

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ**

Кафедра клінічної психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

**Вплив медитації на рівень тривожності серед вимушено
переміщених осіб**

Виконала:

студентка 2-го курсу групи ПМ - 212
спеціальності 053 Психологія

освітньо-професійна програма Клінічна
психологія

Максимець Наталія Григорівна

(прізвище, ім'я, по батькові)

Науковий керівник:

д.мед.н.

(наукова ступінь, вчене звання)

Полшкова Світлана Геннадіївна

(прізвище, ім'я, по батькові)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології

Протокол № _____ від «_____» червня 2023р.

Зав. кафедри _____ д.психол.н.,с.н.с. Лисенко Ірина Павлівна
підпис (наукова ступінь, вчене звання ,прізвище, ім'я, по батькові)

Київ – 2023

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	3
ВСТУП	4
РОЗДІЛ І. ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ТРИВОЖНІСТЮ ТА ТРАНСОВИМИ ПРАКТИКАМИ	9
1.1 Тривожні стани та розлади і особливості їх переживання.....	9
1.1.1. Поняття тривоги та тривожності в різних напрямках психології та їхня феноменологія.....	9
1.1.2. Поширеність, причини розвитку та симптоми тривожних станів.....	12
1.1.3. Особливості переживання тривоги під час війни серед вимушених переселенців.....	16
1.2 Вплив транскових станів на психіку людини.....	18
1.2.1. Види транскових станів.....	19
1.2.2. Особливості впливу транскових станів на тривожність.....	21
1.2.3. Нейропсихологія транскових станів.....	22
1.3 Медитація як психотерапевтична інтервенція.....	23
1.3.1. Позитивні та негативні приклади застосування медитативних практик у різних напрямках психотерапії.....	24
1.3.2. Застосування медитації як окремої інтервенції в психотерапевтичній практиці.....	28
1.4 Нейропсихологічні особливості медитативних станів та їхній терапевтичний потенціал для зниження тривожності.....	30
1.4.1. Вплив медитації на структуру мозку.....	30
1.4.2. Комплексний підхід до вивчення нейрокогнітивних механізмів медитації.....	34
Висновки до Розділу І.....	35

РОЗДІЛ II. РЕГУЛЯРНА ПРАКТИКА МЕДИТАЦІЇ ЯК ЧИННИК ЗНИЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ.....	38
2.1 Практика медитації як чинник зниження тривожності.....	38
2.2 MBSR: 4-тижнева програма зниження стресу на основі практик усвідомленості.....	39
2.3 Аналіз ефективності програми MBSR.....	41
2.4 Валідні методики дослідження тривожності у сучасному світі.....	42
2.5 Організація та проведення емпіричного дослідження.....	45
2.6 Опис репрезентативної вибірки.....	49
Висновки до Розділу II.....	52
РОЗДІЛ III. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ МЕДИТАЦІЇ НА РІВЕНЬ ТРИВОЖНОСТІ СЕРЕД УКРАЇНСЬКИХ БІЖЕНЦІВ...54	54
3.1 Відмінності у рівні тривожності до та після курсу медитацій	54
3.2 Встановлення взаємозв'язків між тривожністю та соціально-демографічними показниками.....	58
Висновки до Розділу III.....	72
ВИСНОВКИ.....	74
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	78
ДОДАТКИ.....	87

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ, ПОЗНАЧЕНЬ, ТЕРМІНІВ

ПУ — практика усвідомленості

КПТ — когнітивно-поведінкова терапія

ПТСР — посттравматичний стресовий розлад

МКБ — міжнародна статистична класифікація хвороб та проблем,
пов'язаних зі здоров'ям

DSM — діагностичний та статистичний посібник з психічних розладів

СДУГ — синдром дефіциту уважності та гіперактивності

MBSR — техніки зниження стресу на основі практик усвідомленості

ЕЕГ — електроенцефалографія

MPT — функціональна магнітно-резонансна томографія

ПЕТ — позитронно-емісійна томографія

СПРРМ — мережа пасивного режиму роботи мозку

МЛД — медитація люблячої доброти

ГТР — генералізований тривожний розлад

ЦВМ — центральна виконавча мережа

СМ — салієнтна мережа

ВСТУП

Актуальність дослідження. Незважаючи на те, що стан тривоги знайомий більшості жителів нашої планети і є невід'ємним елементом людського буття, за певних умов він може перетворитись на розлад, що завдає значного дискомфорту. З початком війни в Україні, надзвичайно велика кількість людей почала страждати від підвищеної тривожності і пов'язаної з нею депресії. На погіршення стану почали скаржитись не тільки ті, хто залишився в Україні, але і вимушено переміщені особи. С.В. Арфенія, О.М. Кокун, А. Неска та Л.М. Бахмутова зазначають, що оскільки вони знаходяться подалі від бойових дій, вони схильні переживати емоційний стрес більш інтенсивно, відповідно, у них підвищені рівні ситуативної та особистісної тривожності та потребують негайної кваліфікованої психологічної допомоги.

Медитація — це ефективний спосіб допомогти вимушено переміщеним особам подолати стрес. Завдяки потужному впливу на мозок, вона має величезний терапевтичний ефект. Незважаючи на те, що медитація є стародавньою практикою усвідомленості, вчені досі остаточно не встановили чіткі нейропсихологічні механізми її дії. П. Бланк, С. Перлет, Т. Гайденрайх, М. Фаріас, Е. Маральді, К. Валленкамф, Г. Лукетті, Т. Іденфілд, С. Саїд, Р. Афонсо та багато інших вчених активно вивчають нейронні кореляти, задіяні в результаті медитування, та порівнюють цю практику із іншими психотерапевтичними та фармакологічними інтервенціями. Наприклад, вони встановили, що медитація за рівнем результативності не поступається есциталопраму, а також є гарним доповненням до когнітивно-поведінкової терапії, а іноді — її ефективною альтернативою. Такий ефект частково пояснюється тим, що медитація задіює острівцеву кору, що відповідає за усвідомлення почуттів, а також спричиняє зниження активності або функціонального зв'язку в мережі пасивного режиму роботи мозку. При цьому, вченим досі не

вдалось проаналізувати комплексний вплив медитації на широкомасштабні мозкові мережі, що відкриває можливості для подальших досліджень у даній галузі.

Наявні на даний момент знання про ефективність медитації дозволяють застосовувати цю практику для лікування генералізованого тривожного розладу, соціофобії, депресії та численних розладів, пов'язаних із ними. Отже, ми обрали медитацію в якості інтервенції у нашому емпіричному дослідженні. Наукова новизна полягає у вивченні результативності даної практики для групи українських біженців. Саме тому обрана проблематика дослідження є вельми актуальною на даний момент.

Об'єкт нашого дослідження — тривожність вимушено переміщених осіб.

Предмет нашого дослідження — зміна рівня тривожності серед вимушено переміщених осіб під впливом медитації “Сканування тіла”.

Мета нашого дослідження — експериментальне обґрунтування ефективності медитації сканування тіла для зниження рівня тривожності серед вимушено переміщених осіб як ефективної психотерапевтичної інтервенції.

Завдання:

1. Проаналізувати наукову літературу з обраної тематики та визначити зміст поняття тривоги і тривожності, їх феноменологію та вплив на якість життя; визначити зв'язок медитації та тривожності з точки зору різних напрямків психотерапії, а також вивчити нейропсихологічні особливості впливу медитації на мозок.
2. Встановити рівень тривожності у вимушено переміщених осіб до початку дослідження.
3. Організувати та провести емпіричне дослідження та з'ясувати вплив медитації “Сканування тіла” на рівень тривожності серед вимушено переміщених осіб, визначити предиктори ефективності даних практик.

4. Проаналізувати та проінтерпретувати результати експерименту та осмислити їх в контексті попередніх досліджень та теоретичних концептів, а також окреслити подальшу перспективу.

