрометаболическая терапия психосоматических расстройств. *Ліки України*. 2009. Вип. 5(131). С. 53-59.

- 27.Цимбалюк В.І. Охорона ментального здоров'я та медикопсихологічна реабілітація військовослужбовців в умовах гібридної війни: теорія і практика: монографія. Київ : ВСВ «Медицина», 2021. 256 с.
- 28.Чабан О., Хаустова О. Практична психосоматика: діагностичні шкали: навч. посіб. Київ: Видавничий дім Медкнига, 2021. 200 с.
- 29.Чабан О.С., Хаустова О.О. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги. *Український медичний часопис*. 2022. №4. С. 1-11.
- 30.Червинська О. Психосоматика, Психосоматичні розлади. Психосоматичний підхід. *Психологія та психіатрія*. 2013. №2. С. 70-72.
- 31.Шевченко О. Вплив психологічного стресу на функціональні зміни у кардіоваскулярній системі. *Здоров'я і суспільство*. 2019. №9(1). С. 68-73.
32. Шевчук А.М. Психосоматичні порушення у постраждалого населення внаслідок надзвичайної ситуації // Проблеми екстремальної та кризової психології. 2011. Вип. 10. С. 303-314.
33. Шелег Л. С. Психологічне забезпечення профілактики психосоматичних розладів працівників органів внутрішніх справ: наук.- практ. посібник. Київ : НАВС, 2015. 131 с.
34. Шматко А. О. Психологічні аспекти емоційної стійкості під час війни. *Психологічна підтримка*. 2023. Т. 5, №1. С. 34-39.
35. Щербань Н. О. Соціально-психологічні наслідки війни для молоді. *Наукові записки*. 2023. Т.2. С. 78-82.
36. Яременко В. В. Вплив військових конфліктів на психоемоційний стан населення. *Психологія і суспільство*. 2023. №1. С. 67-72.
37. Яценко Т. В. Відновлення психоемоційної стійкості після травматичних подій. *Науковий вісник*. 2022. Т. 3. С. 22-27.

38. Aktop A. Relationship between achievement motivation, trait anxiety and selfesteem. Antalya: Biology of sport., 2006. P. 127-141.
39. May R. The Problem of Anxiety. 2001. 432 p.
40. Spielberger C.D. Anxiety: Current trends in theory and research. N.Y., 1972. Vol. 1. P. 24-55

ДОДАТКИ

Додаток А

«Шкала оцінки якості життя» О.Чабан

Інструкція: згадайте, будь ласка, ті події, що відбувались із вами за останні 30 днів. Враховуючи їх, наскільки ви були задоволені наступним із нижчепереліченого. Вкажіть ту кількість балів, яка підходить найбільше, від 0 до 10), де:

- 0 — зовсім не задоволений(-а)
- 1-3 — більш незадоволений(-а), ніж задоволений(-а)
- 4-6 — посередньо
- 7-9 — більш задоволений(-а), ніж незадоволений(-а)
- 10 — надзвичайно задоволений(-а)

1. Своїм фізичним станом?
2. Настроєм?
3. Проведенням вільного часу?
4. Любов'ю, сексуальною активністю?
5. Повсякденною активністю (хобі, робота по дому та ін.)?
6. Соціальною активністю (спілкування з рідними, друзями)?
7. Фінансовим благополуччям?
8. Умовами проживання?
9. Роботою, навчанням, іншою зайнятістю?
10. Загальний рівень задоволеності життям?

Шкалу заповнює особа, яка проходить обстеження, самотійно.

Мінімальна кількість балів — 0, максимальна — 100.

Рівень якості життя:

- Вкрай низький — до 56 балів включно
- Низький — від 57 до 66 включно

- Середній — від 67 до 75 включно
- Високий — від 76 до 82 включно
- Дуже високий — від 83 балів.

Дуже високий — абсолютне та повне задоволення своїм життям (соціальним статусом, положенням, роботою, оточенням, здоров'ям, відчуття гармонії власного життя та оточення, відчуття щастя).

Високий — майже повне задоволення своїм життям, є незначні проблеми, які вирішуються.

Середній — посереднє задоволення своїм життям, є значні проблеми в житті якогось характеру, для вирішення яких потрібно прикласти зусилля, деяка невпевненість у майбутньому.

Низький — незадоволення своїм життям, є значні та такі, що не вирішуються, проблеми життя, немає радості від життя, яке сприймається як важка боротьба з невизначеним майбутнім, скоріше негативним.

Вкрай низький — абсолютне та повне незадоволення своїм життям, відчуття порожнечі, глухого кута, безперспективності та гнітучості життя, власна непотрібність, крах.

Додаток Б

Шкала соматичних симптомів (Somatic Symptom Scale, SSS-8)

Шкала соматичних симптомів (Somatic Symptom Scale, SSS-8) є одним з найбільш поширених та психометричних обґрунтованих інструментів для самооцінки соматизації та восьми окремих соматичних симптомів.

Інструкція: Наскільки часто кожна з наступних проблем турбувала вас протягом тижня? Виберіть, будь ласка, для кожної проблеми лише один варіант відповіді.

1 - Зовсім ні

2 – Не дуже часто

3 – Періодично

4 – Досить часто

5 – Дуже часто

Бланк Шкала соматичних симптомів (Somatic Symptom Scale, SSS-8)

Симптом	Зовсім ні	Не дуже часто	Періодично	Досить часто	Дуже часто
Біль у спині					
Біль у грудях або віддишка					
Запаморочення					
Почуття втоми або нестача енергії					
Головна біль					
Біль у ваших руках, ногах чи суглобах					
Проблеми зі шлунком чи кишечником					
Проблеми зі сном					

Інтерпретація:

- соматизація є на дуже низькому рівні при 0-3 балах;
- на низькому рівні при 4-7 балах;
- на середньому рівні при 8-11 балах;
- на високому рівні при 12-15 балах;
- на дуже високому рівні при 16-32 балах.

Тест Спілбергера-Ханіна рівень тривожності

Тест Спілбергера-Ханіна належить до методик, за допомогою яких досліджують психологічний феномен тривожності.

Цей опитувальник складається з 20 висловлювань, які відносяться до тривожності як стану (стан тривожності, реактивна або ситуативна тривожність) і з 20 висловлювань на визначення тривожності як диспозиції, особливості особистості (властивість тривожності).

Що розуміє Спілбергер під обома мірами тривожності видно з наступної цитати: «Стан тривожності характеризується суб'єктивними, свідомо сприйнятими відчуттями загрози і напруги, що супроводжуються або пов'язані з активацією або збудженням автономної нервової системи».

Тривожність як риса особи, очевидно, означає мотив або набуту поведінкову диспозицію, яка зобов'язує індивіда до сприйняття широкого кола об'єктивно безпечних обставин, як таких, які несуть загрозу, спонукаючи реагувати на них станами тривоги, інтенсивність яких не відповідає величині реальної небезпеки.

Шкала реактивної і особистісної тривожності Спілбергера є єдиною методикою, яка дозволяє диференційовано вимірювати тривожність і як властивість особистості, і як стан. У нашій країні використовують тест у модифікації Ю. Л. Ханіна (1976).

Реактивна (ситуативна) тривожність – стан суб'єкта в даний момент часу, який характеризується емоціями, які суб'єктивно переживаються особою: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю у цій конкретній ситуації. Цей стан виникає як емоційна реакція на екстремальну або стресову ситуацію і може бути різним за

інтенсивністю та динамікою у часі.

Мета роботи: визначити рівень ситуативної тривожності; провести тестування, аналіз результатів, зробити порівняння з нормативами літературних даних.

Устаткування: бланк опитувальника.