5. Навести практичні рекомендації щодо застосування медитації у психотерапевтичній практиці з метою зниження рівня тривожності

Гіпотези

Основна статистична гіпотеза: Після курсу медитації “Сканування тіла” рівень тривожності серед українських біженців знизиться.

Другорядні статистичні гіпотези:

1. Особи, які не працюють, мають вищий рівень тривожності у порівнянні з особами, які працюють віддалено або в країні перебування.
2. Рівень тривоги нижчий серед тих, хто займався раніше медитацією, порівняно з тими, хто не займався.

Методи: для досягнення зазначених завдань нами було застосовано такі методи:

1. Аналіз наукової літератури.
2. Психодіагностичне дослідження:
 - Авторський опитувальник для збору соціодемографічних даних
 - Шкала тривоги Бека
 - Шкала реактивної і особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна
 - Опитувальник з генералізованої тривоги GAD-7
 - Опитувальник зі стану здоров'я PHQ-9
 - Опитувальник посттравматичного стресового розладу PCL-5
3. Математико-статистична обробка даних.

Теоретико-методологічна основа дослідження

Ми спирались на найсучасніші праці видатних вчених при аналізі наукової літератури, а також при плануванні та проведенні емпіричного

дослідження. Так, психологічні аспекти поняття тривоги та тривожності з різних сторін досліджували З. Фрейд, Р. Мільне, К. Хорні, М. Манро, Р. Шрі, А. Адлер, О. Галієва та Т. Іванова. Їхні роботи дозволили диференціювати поняття “тривога” та “тривожність”, а також умісно використовувати дані терміни у різних соціокультурних контекстах.

Група дослідників також встановила кореляцію між тривожністю та депресією (Н. Калін, Р. Ріваз-Васкес, А. Ріваз-Васкес, Д. Саффа-Білер, І. Руїз, М. Блейс). Численні вчені також експериментально підтвердили ефективність застосування медитації для зниження тривоги та тривожності і пов’язаних із ними розладів, а також для лікування тривожного розладу. Д. Керні, С. Мальте, М. Стормс, Т. Сімпсон, М. Полюсний, С. Ербес, С. Турас, А. Моран, Г. Ламберті, Б. Найлс, Д. Морі та С. Поліцці довели результативність даного методу для зниження симптомів ПТСР та генералізованого тривожного розладу. Експерименти Х. Лью продемонстрували впливовість медитації та суміжних із нею практик усвідомленості для корекції соціофобії С. Хофман, А. Гомес, Г. Медоуз, Ф. Шойер, Дж. Ентикот, С. Саїд, С. Атезас, К. Канінгем та Р. Блох досліджували вплив практик усвідомленості на тривогу та депресію, у тому числі, рекурентну.

Е. Хоге, Е. Буй, С. Паліц, Н. Шварц, М. Оуенс, Дж. Джонстон та Н. Саймон вивчали вплив медитації на біологічні гострі реакції на стрес при генералізованому тривожному розладі. С. Отте, С. Стефан та С. Хофман досліджували, як когнітивно-поведінкова терапія впливає на тривожні розлади, включаючи нейропсихологічні особливості даної теми, а також наскільки медитація є ефективною у порівнянні з інтервенцією, згаданою вище.

Е. Хоге, Е. Буй, М. Мете, М. Датон, А. Бейкер та Н. Саймон порівнювали вплив практик усвідомленості та ефект від есциталопраму для лікування дорослих із тривожними розладами. Рандомізоване клінічне

дослідження показало, що дані практики є не менш ефективними, ніж дане фармакологічне втручання.

В цій роботі ми також спирались на новітні дані в галузі нейропсихології, наприклад, на роботи С. Смарта, Дж. Алі, Дж. Вічко, К. Сільверія, С. Тімераман, П. Бауер, О. Госеріз, А. Ванхауденхейзе, Ф. Волленвейдер та С. Лорейс. Завдяки Б. Томазіно та Ф. Фаббро, ми мали змогу заглибитись у нейропсихологічні особливості медитативних станів та ознайомитись із відповідними методами нейровізуалізації.

Теоретична значущість даної роботи полягає у встановленні кореляції між рівнем тривожності серед вимушено переміщених українців та практикою медитації, що підтверджує та доповнює існуючі дослідження, присвячені даній темі.

Практична значущість даної роботи полягає в тому, що результати дослідження можуть бути використані у практиці клінічного психолога та психотерапевта. Іншими словами, вони можуть застосовувати медитацію як додаткову або основну інтервенцію для допомоги вимушено переміщеним особам у подоланні тривожності.

РОЗДІЛ I. ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ТРИВОЖНІСТЮ ТА ТРАНСОВИМИ ПРАКТИКАМИ

1.1 Тривожні стани та розлади і особливості їх переживання

Тривожні та депресивні розлади є одними з найпоширеніших психічних захворювань у світі. Вони часто коморбідні один з одним, тож разом вони належать до ширшої категорії інтерналізованих розладів. Іншими словами, для всіх психічних розладів характерна супутня патологія, що, безумовно, насамперед стосується тривожних і депресивних розладів, а також їх симптомів, яким присвячена дана робота.

1.1.1 Поняття тривоги та тривожності в різних напрямках психології та їхня феноменологія.

На сьогоднішній момент, феномен тривоги активно досліджується не тільки в психології, але і в психіатрії, фізіології, філософії, патопсихології та соціології. Незважаючи на це, тривожність залишається неоднозначним і семантично невизначеним психологічним феноменом. Як правило, дослідники описують тривогу як складне індивідуальне явище з великою кількістю факторів, і кожен експерт враховує ті аспекти або компоненти, які узгоджуються з його теоретичними побудовами [4].

Іншими словами, деякі автори трактують тривожність у межах спостережуваних поведінкових ознак, інші – у термінах захисних механізмів. Інші точки зору також включають в себе зв'язок тривожності з минулими подіями та визначення її як фізіологічної реакції, як різновиду афекту [4]. Визначні психологи різних напрямків також по-різному тлумачили поняття тривоги та тривожності. Фрейд вважав тривогу фізіологічною реакцією на небезпеку. На відміну від Фрейда, Адлер розглядав тривогу як симптом неврозу у своїй індивідуальній теорії особистості [4]. Карен Хорні взагалі не вважала тривогу істотною складовою структури особистості. Незважаючи на це, тривога часто розглядається в контексті формування неврозів. У цьому випадку

причинами її прояву є глибокі внутрішні конфлікти, а також відсутність об'єктивних чи суб'єктивних внутрішніх ресурсів для їх подолання. Через це, у психологічному каноні тривога та тривожність часто трактуються як прояв дискомфорту, який може бути викликаний несприятливими умовами розвитку особистості, наприклад, перенесеною в дитинстві психологічною травмою.

У психологічній літературі співіснують два основних поняття, які в деяких контекстах використовуються як синоніми, але частіше розглядаються як окремі терміни, — “тривога” і “тривожність” [4].

Необхідно чітко розрізняти терміни “тривога” і “тривожність”, щоб уникнути плутанини в термінології. Поняття «тривога» найчастіше використовується з метою опису процесу очікування небезпеки або стану занепокоєння і рідше – для опису результату появи фрустрації або як механізм стресу та одночасно його важливий компонент [3].

Поняття «тривожність» має відмінну природу, оскільки переважна більшість авторів використовують його при описі особистісних якостей і властивостей або станів дискомфорту. Незначна кількість вчених застосовує поняття “тривожність” для опису емоційного дискомфорту, наприклад, почуття страху, пов'язаного з однією або декількома комбінацією інших емоцій [3]. Розрізняють тривожність як властивість особистості, що є відносно незмінною рисою (особистісна тривожність) і як стійкий негативний емоційний стан, пов'язаний зі змінами нервово-психічної діяльності (ситуативна тривожність) [4].

Концептуальне розрізнення тривоги як динамічного стану та особистісних властивостей або тенденцій надзвичайно важливе. Воно визначає процесуальну природу даного феномену. Цей стан доцільно розглядати як серію когнітивних, емоційних і поведінкових реакцій, які реалізуються внаслідок впливу на людину різних форм стресових подразників [4]. При цьому стресори можуть мати як зовнішній характер,

так і бути викликані якимисьь внутрішніми факторами, які суб'єкт сприймає як загрозу або небезпеку.

Таким чином, когнітивна оцінка небезпеки досягає стану тривоги або підвищує рівень інтенсивності такого стану. Отже, тривожні стани можна включити в структуру загального процесу тривоги, який складається з певних компонентів. Вони розгортаються у визначених часових проміжках: стрес – сприйняття загрози – тривожний стан [4]. Недарма обидва терміни, і “тривога” і “тривожність”, фігурують в міжнародних класифікаціях психічних розладів.

Ключові риси, такі як тривога та занепокоєння за великою кількістю приводів, дій або сторін життя, дозволяють ставити діагнози в межах систем Міжнародної статистичної класифікації хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям (МКБ-11) та Діагностичний та статистичний посібник з психічних розладів 5-го видання (DSM-5). Але в МКБ-11 можна також зустріти більш загальний термін, що позначає тривожні стани — «побоювання». Останнє не стосується якихось конкретних сторін життя (так звана «вільна тривога») як основи для діагнозу. Це пояснюється тим, що деякі пацієнти не здатні пояснити причину свого занепокоєння [23]. Отже, застосування DSM-5 у різних культурах може призвести до нездатності розрізнити певні випадки розладу.

Також варто зазначити, що існує декілька рівнів тривоги, що залежать від передумов її виникнення. З еволюційної точки зору, розрізняють первинну та вторинну тривогу. Базисна (первинна) тривога — це результат індивідуального розвитку дитини і є генетичним індивідуальним механізмом захисту. Вторинна тривога розвивається в онтогенезі і пов'язана з необхідністю виконання основних вимог [4]. На відміну від вторинної тривоги, яка значною мірою соціально опосередкована, первинної тривоги має своє коріння в мікросоціальному середовищі.

Тривогу також розділяють на звичайну та невротичну за рівнем ситуативної тотожності. Невротична тривога передбачає неадекватну оцінку небезпеки, в той час, як звичайна тривога обумовлена необхідністю відповідної ситуаційної адаптації [4]. Таким чином, невротична тривога включає в себе неефективні методи психологічного захисту.

Залежно від ступеня об'єктивації, можна також виділити вітальну і соціальну тривожність. Вітальна (життєва) тривога більше зосереджена на психофізіологічних оцінках, пов'язаних з виживанням зовнішніх і внутрішніх загроз. На відміну від неї, соціальна тривога виникає в умовах глобальної соціальної та культурної трансформації [4]. Отже, соціальна тривога є ціннісною за своєю суттю.

Залежно від рівня ефективності, тривогу можна класифікувати як конструктивну або деструктивну. Згідно з Івановою [4], конструктивний компонент тривоги полягає в особливому впливі на особистість, який передбачає пошук нестандартних підходів до вирішення складних ситуацій. Деструктивна тривожність, навпаки, призводить до дезінтеграції діяльності людини.

Отримані висновки щодо застосування термінів “тривога” та “тривожність” містять в собі потенціал для розкриття ключових методологічних аргументів для розробки прикладних аспектів зниження тривожності серед різноманітних груп населення, включаючи українських біженців за кордоном. Для цього необхідно детальніше зупинитись на феноменології, симптомах та чинниках розвитку тривожних станів.

1.1.2. Поширеність, причини розвитку та симптоми тривожних станів.

Як було зазначено вище, тривожні стани часто є ознакою більш масштабних розладів. Станом на 2019 рік, 3,94% населення світу страждає тривожними розладами [63]. Різновиди цього розладу включають в себе генералізований тривожний розлад, соціальний тривожний розлад (соціальна фобія), панічний розлад, специфічні фобії (наприклад,

агорафобія), селективний мутизм і тривожний розлад, пов'язаний із розлукою.

Тривожні розлади є найбільш поширеними серед усіх психічних захворювань [48]. Генералізований тривожний розлад є найпоширенішим з усіх тривожних розладів. Окрім того, тривожні розлади дуже характерні для клінічної депресії, що підтверджують численні наукові джерела. Всесвітнє опитування показало, що 45,7% осіб, які протягом життя страждали на великий депресивний розлад, протягом життя також мали один або більше тривожних розладів [38]. Такі розлади також зазвичай співіснують протягом того самого періоду часу. Згідно з дослідженням, 41,6% осіб з 12-місячною депресією також мали один або більше тривожних розладів протягом того самого 12-місячного періоду [38].

З точки зору тривожних розладів, коморбідність депресії протягом життя становить від 20% до 70% для пацієнтів із соціальним тривожним розладом, 50% для пацієнтів з панічним розладом, 48% для пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), і 43% для пацієнтів з генералізованим тривожним розладом [38]. Дані дослідження Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression також демонструють супутню патологію на рівні симптомів. 53% пацієнтів із великим депресивним розладом мали значну тривожність і вважалися такими, що мають тривожну депресію [38]. Отже, існує виражена кореляція між рівнем тривожності і депресії.

Існує величезна кількість чинників, які стають тригерами розвитку тривожних розладів, а останні значно відрізняються за симптоматичними проявами. Симптоми тривоги мають як психологічний, так і фізичний характер і можуть завдати значних страждань постраждалим особам, їхнім сім'ям або особам, які здійснюють догляд за ними. Емоційні симптоми включають в себе нудоту, пітливість, головний біль, блювоту, діарею, слабкість, задишку, біль у шлунку, припливи або озноб, виразку, тремор,

біль у шлунку, поколювання, підвищення пульсу та артеріального тиску, а також болі в тілі [63]. Щодо фізичних симптомів, то вони включають в себе дратівливість, нервозність, невпевненість у собі, страх, замкнутість, побоювання померти, хвилювання тощо [63]. Через низку яскраво виражених симптомів, тривожність негативно впливає на мислення, пам'ять, концентрацію, здатність до навчання та прийняття рішень, а також зашкоджує адекватному сприйняттю навколишнього середовища [63].

Причини розвитку тривоги можуть включати в себе велику кількість чинників. Необхідно окремо зупинитись на демографічних, психофізіологічних, патофізіологічних і генетичних чинниках, а також факторах середовища, які сприяють появі та розвитку тривожних станів.

До демографічних чинників відносяться стать, вік, рівень освіти, матеріальне становище тощо. Так, жінки вдвічі частіше страждають від тривожних розладів, ніж чоловіки, хоча в дитинстві стать не є суттєвим чинником для їхнього розвитку [14]. Щодо освіти, то люди з неповною вищою або середньою освітою більш схильні до вищезазначених розладів, як і люди з низьким рівнем доходу [14]. Таким чином, можна відстежити чітку кореляцію між рівнем якості життя та схильністю до тривожності.

Щодо психофізіологічних факторів, то наразі відсутня однозначна відповідь стосовно того, наскільки нейробіологічні фактори тривоги пов'язані з тривожними розладами. Але при цьому можна розглядати останні в контексті індивідуальних відмінностей у неврологічному функціонуванні. Наприклад, у розвитку тривожних розладів грають важливу роль особистісні риси, а також темперамент. До рис особистості відносять нейротизм, тривожність як притаманна людині риса або ж схильність до унікаючої поведінки чи реакцій гальмування. По суті, все вищеперераховане є взаємодоповнюючими конструктами, але варто детальніше зупинитись на понятті нейротизму.

Нейротизм — це риса особистості, характеристика темпераменту, що на пряму асоціюється з розвитком тривоги і депресії. Підвищені показники нейротизму проявляються у людей, які демонструють виражену нервозність, схильність до швидких змін настрою, почуття провини, погану адаптивність. Також це притаманно людям, які схильні до тривоги, депресивних реакцій, слабкої концентрації, нестійкості у стресових ситуаціях, вираженої чутливості, вразливості, дратівливості та заклопотаності [6]. Отже, особистості з вищезазначеними рисами мають генетичну схильність до розвитку інтерналізованих розладів.