Хід роботи :

1. Обстежуваному пропонується – «Уважно прочитайте кожне з наведених тверджень і закресліть відповідну цифру справа залежно від того, як ви себе відчуваєте в даний момент. Над питаннями довго не замислюйтеся. Перша відповідь, зазвичай, яка приходить в голову, є найбільш правильною, адекватною Вашому стану».
2. Проводиться тестування з використанням опитувального бланка.

Бланк

№	Ситуація	Ні, це не так	Напевно так	Вірно	Дійсно вірно
1	Я спокійний				
2	Мені нічого не загрожує				
3	Я відчуваю себе напружено				
4	Я відчуваю жаль				
5	Я відчуваю себе вільно				
6	Я розчарований				
7	Мене хвилюють можливі невдачі				
8	Я відчуваю себе відпочившим				
9	Я стурбований				
10	Я маю відчуття внутрішнього задоволення				

11	Я впевнений у собі				
12	Я нервую				
13	Я не знаходжу собі місця				
14	Я напружений				
15	Я не відчуваю скованості				
16	Я задоволений				
17	Я заклопотаний				
18	Я надто збуджений і мені не по собі				
19	Мені радісно				
20	Мені приємно				

Показник ситуативної (реактивної) тривожності розраховується

$$PT = \sum 1 - \sum 2 + 35,$$

де $\sum 1$ – сума закреслених цифр по пунктах 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

$\sum 2$ – сума закреслених цифр по пунктах 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20.

Якщо РТ не перевищує 30, то, особа, яку опитували, не відчуває особливої тривоги, тобто у неї в даний момент виявляється низька тривожність. Якщо сума знаходиться в інтервалі 31-45, то це означає помірну тривожність. При 46 і більше – тривожність висока.

Дуже висока тривожність (> 46) прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами і з психосоматичними захворюваннями.

Низька тривожність (<12), навпаки, характеризує стан як депресивний, ареафективний, з низьким рівнем мотивацій. Але іноді дуже низька тривожність у показниках тесту є результатом активного витіснення особою високої тривоги з метою показати себе в «кращому світлі».

Результати записати у зошиті і сформулювати висновок про рівень реактивної тривожності обстеженої особи.

Додаток Г

Виявлення схильності до емпатії (за методикою І. Юсупова)

Мета: Виявлення схильності до емпатії.

Інструкція. Людина має висловити свою думку ("не знаю", "іноді", "часто", "майже завжди", "завжди") щодо наведених тверджень.

Текстовий матеріал

1. Мені більше подобаються книжки про подорожі, ніж книжки про долю людей.
2. Дорослих людей дратує турбота батьків.
3. Мені подобається розмірковувати про причини успіхів або невдач людей.
4. Серед музичних творів віддаю перевагу сучасним.
5. Якщо хвора людина виявляє дратівливість та незадоволення, до цього слід ставитись поблажливо.
6. Хвору людину потрібно постійно підтримувати морально.
7. Стороннім людям не слід втручатися в особистісні конфлікти, що виникають між двома особами.
8. Літні люди зазвичай дуже образливі і вимогливі.
9. У дитинстві сумна музика викликала у мене смуток, навіть сльози.
10. Якщо мої батьки роздратовані, то це впливає і на мій настрій.
11. Мені байдуже, що мене хтось критикує.
12. Мені більше до вподоби роздивлятися портрети, ніж пейзажі або натюрморти.
13. Я вибачаю батьків навіть у тих випадках, коли вони не праві.
14. Якщо кінь погано працює, його потрібно бити.