Щодо патофізіологічних чинників, не є винятком, коли розлад виникає внаслідок певного хворобливого процесу в організмі. До того ж, для інтерналізованих розладів існує генетичний ризик, адже тривожні та депресивні розлади можуть бути успадковані (приблизно в 40% випадків) [38]. Найвищий рівень спільного генетичного ризику серед інтерналізованих розладів спостерігається між великим депресивним розладом і генералізованим тривожним розладом. Також генетичний ризик розвитку нейротизму як особистісної риси спільний з ризиком розвитку інтерналізованих розладів.

Під впливом психотравмуючих подій на рівні нейронних ланцюгів в префронтально-лімбічних шляхах, які опосередковують процеси регуляції емоцій, відбуваються зміни, що характерні для тривожних та депресивних розладів [38]. Отже, негенетичні фактори також можуть спричинити тривожний розлад на рівні особистості.

Серед факторів середовища надзвичайно велику роль у розвитку тривожних розладів грає стиль виховання. Наприклад, гіперопіка з боку одного чи обох батьків спричиняє підвищення рівня тривоги. Дитина може також копіювати тривожну поведінку дорослих, наприклад, уникання [14]. Крім того, більшість сучасних досліджень вказує на прямий зв'язок між травмою дитинства та високим рівнем тривожності. До найбільш

поширених травм відносять втрату або розлучення батьків, фізичне та сексуальне насильство [14]. Більш того, деякі життєві події також можуть спричинити розвиток тривожних розладів серед дорослих людей. До них відносяться розлучення з батьками або смерть одного з них, а також смерть іншої близької людини [14]. Безсумнівно, війна є однією з найважчих життєвих подій, отже, необхідно детальніше зупинитись на особливостях переживання тривоги серед вимушених переселенців.

1.1.3. Особливості переживання тривоги під час війни серед вимушених переселенців.

Війна — це надзвичайно потужний стресор, що примусив мільйони людей шукати притулку в безпечних місцях. Окрім впливу на афективну сферу, вона також торкнулася таких аспектів диття українців, як пізнання, поведінка, мотивація, ціннісна семантика, фізіологія тощо. Порушення механізмів роботи вже знайомих психічних і фізіологічних систем безпосередньо негативно позначається на адаптації до соціальних, територіальних, особистісних і фізичних змін [1]. Отже, перебування в стані постійного стресу такої високої інтенсивності може призвести до дезадаптації людини, яка раніше не виявляла ознак жодних психічних захворювань.

Вчені констатують помітну кореляцію між поширеністю психічних розладів та ступенем травми, тривалістю бойових дій або окупації та своєчасністю професійної фізичної, медичної та психологічної допомоги та підтримки. Згідно зі статистикою, наведеною вченими Бахмутова та Неска, понад 60% цивільного населення з воюючих країн мають симптоми важкої депресії, тривоги та ПТСР [2]. Більш того, кумулятивна травма продовжує впливати на людей навіть через десятиліття після початкової травми, викликаючи різноманітні розлади хронічного характеру.

Окрім того, велика кількість людей навіть у далеких і мирних країнах зараз перебувають у стані стресу та страждають від проявів

тривожних симптомів через події в Україні. Це відбувається через новини про масову загибель людей різного віку та статі, що є неприйнятним для цивілізованого світу, отже, викликає страх і обурення [2]. Згідно з Американською психологічною асоціацією, війна в Україні підвищила напруженість серед американського населення до небезпечного рівня. 80% опитаних громадян США назвали російське вторгнення в Україну одним із головних джерел стресу сьогодні [35]. Американське населення також побоюється можливої помсти Росії — наприклад, у формі кібератаки або ядерної атаки. Таким чином, переживання, спричинені психотравмуючим досвідом, можуть перерости в травматичний синдром серед переміщених осіб. Він характеризується обтяженістю важкими конфліктами, горем, смертю, тривогою, агресією та підозрілим ставленням до запропонованої допомоги, а також почуттям провини.

Згідно з всеукраїнським опитуванням “Твоя життєстійкість в умовах війни”, проведеним Кокуном, майже 80% опитаних українців особисто отримали життєвий досвід, пов’язаний з війною (від переїзду в межах України до участі у військових подіях) [5]. Більш ніж половина респондентів (55,7%) зазначили, що переживали різноманітні загрози для життя ситуації (від випадкових до надзвичайно інтенсивних) [5]. 58,8% опитаних українців помітили погіршення депресії. 86,7% респондентів жалілись на погіршення емоційного стану [5]. Щодо емоційного стресу, то українці, які знаходяться далі від бойових дій, схильні переживати його більш інтенсивно.

Інша група вчених, Бахмутова та Неска, дослідили особливості психологічних порушень серед українців, які втекли від війни в Польщу. Вони встановили, що почуття тривоги (62%), провини, страху, травма свідка, синдром вцілілого, а також міжособистісні і внутрішні конфлікти, що загострюється в умовах бойових дій, а також складнощі у пристосуванні до норм іншої країни, що надала прихисток, є

найпоширенішими психологічними запитами на сьогоднішній момент [2]. Українці, постраждалі від війни, часто скаржаться на проблеми зі сном, виснаження та складнощі з концентрацією. При цьому, емоційні симптоми були більш вираженими, ніж когнітивні, що пов'язано з віддаленістю респондентів від бойових дій.

Експерти вважають, що перебування в умовно безпечному місці та перегляд новин можуть спричинити появу травми свідка, пов'язану з відчуттям безпорадності. Вона супроводжується почуттям провини "врятованої людини" і дуже інтенсивним бажанням негайно повернутись додому. Крім того, більшість біженців так чи інакше зіткнулись з відчуттям втрати, яке належить до одного з найсильніших і найважчих почуттів [2]. Отже, розпізнавання впливу деструктивних емоцій, вчасні психотерапевтичні інтервенції та навчання навичкам самопомоги є найпріоритетнішим завданням у ході дослідження тривожних розладів серед українських біженців, постраждалих від війни. Медитація є одним з ефективних методів зниження рівня тривожності, поширених у всьому світі, тож варто детально розглянути дану інтервенцію.

1.2 Вплив транскових станів на психіку людини

Термін "трансний стан" використовується для опису психологічного стану, коли людина перебуває в зміненому стані свідомості, що суттєво відрізняється від звичайного стану бадьорості і уваги [56]. Транс може бути досягнутий різними способами, такими як медитація, гіпноз, ритуальні практики, музика, а також іншими методами [74]. Існує чимало видів транскових станів, кожен з яких може мати свої особливості і корисні аспекти для психіки людини.

1.2.1. Види транскових станів

1. Трансний стан, досягнутий через медитацію. Медитація може сприяти зниженню рівня стресу, поліпшенню концентрації, підвищенню внутрішнього спокою і зосередженості [62]. Вона може

також сприяти самовідчуттю, розумінню себе і внутрішньому зростанню.

2. Гіпнотичний транс може використовуватися для досягнення стану зміненої свідомості, в якому людина стає більш вразливою до позитивних впливів і підсвідомих змін [61]. Гіпнотерапія може допомогти в лікуванні фобій, залежностей, тривоги та інших психічних проблем, а також суттєво вплинути на зниження рівня тривожності [71]. Наразі також набуває популярності гіпнотерапія з застосуванням віртуальної реальності [44]. Вона допомагає пацієнтам позбутись різноманітних фобій, пригадати події, пов'язані з психотравмою, а також розвинути адаптаційні навички [55].
3. Ритуальний транс. Деякі релігійні або духовні ритуали можуть викликати трансний стан, що дозволяє людині відчувати духовні переживання. Наприклад, шаманський транс характеризується глибоким зміненим станом свідомості, де шаман вступає в контакт з так званими духовними силами та іншими реаліями. Шамани, стародавні цілителі, застосовували цілісний підхід до лікування недугів, згідно з яким тіло, розум і навколишнє середовище створювали динамічні відносини [20]. Оскільки шамани часто використовують ритмічну музику й танці у своїх ритуальних практиках, вони схильні відчувати екстаз — стан екстатичного захвату і високої енергії, коли людина перебуває в стані емоційного піднесення та ейфорії. Вони віддаються рухові та ритму, відчуваючи повне з'єднання з музикою і оточуючим середовищем.
4. Трансовий стан під час творчого процесу. Деякі люди входять у трансний стан під час творчого процесу, такого як малювання, писання або створення музики. У цьому стані людина може відчувати стан плину, коли час зникає, свідомість повністю поглинається процесом творчості, а ідеї виникають спонтанно і без

зусиль. Так, доволі популярним є транс під час спортивних занять — у спортивних дисциплінах, таких як бокс, біг або йога, може виникати стан поглиненості та зосередження, де спортсмен відчуває повну віддачу і одностайність зі своїм тілом і рухами.

5. Транс під час спортивних занять: В спортивних дисциплінах, таких як бокс, біг або йога, може виникати стан поглиненості та зосередження, де спортсмен відчуває повну віддачу і одностайність зі своїм тілом і рухами.
6. Транс, викликаний психоделічними речовинами. Наприклад, псилоцибін — це природний триптамін, відомий своїми галюциногенними властивостями. Новітні дослідження показують, що псилоцибін може бути ефективним засобом для лікування депресії та зниження тривоги, пов'язаної з хворобою, небезпечною для життя [75].

Таким чином, транс може сприяти розкриттю внутрішнього потенціалу, розвитку креативності, емоційній розрядці, покращенню загального самопочуття та якості життя. Трансові стани можуть бути корисними для психіки з декількох причин. По-перше, це багато трансових практик спрямовані на релаксацію і зниження рівня стресу. Вони дозволяють заспокоїти розум, зосередитися на моменті та забути про повсякденні турботи, що сприяє загальному благополуччю і покращенню стану психічного здоров'я.

Трансові стани також дозволяють досліджувати глибші рівні свідомості і самовідчуття. Це може призвести до кращого розуміння власних думок і почуттів, а також до розкриття нових інсайтів і ідей [20]. Крім того, транс може допомогти заспокоїти розум і знизити активність мислення. Це особливо корисно для людей, які стикаються з постійним потоком думок, тривогами або розсіяністю. В трансовому стані можна

знайти внутрішній спокій. Транс може також посилювати творчість та інтуїцію, допомагаючи знайти нові рішення і підходи до проблем.

Варто пам'ятати, що транскові стани по-різному впливають на людей: для деяких людей транс може бути дуже корисним і приводити до покращення психічного стану, самопізнання та саморозвитку. Проте, якщо людина має психічні захворювання, рекомендується проконсультуватися з фахівцем, таким як психолог або психіатр, перед спробою досягти трансового стану або займатися будь-якими практиками, пов'язаними зі зміною свідомості.

1.2.2. Особливості впливу трансових станів на тривожність

Трансові стани можуть мати певний вплив на психічну травму, зокрема на симптом тривожності. Такі техніки можуть допомогти знизити загальний рівень тривожності, сприяючи глибокому розслабленню і відновленню емоційного балансу [62]. Пацієнти можуть відчувати заспокоєння та зниження тривоги під час перебування у трансовому стані. Нижче ми перерахували основні особливості цього впливу.

По-перше, транскові техніки можуть допомогти пацієнтам перетворити негативні думки, пов'язані з травматичною подією, на більш позитивні та конструктивні [60]. Це включає в себе зміну сприйняття та інтерпретації травматичних подій, що може зменшити тривогу, пов'язану з цими подіями. Транс може бути корисним для створення нових асоціацій і поступової зміни реакцій на тригери, пов'язані з психічною травмою. Він може допомогти пацієнтам подолати фобії та страхи, пов'язані з психотравмою.

Крім того, транскові техніки можуть навчити пацієнтів ефективно контролювати свої емоції та знаходити способи саморегуляції. Це важливо для пацієнтів з тривожністю, викликаною психічною травмою, оскільки вони можуть відчувати емоційний розлад і нездатність до емоційної саморегуляції [62]. Трансові техніки дозволяють пацієнтам заспокоїтися,

зосередитися і знайти внутрішній ресурс для регулювання своїх емоцій та відновлення емоційного балансу [60]. Більш того, такі техніки можуть допомогти знизити гіперпильність і сприяти більш позитивному сприйняттю навколишнього середовища. Психічна травма також може призвести до порушення сну та викликати хронічну втому. Шляхом використання трансових технік пацієнти можуть досягти релаксації та відновити енергію [60]. Важливо зазначити, що трансові техніки повинні використовуватися в рамках професійного психологічного супроводу, під керівництвом кваліфікованих фахівців.

1.2.3. Нейропсихологія трансових станів

Згідно з сучасними дослідженнями, трансові стани можуть впливати на різні аспекти нейрологічного та психологічного функціонування. Нижче наведено декілька аспектів нейропсихології трансових станів. По-перше, відомо, що транс викликає нейрофізіологічні зміни. Дослідження, проведені за допомогою функціональної магнітно-резонансної томографії, демонструють зміни в активності та взаємодії різних частин мозку під час трансу [78]. Зокрема, спостерігаються зміни в активності префронтальної кори та лімбічної системи, що пов'язані з регуляцією емоцій та уваги.

Крім того, у трансових станах спостерігається підвищена активність альфа-хвиль в електроенцефалограмі (ЕЕГ). Альфа-хвилі відповідають за стан розслаблення, зосередженості та внутрішнього споглядання. Вони пов'язані зі зниженням активності зовнішніх подразників та зосередженістю на внутрішньому досвіді. Дослідження також демонструють зміни в рівні нейротрансмітерів, таких як серотонін, допамін та гамма-амінобутирична кислота (GABA), які відіграють важливу роль у регуляції настрою та емоційного стану [57]. Такі зміни можуть впливати на емоційну регуляцію та сприяти заспокоєнню.

Трансові стани також відомі тим, що вони можуть впливати на нейропластичність — здатність мозку перебудовувати свою структуру та

функцію. Дослідження показують, що практика транскових технік може сприяти змінам в структурі та зв'язках між нейронами, що може позитивно впливати на відновлення після психічної травми та покращення когнітивних та емоційних функцій [20]. Трансові стани можуть також впливати на регуляцію автономної нервової системи, включаючи симпатичну та парасимпатичну гілки [57]. Практика транскових технік може сприяти активації парасимпатичної гілки, що відповідає за заспокоєння та відновлення організму після стресових ситуацій.

Враховуючи вищезазначені аспекти, можна припустити, що транскові стани здатні сприяти покращенню емоційного стану, заспокоєнню та зниженню тривожності, а також можуть підтримувати нейрологічну та психологічну гармонію. Важливо підкреслити, що нейропсихологія транскових станів є складною та розгалуженою галуззю досліджень, і багато аспектів все ще потребують більш детального вивчення.

1.3 Медитація як психотерапевтична інтервенція

Медитація (також “практика усвідомленості” або “ПУ”) відноситься до набору когнітивних тренувальних технік, спрямованих на моніторинг і регулювання уваги, сприйняття, емоцій і гомеостазу [47]. Вона є одним зі способів тренування розумових функцій і стимулювання нейропластичності [73]. Незважаючи на те, що лікування тривожних станів та розладів може включати фармакологічну терапію, медитація залишається ефективним способом подолання цих недугів. Згідно з численними дослідженнями, цей психотерапевтичний метод продемонстрував неабияку результативність у зменшенні тяжкості симптомів тривоги та депресії серед широкого кола людей [32; 25]. Все більше людей, що страждають на тривожний розлад або депресією звертаються до подібних немедикаментозних інтервенцій.

1.3.1. Позитивні та негативні приклади застосування медитативних практик у різних напрямках психотерапії.