15. Коли я читаю про драматичні події з життя людей, то переживаю так, наче це відбувається зі мною.
16. Батьки ставляться до дітей несправедливо.
17. Я не можу залишатися осторонь, коли бачу, як сперечаються підлітки або дорослі.
18. Я не звертаю уваги на поганий настрій батьків.
19. Мені подобається спостерігати за поведінкою тварин, я навіть відкладаю інші справи.
20. Фільми та книжки можуть викликати сльози лише у сентиментальних та несерйозних людей.
21. Мені цікаво спостерігати за людьми, їхньою поведінкою, мімікою.
22. У дитинстві я приносив додому безхатніх кошенят, цуценят.
23. Всі люди озлоблені.
24. Коли дивлюся на незнайому людину, то мені хочеться відгадати, яке в неї життя.
25. У дитинстві навколо мене збиралася купка молодших за мене дітей.
26. Коли бачу поранену тварину, намагаюсь їй допомогти.
27. Людина почуватиметься краще, навіть якщо просто уважно вислухати її.
28. Ставши свідком дорожньої пригоди, намагаюся залишитись осторонь подій.
29. Молодші діти радіють, коли я пропоную їм нову гру або розвагу.
30. Люди перебільшують, коли кажуть, що тварини здатні відчувати настрій людини.
31. Конфліктну ситуацію людина має вирішувати самостійно, не залучаючи до неї оточуючих.
32. Якщо дитина плаче, то в неї на це є причина.

33. Молодь має поблажливо ставитися до літніх людей і задовольняти їхні прохання і навіть чудацтва.
34. Мені хотілося б дізнатися, чому деякі однокласники бувають задумливими.
35. Безпритульних тварин потрібно знищувати, щоб захистити здоров'я людей та домашніх тварин.
36. Мені не подобається, коли друзі розповідають про свої проблеми, і іззичай я змінюю тему розмови.

Підрахунок результатів

Перш ніж підрахувати отримані результати, перевірте ступінь відвертості, якою ви відповідали. Чи не відповіли ви «ніколи» на деякі з тверджень під номерами: 3, 9, 11, 13, 28, 36, а також чи не відмітили пункти 11, 13, 17, 26 відповідями «так, завжди»? Якщо це так, то ви не захотіли бути відвертими перед самим собою, а в деяких випадках намагались виглядати краще, ніж ви є.

Результатам тестування можна довіряти, якщо на всі перераховані твердження ви дали не більше трьох нещирих відповідей, якщо їх чотири – слід сумніватися в їх достовірності, якщо їх п'ять – можете вважати, що роботу виконали даремно.

Тепер підсумуйте набрані вами бали зі всіх відповідей. Співставте результат зі шкалою розвиненості емпатійних тенденцій.

Класифікатор тесту

- 82-90 балів – це дуже високий рівень емпатійності. У вас хворобливо розвинене співпереживання. У спілкуванні, як барометр, тонко реагуєте на настрої співрозмовника, який ще не встиг сказати

жодного слова. Вам важко від того, що оточуючі люди використовують вас як громовідвід, навалюючи на вас свої емоційні стани. Погано почуваєте себе у присутності «важких людей». Дорослі та діти охоче довіряють вам свої таємниці та звертаються до вас за порадою. Часто відчуваєте комплекс провини, побоюючись причинити людям клопіт, побоюючись не лише словом, а й поглядом зачепити їх. У той же час ви самі дуже вразливі. Можете страждати, коли побачите покалічену тварину, чи не знаходити собі місця від випадкового прохолодного привітання вашого шефа. аша вразливість іноді довго не зає заснути. Якщо у вас поганий настрій, вам потрібна емоційна підтримка інших. При такому ставленні до життя ви близькі до невротичного зриву. Вам треба піклуватись про психічне здоров'я.

- 63-81 бал – *висока емпатійність*. Ви чутливі до потреб і проблем оточуючих, великодушні, схильні багато чого їм пробачати. З непідробною цікавістю ставитесь до людей. Вам подобається «читати» їхні обличчя й «заглядати» в їхнє майбутнє, ви емоційно чутливі, товариські, швидко встановлюєте контакти з оточуючими та знаходите з ними спільну мову. Мабуть, і діти тягнуться до вас. Оточуючі цінують вашу душевність. Ви намагаєтесь не допускати конфліктів і знаходити компромісні рішення. Добре переносите критику на свою адресу. Оцінюючи події, більше довіряєте своїм відчуттям та інтуїції, ніж аналітичним висновкам. Уважаєте за краще працювати з людьми, ніж одному. Постійно потребуєте громадського схвалення своїх дій. Ви не завжди акуратні в точній і кропіткій роботі. Вас швидко можна вивести з рівноваги.