Медитація може застосовуватись як монотерапія або допоміжна терапія. Позитивний вплив цієї техніки може тривати протягом шести місяців або більше, однак серед осіб з тривожними розладами позитивні результати менш поширені. Незважаючи на це, регулярне допоміжне використання медитативних вправ в якості додаткової терапії може значно покращити психологічний стан таких людей [59]. При цьому, дана техніка має дуже мало негативних наслідків, що робить її придатною для використання серед широкого кола осіб.

Систематичний огляд найновіших наукових джерел показав, що практики зосередження приносять хороші результати у лікуванні різноманітних психічних розладів. Аналіз наукової літератури, починаючи з 2012 року, демонструє, що все більше доказів підтверджують застосування медитації у профілактиці депресії та рецидивів тривоги [21; 59; 24]. Дворічне спостереження Meadows та ін. показало, що когнітивна терапія із застосуванням ПУ, була такою ж ефективною, як і допомога спеціалістів людям з рекурентною депресією, і що вона добре працювала у поєднанні з антидепресантами [45].

Ще одне дослідження виявило, що ПУ призвели до значного зменшення тяжкості симптомів ПТСР серед 116-ти ветеранів, порівняно з груповою терапією, орієнтованою на сьогодення (стандартне лікування ПТСР, не орієнтоване на травму) [56]. Б. Найлс, Д. Морі та ін. [52] також підкреслюють значущість впливу ПУ на ПТСР, що відзначається суттєвим зниженням проявів даного захворювання.

Згідно з Saeed та ін., застосування ПУ мало більш виражений ефект, ніж інші активні інтервенції і еквівалентні ефекту від селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (антидепресантів) [59]. Інший мета-аналіз, який включав в себе пацієнтів із клінічно діагностованою тривогою та розладами настрою, показав, що ПУ були помірно ефективними у зменшенні симптомів тривоги та покращенні

настрою. Крім того, поліпшення зберігалися в середньому протягом 27 тижнів (медіана: 12 тижнів) [59].

Систематичний огляд наукових досліджень дозволяє оцінити масштаби ефекту, які свідчать про те, що інтервенції, засновані на ПУ, були помірно ефективними для зменшення симптомів депресії та тривоги в порівнянні з контрольною групою, а також у порівнянні з іншими активними психотерапевтичними інтервенціями. В ході дослідження було з'ясовано, що ПУ є хорошим доповненням, а іноді — альтернативою когнітивно-поведінковій терапії, іншим поведінковим методам лікування, а також фармакологічним втручанням. Численні групи вчених дійшли висновку, що ПУ є ефективним засобом лікування різноманітних психологічних станів і демонструють особливу результативність у зниженні тривоги, депресії та стресу [59; 26]. Отже, у практик, в основі яких знаходиться традиційна практика медитації, є значний терапевтичний потенціал.

Більш того, новітні дослідження свідчать про те, що навіть нетривалий ретрит усвідомленості може покращити біологічні маркери стресу та запалення. Дослідження Gardi фокусувалось на вивченні впливу інтенсивної ПУ на деякі біологічні медіатори стресу та запалення під час 3-денного ретриту. Учасники ретриту усвідомленості продемонстрували значне зниження рівня стресу та тривожності, а також покращення балансу деяких ключових медіаторів запальних станів [25]. Ці дані свідчать про те, що ретрит усвідомленості може бути ефективним у покращенні фізичного та психічного здоров'я. Така інтервенція може стати немедикаментозною альтернативою методів, що сприяють зниженню стресу та покращенню загального депресії та благополуччя. На даний момент, вже існують подібні інтервенції на основі ПУ у формі нейропсихологічної реабілітації [66]. Вони виявились особливо корисними для людей із синдромом

дефіциту уважності та гіперактивності (СДУГ) та осіб, що страждають від зниження когнітивних функцій у похилому віці [66].

Серед ПУ особливе місце займає медитація люблячої доброти. Дана вправа, як і медитація співчуття, належать до традиційних буддистських практик, які наголошують на культивуванні позитивної енергії та проу доброти до себе та інших істот, на противагу почуттям гніву, ворожості чи ненависті, які часто супроводжують емоційні проблеми [68].

Група вчених вирішила з'ясувати, чи групова медитація люблячої доброти не поступається груповій когнітивній терапії для лікування ПТСР серед ветеранів. Незважаючи на те, що ПТСР характеризується підвищеним рівнем тривоги, група дослідників припустила, що саме ця практика принесе статистично значущі результати. У рандомізованому клінічному дослідженні 184 ветерани з діагнозом "ПТСР" проходили групову медитацію любові й доброти або групову когнітивну терапію. В результаті, відмінності у зниженні показників ПТСР і депресії від базового рівня до 6-місячного спостереження були дуже подібними та в межах попередньо визначених кордонів, які не вважалися суттєвими. Відвідуваність була кращою для медитуючої групи [26]. Дане дослідження також доводить те, що втручання без спеціального фокусу на травмі, включаючи втручання на основі медитації, можуть дати результати, подібні до терапії, орієнтованої на травму.

Щодо негативних прикладів застосування ПУ, існує певна кількість досліджень, які свідчать про їхню недостатню ефективність або побічні ефекти. Так, згідно з Strauss, мета-аналіз рандомізованих контрольованих досліджень показав, що ПУ були ефективними для людей, поточно переживаючих депресивний епізод, але не принесли значних змін у довготривалій перспективі [70]. Також вчені з'ясували, що такі практики не є корисними для корекції тривожних станів.

Інші дослідження виявили наявність побічних ефектів від ПУ. Вчені встановили, що у 83 з 6742 цитат з проаналізованих джерел учасників експериментів із застосуванням ПУ згадували побічні ефекти. Результати аналізу показали, що з 83 цитат, 55 (65%) дійсно включали повідомлення про принаймні один тип побічного ефекту, пов'язаного з ПУ [22]. Загальна поширеність таких побічних явищ становила 8,3%. Однак ці показники значно відрізняються залежно від типів досліджень – 3,7% для експериментальних та 33,2% для обсерваційних досліджень. Найпоширенішими побічними ефектами були тривога (33%), депресія (27%) і когнітивні аномалії (25%). Менш поширеними виявились такі побічні ефекти, як шлункові розлади (11%) та суїцидальна поведінка (11%) [22]. Крім того, інша група вчених зазначає такі часті побічні ефекти від медитації, як труднощі у стриманні емоцій, викривлене самопочуття, дереалізація, галюцинації, марення, проблеми у стосунках і вразливість до помилкової пам'яті [41]. Таким чином, практики медитації можуть спричинити зазначені вище розлади навіть у людей без попередньої історії психічних хвороб. У той самий час, варто зазначити, що відсоток побічних ефектів під час медитації (8,3%) подібний до відсотку побічних ефектів від психотерапевтичної практики, про які повідомляють пацієнти [22]. Крім того, дані досліджень свідчать про те, що медитація може тимчасово викликати тривогу у багатьох учасників, але ці переживання самі по собі навряд чи спричиняють об'єктивну шкоду [10]. Отже, це має бути враховано лікарями-практиками та клініцистами, які мають упереджене ставлення до медитативних практик.

Іншими важливими аспектами, які варто враховувати під час психотерапевтичних інтервенцій та проведення досліджень, є побудова міцних і довірливих стосунків з групою та формування адекватних очікувань серед учасників. Згідно з Timmermann та ін., очікування та мотивація є важливими факторами для практики медитації усвідомленості

[72]. Вони впливають на рівень терапевтичного ефекту у клінічних популяціях, як і стосунки між групою та ведучими. Отже, необхідно виділити додатковий час на формування відповідних очікувань серед учасників ПУ.

1.3.2. Застосування медитації як окремої інтервенції в психотерапевтичній практиці.

Також варто зазначити, що подібні інтервенції можна застосовувати не тільки як додаткові методи, що підтримують основний курс корекції тривожних станів та розладів. Новітні наукові дослідження свідчать про те, що практики на основі усвідомленості також мають величезний терапевтичний потенціал, якщо застосовуються як окрема інтервенція. Систематичний огляд і мета-аналіз впливу таких практик на симптоми тривоги та депресії показав, що регулярне застосування підходів, заснованих на уважності, є корисним, навіть якщо вони не інтегровані в більшу терапевтичну структуру [15].

Деякі вчені рекомендують застосовувати ПУ для лікування соціофобії. Наприклад, група вчених порівнювала ефективність таких практик із когнітивно-поведінковою терапією (КПТ) для корекції даного розладу. З одного боку, результати показали, що практики, засновані на усвідомленості, були менш ефективними, ніж КПТ, для полегшення симптомів соціофобії після курсу інтервенцій [43]. З іншого боку, виявилось, що ці практики мають довгостроковий ефект і приносять пацієнтам полегшення у довгостроковій перспективі. Крім того, 40–50% пацієнтів, що страждали від соціофобії, не виявляли динаміки під впливом КПТ [43]. Таким чином, ПУ можуть бути ефективною та безпечною альтернативою або доповненням до КПТ.

Вчені також порівнювали ефект від ПУ з результатами від застосування есциталопраму для лікування тривожних розладів.

Результати рандомізованого клінічного дослідження показало, що техніки

зниження стресу на основі ПУ (MBSR) не поступаються есциталопраму з точки зору результативності. Репрезентативна вибірка складалася з 208 пацієнтів, з яких 102 брали участь у MBSR і 106 приймали есциталопрам [33]. Отже, терапевтичний потенціал ПУ доволі великий, і вони мають неабияке поширення у цифровому просторі.

Великої популярності зараз набувають також і цифрові технології на базі ПУ. Вони включають в себе додатки, веб-додатки, текстові, відео- та аудіокеровані додатки, розробки на основі XR-технологій або змішаних версій [42]. Найчастіше, вони застосовуються споживачами через смартфони, планшети, ноутбуки та персональні комп'ютери.

Тренінги на основі ПУ також стають все більш поширеними в онлайн-просторі. Наприклад, Wang описує застосування такого тренінгу протягом 6 тижнів, який показав ефективність, незважаючи на те, що він був проведений через Інтернет, а не вживу [52]. Після серії відеоконференцій спостерігалось посилення здатності перемикаати увагу, покращення оперативної пам'яті, виконавчої функції та соціального пізнання – 6-тижнева програма МТ за допомогою відеоконференції на когнітивні функції [52]. Повсюдне використання ПУ вимагає глибокого дослідження нейропсихологічних особливостей таких станів, щоб досягнути справжні масштаби їхнього терапевтичного потенціалу.

1.4 Нейропсихологічні особливості медитативних станів та їхній терапевтичний потенціал для зниження тривожності

За останні роки кількість наукових досліджень медитації та її впливу на людський мозок значно зростає. Підвищення уваги до медитації в когнітивній нейронауці призвело до міжкультурної класифікації стандартних стилів медитації згідно з функціональними та структурними нейроанатомічними даними. Дослідження показало, що практики медитації з різними інструкціями мали різний вплив на феноменологічні, поведінкові, просоціальні та інтероцептивні змінні [72].

1.4.1. Вплив медитації на структуру мозку.

Дослідження нейронауки показали, що медитативна практика як стан трансю впливає на структуру та функції мозку. Низка досліджень об'єднала інформацію про вплив на його структуру та функцію. Вчені встановили, що тривала щоденна практика медитації викликає повторювану активність у певних мережах мозку протягом багатьох років, що призводить до довготривалих структурних і функціональних змін зв'язків відповідних ланцюгів [12].

Вчені виявили, що ПУ з акцентом на зосередження уваги спричиняють потовщення кори в префронтальних областях. На відміну від них, ПУ, сфокусовані на соціально-афективному компоненті, підвищують пластичність у тім'яних та лобно-інсулярних зонах. ПУ із соціокогнітивною спрямованістю викликають потовщення в нижніх лобових і скроневих областях [72]. Такі зміни дозволяють людині краще протистояти стресу.

Добре відомо, що стрес має шкідливий вплив на якість життя. Експериментальні дані підтверджують думку про те, що стрес негативно впливає на когнітивні функції вищого порядку, залежні від префронтальної кори, насамперед на оперативну пам'ять і процеси когнітивної гнучкості [27]. При цьому, вчені вважають здатність ПУ буферизувати реакцію на стрес доволі надійною [49; 19]. Отже, варто детальніше зупинитись на нейропсихологічних особливостях медитативних практик, щоб бути в змозі виділити їхні нейронні кореляти.

Протягом останніх 20 років численні дослідження нейровізуалізації вивчали різні методи медитації за допомогою електроенцефалографії (ЕЕГ), функціональної магнітно-резонансної томографії (МРТ) і позитронно-емісійної томографії (ПЕТ) для вимірювання змін кровотоку та електричної активності у мозку під час медитації. Ця дослідницька

програма, спрямована на виділення нейронних корелятивів різних практик медитації, стала відомою як споглядальна нейронаука [47].

Цікаво, що велика кількість даних, зібраних під час цих досліджень, свідчить про те, що практики медитації різних традицій спираються на схожі когнітивні техніки, а також мають загальні нейронні кореляти. Мета-аналіз 78 функціональних нейровізуалізаційних досліджень медитації виявив дисоціативні моделі активації та дезактивації в чотирьох поширених модальностях медитації [47]. Останні включають в себе: практику зосередження уваги, читання мантр, відкрите спостереження, медитацію люблячої доброти та медитацію “Сканування тіла”.

Незважаючи на те, що чотири медитації, описані вище, чітко диференційовані за нейронними корелятами, група вчених виявила кілька повторюваних моделей модуляції активності в острівцевій корі, що є важливою мультисенсорною зоною, тісно пов’язаною з усвідомленням почуттів. Чотири вищезазначені способи медитації по-різному модулюють активність інсули. Так, практика зосередження уваги, відкритого спостереження і медитація “Сканування тіла” викликають активацію острівцевої кори, в той час як читання мантр, навпаки, деактивує її. Тим не менш, участь острівця в усіх чотирьох модальностях медитації свідчить про центральну роль контролю над диханням та іншими варіаціями тілесного усвідомлення завдяки ПУ.

Вчені також виявили інші конвергентні моделі активності, які були меншою мірою представлені в зонах мозку, залучених до регуляції уваги, таких як премоторна кора, додаткова моторна зона та дорсальна (когнітивна) поясна кора [47]. Крім того, медитація впливає на пластичність нейронів, при цьому функціональна МРТ показує зміни сірої та білої речовини у суб’єктів медитації [9].

Велика кількість досліджень також демонструє, що багато медитативних практик спричиняють зниження активності або

функціонального зв'язку в мережі пасивного режиму роботи мозку (СПРРМ) — нервової мережі головного мозку, що є надзвичайно активною в стані спокою, але менш активною під час виконання конкретних завдань. А саме, спостерігається зниження активності в ключових вузлах СПРРМ, особливо в медіальній префронтальній корі і в задній частині поясної кори. Іншими словами, дезактивація СПРРМ більш виражена під час медитації, ніж під час виконання інших когнітивних завдань [48; 9]. Крім того, спостерігалась зміна зв'язків під впливом різних типів медитації. Наприклад, медитація люблячої доброти викликала зменшення функціональних зв'язків у мережі СПРРМ [48]. Отже, необхідно дослідити особливості впливу даної медитації на мозок.

Медитація люблячої доброти (МЛД) спрямована на розвиток співчуття та любові до себе та оточуючих, поступово поширюючи фокус емпатії на чужих і неприязних осіб або навіть на всі живі істоти. Незважаючи на те, що МЛД включає в себе елементи з практик зосередження уваги та відкритого спостереження, вона має чітку феноменологічну та нейронну релевантність через свій емоційний зміст. [47] Значні кластери активації МЛД були виявлені в правій частині соматосенсорної кори, нижній частині тім'яної кори та правому передньому острівці. Кластерів інактивації не було виявлено під час проведення досліджень [47]. Крім того, в результаті даної практики збільшився об'єм сірої речовини в правій кутовій звивині, правій задній парагіпокампальній звивині та лівій нижній і середній скроневої звивині [9].