- 37-62 бали – *нормальний рівень емпатійності, притаманний переважній більшості людей*. Оточуючі не можуть назвати вас «товстошкірим», у той же час ви не належите до надто чутливих осіб. У міжособистісних стосунках ваше уявлення про інших складається

значним чином під впливом їхніх учинків, а не особистих вражень. Вам притаманні емоційні прояви, водночас більшою мірою вони самоконтролюються. У спілкуванні ви уважні, намагаєтеся зрозуміти більше, ніж висловлено, однак за умови надмірного прояву почуттів співрозмовником утрачаєте терпіння. Намагаєтесь делікатно не висловлювати свою точку зору, якщо не впевнені, що вона буде сприйнята. При читанні художніх творів і перегляді фільмів частіше слідкуєте за дією, ніж за переживаннями героїв. Відчуваєте труднощі у прогнозуванні розвитку стосунків між людьми, тому трапляється, що їхні вчинки здаються вам несподіваними. У вас немає розкутості почуттів, і це заважає вашому повноцінному сприйняттю людей.

- *12-36 балів – низький рівень емпатійності.* Ви відчуваєте труднощі в установленні контактів з людьми, незручно почуваєте себе у великій компанії. Емоційні прояви у вчинках оточуючих іноді здаються вам незрозумілими та безглуздими. Віддаєте перевагу заняттям конкретною справою на самоті, а не роботі з людьми. Ви прибічник точних формулювань і раціональних рішень. Мабуть, у вас мало друзів, а тих, хто є, ви цінуєте більше за ділові якості та ясний розум, ніж за чутливість і чуйність. Люди відповідають вам тим самим. Буває, що ви відчуваєте свою відчуженість, коли оточуючі не приділяють вам достатньо уваги. Це можна виправити, якщо ви знімете свій «панцир» і будете уважнішими до поведінки близьких, а їх проблеми сприйматимете як свої.

- *11 балів і менше – дуже низький рівень.* Емпатійні тенденції особистості не розвинені. Вам важко першому розпочати розмову, ви тримаєтесь відокремлено від співробітників. Особливо вам складно контактувати з дітьми та людьми, які набагато старші за вас. У міжособистісних стосунках досить часто опиняєтесь у незручному становищі. Багато в чому не знаходите взаєморозуміння з

оточуючими. Полюбляєте гострі відчуття, спортивні змагання вам подобаються більше, ніж мистецтво. У діяльності ви надто сконцетровані на собі. Ви можете бути дуже продуктивним в індивідуальній роботі, за умови ж взаємодії з іншими виглядаєте не зовсім добре. Хворобливо переносите критику на свою адресу, хоча зовнішньо можете на неї бурхливо не реагувати. Вам необхідна «гімнастика» почуттів.

Додаток Д

Методика самооцінки емоційного стану Уессмана-Рікса

Методика самооцінки емоційного стану була розроблена американськими психологами А. Уессманом і Д. Ріксом. Вона є досить простим опитувальником для самооцінки емоційних станів (наводиться її скорочений варіант).

Вимірювання в цій методиці проводиться за десятибальною системою.

Інструкція: «Виберіть у кожному із запропонованих наборів тверджень те, яке найточніше відображає Ваш стан зараз. Номер твердження, вибраного з кожного набору, обведіть кружечком у відповідному рядку реєстраційного бланку».

Протокол

Спокійність-тривожність										Енергійність-втомленість									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Піднесення-пригніченість										Впевненість у собі-безпорадність									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Список тверджень за всіма шкалами

«Спокійність – тривожність»

10. Цілковита спокійність. Непохитно впевнений у собі.

9. Виключно холонокровний, на рідкість впевнений і не хвилююся.

8. Відчуття повного благополуччя. Впевнений і відчуваю себе невимушено.

7. В цілому впевнений і вільний від стурбованості.
6. Ніщо особливо мене не турбує. Почуваю себе більш-менш невимушено.
5. Дещо занепокоєний, почуваю себе скуто, трохи стривожений.
4. Переживаю деяку занепокоєність, страх, неспокій або невизначеність. Знервований, хвилююся, роздратований.
3. Значна невпевненість. Вельми травмований невизначеністю. Відчуваю страхи.
2. Величезна тривожність, занепокоєність. Знищений страхом.
1. Повністю збожеволів від страху. Втратив розум. Наляканий труднощами, які не розв'язати.

«Енергійність – втомленість»

10. Поривання, що не знає перешкод. Життєва сила виплескується через край.
9. Життєздатність, величезна енергія, що б'є через край, сильне прагнення до діяльності.
8. Багато енергії, сильна потреба у дії.
7. Почуваю себе свіжим, у запасі значна енергія.
6. Почуваю себе досить свіжим, у міру бадьорий.
5. Злегка втомився. Лінощі. Енергії не вистачає.
4. Доволі стомлений. У запасі не дуже багато енергії.
3. Велика стомленість. Млявий. Мізерні ресурси енергії.
2. Жахливо стомлений. Майже виснажений і практично не здатний до дії. Майже не залишилося запасів енергії.
1. Абсолютно видихався. Нездатний навіть до самого незначного зусилля.

«Піднесення – пригніченість»

10. Сильний підйом, запальні веселощі.
9. Збуджений, у піднесеному стані. Сприймає все із захватом.
8. Збуджений, у доброму настрої.
7. Почуваю себе дуже добре. Життєрадісний.
6. Почуваю себе доволі добре, “в порядку”.
5. Почуваю себе трохи пригніченим, “так собі”.
4. Настрій пригнічений і дещо сумний.
3. Пригноблений і почуваю себе дуже пригніченим. Настрій безумовно сумний.
2. Дуже пригнічений. Почуваю себе просто жахливо.
1. Крайня депресія і зневір'я. Пригнічений. Усе чорно й сіро.

«Впевненість у собі – безпорадність»

10. Для мене немає нічого неможливого. Зможу зробити все, що захочу.
9. Відчуваю велику впевненість у собі. Впевнений у своїх звершеннях.
8. Дуже впевнений у своїх здібностях.
7. Відчуваю, що моїх здібностей достатньо й мої перспективи хороші.
6. Почуваю себе доволі компетентним.
5. Відчуваю, що мої вміння й здібності дещо обмежені.
4. Почуваю себе доволі нездібним.
3. Пригнічений своєю слабкістю й нестатком здібностей.
2. Почуваю себе жалюгідним і нещасним. Втомився від своєї некомпетентності.

1. Давить почуття слабкості й марності зусиль. У мене нічого не виходить.

Обробка результатів

Спочатку визначаються показники за кожною зі шкал «Спокійність- тривожність», «Енергійність-втомленість», «Піднесення-пригніченість», «Впевненість у собі-безпорадність», які відповідають обраному респондентом номеру твердження.

Далі обчислюють інтегральний показник емоційного стану респондента за формулою:

$$ЕС = (I1 + I2 + I3 + I4) / 4$$

де ЕС – інтегральний показник емоційного стану;

I1, I2, I3 та I4 – індивідуальні показники за відповідними шкалами.

Інтерпретація результатів ЕС може змінюватися від 1 до 10.

Якщо він знаходиться в межах 8-10 балів, то його можна інтерпретувати як дуже добрий; у межах 6-7 балів – як добрий; 4-5 балів – як погіршений; 1-3 бали – як поганий і дуже поганий.