Таким чином, МЛД може застосовуватись як допоміжна техніка у психотерапевтичних інтервенціях або як самостійний інструмент.

Також варто зазначити, що медитація має неабиякий вплив на ендокринну систему, включаючи вісь гіпоталамус-гіпофіз-надниркові залози, вісь гіпоталамус-гіпофіз-щитовидна залоза та систему

ренін-ангіотензин-альдостерон, а також енергетичний гомеостаз.

Обмежені наявні дані свідчать про те, що зміни ендокринної функції після медитації відповідають покращенню психічного здоров'я [54].

Вчені також досліджували вплив ПУ на біомаркери, пов'язані з генералізованим тривожним розладом (ГТР). Результати свідчать про те, що практика медитації може бути корисною стратегією для зменшення біологічного стресу у пацієнтів із ГТР [33]. Згідно з дослідженням, у пацієнтів з ГТР, які навчалися медитації усвідомленості, знизився рівень гормону кортикотропіну, пов'язаного зі стресом, а також рівень прозапальних цитокінів [33]. Інша група вчених стверджує, що медитація може суттєво допомогти регулювати емоції шляхом посилення механізмів префронтального когнітивного контролю через посилення низхідної регуляції мигдалеподібного тіла (амігдали) [17]. Отже, ПУ є відносно недорогим видом лікування з низьким рівнем стигми, яке здатне допомогти людям із тривожними розладами краще впоратися зі стресом.

Даний висновок узгоджується з мета-аналізами, наведеними вище, що виявили спільні структурні та функціональні зміни мозку при різних психічних захворюваннях, включаючи тривогу та велику депресію, у схемах, що включають регуляцію емоцій, виконавчу функцію та когнітивний контроль [9]. Він також базується на численних дослідженнях, зазначених вище, які підтверджують позитивний вплив медитації на тривожні стани та розлади, що супроводжується змінами у структурі головного мозку. При цьому, у даному погляді існують певні обмеження.

При визначенні нейронного механізму ПУ, більшість висновків зосереджено на ролі ізольованих ділянок мозку в підтримці спостережуваних когнітивних процесів і одночасному покращенні поведінкових результатів. Проте, слід враховувати, як медитативні практики впливають на широкомасштабну мозкову мережу — ключові

області, тимчасово корельовані одна з одною. Тобто, необхідно розглядати вплив медитації комплексно, а не лише на окремі зони мозку.

1.4.2. Комплексний підхід до вивчення нейрокогнітивних механізмів медитації.

Комплексний погляд на вплив ПУ на мозок полягає у вивченні взаємодії трьох ключових функціональних мереж, пов'язані з увагою, когнітивним контролем та інтероцептивним усвідомленням. Вони включають в себе наступні нейронні мережі: СПРРМ, центральна виконавча мережа (ЦВМ) та салієнтна мережа (СМ) [30].

Як було зазначено вище, СПРРМ асоціюється з думками, які не мають відношення до виконання конкретних завдань та мріями. Наступні зони мозку, функціонально пов'язані між собою, входять до складу СПРРМ: венстромедіальна префронтальна кора, дорсомедіальна префронтальна кора, латеральна тім'яна кора і кора задньої частини поясної звивини разом із прилеглими частинами передклиння, а також енторіальна кора.

ЦВМ зазвичай асоціюється з підвищеною активацією під час цілеспрямованої поведінки, такої як підтримка уваги, розв'язання складних проблем і застосування робочої пам'яті. Ця мережа пов'язана з прийняттям рішень шляхом конвергенції зовнішньої інформації з внутрішніми уявленнями. Її основні вузли розташовані в дорсолатеральній префронтальній корі та задній тім'яній корі навколо внутрішньотім'яної борозни.

СМ вважається посередником у перемиканні між СПРРМ та ЦВМ і відповідає за зміну та моніторинг станів цих двох мереж і, ймовірно, здійснює розподіл ресурсів уваги для підтримки когнітивного контролю [30]. Вона складається з дорсальної частини передньої поясної кори та передньої острівцевої долі.

ПУ впливає на діяльність цих трьох мереж, кожна з яких відповідає за різні етапи медитації у досвідчених практикуючих. Згідно з Gu, активність і зв'язки в СПРРМ були запропоновані як потенційні біомаркери для моніторингу впливу від практики медитації на симптоми тривожних розладів. Група вчених дійшла висновку, що після практикування посилюється зв'язок між СПРРМ та ЦВМ під впливом “посередника” СМ [30]. Це означає, що медитація покращує здатність до перемикання довільної уваги. Необхідні подальші дослідження, щоб більш точно встановити механізми взаємодії між трьома вищезазначеними складовими широкомасштабної мозкової мережі під впливом ПУ.

Висновки до Розділу I

Тривожні стани та розлади надзвичайно поширені у сучасному світі і часто корелюють із рівнем депресії та пов'язаних із нею розладів. У розвитку тривожних розладів грають роль багато факторів, серед яких — особистісні риси (оболливо нейротизм), темперамент, захворювання організму, а також генетика. Існує також кореляція між тривожністю та рівнем якості життя, на яку впливають численні фактори середовища. Вчені також констатують помітну кореляцію між поширеністю психічних розладів та ступенем травми, тривалістю бойових дій або окупації та своєчасністю професійної фізичної, медичної та психологічної допомоги та підтримки. Незважаючи на те, що фармакологічна терапія є ефективною для лікування тривожних станів та розладів, медитація залишається результативним методом подолання цих недугів. Аналіз численних наукових джерел виявив, що медитація та суміжні з нею практики усвідомленості (ПУ) демонструють високу ефективність для осіб, що мають підвищені рівні тривоги та тривожності та страждають на тривожні розлади. Більшість проаналізованих джерел демонструють позитивні ефекти від ПУ.

Вчені встановили, що ПУ добре працюють у поєднанні з антидепресантами, а також не поступаються есциталопраму з точки зору результативності. ПУ також демонструють високу ефективність у тандемі з когнітивно-поведінковою терапією та іншими поведінковими методами лікування. Вони допомагають знизити тяжкість симптомів ПТСР. Крім того, медитативні практики широко застосовують у профілактиці депресії та рецидивів тривоги, а також для лікування соціофобії та ГТР. застосовуються як окрема інтервенція. Незважаючи на численні позитивні ефекти, практики медитації можуть викликати побічні ефекти, зокрема в людей, що страждають на тривожні та депресивні розлади. Але загальна поширеність побічних ефектів під час медитації подібна до тих, про які повідомляється для психотерапевтичної практики в цілому. Отже, ПУ набувають все більшої популярності у сучасному світі і все частіше застосовуються онлайн.

ПУ мають помітний вплив на феноменологічні, поведінкові, просоціальні та інтероцептивні змінні, а також на ендокринну систему. Згідно з дослідженнями нейронауки, медитативна практика як стан трансю впливає на структуру та функції мозку. Так, тривала щоденна медитація викликає повторювану активність у певних мережах мозку протягом багатьох років, що призводить до довготривалих структурних і функціональних змін зв'язків відповідних ланцюгів. Оскільки медитації різних традицій спираються на схожі когнітивні техніки, вони мають загальні нейронні кореляти. Група вчених виявила декілька повторюваних моделей модуляції активності в острівцевій корі, важливій мультисенсорній зоні, тісно пов'язаній з усвідомленням почуттів. Це свідчить про центральну роль контролю над диханням та іншими варіаціями тілесного усвідомлення завдяки медитації.

ПУ також спричиняють зниження активності або функціонального зв'язку в мережі пасивного режиму роботи мозку (СПРРМ). Вчені

припускають, що медитація покращує здатність до перемикання довільної уваги. Це відбувається завдяки тому, що медитація покращує зв'язки між СПРРМ, центральною виконавчою мережею (ЦВМ) та салієнтною мережею (СМ), які належать до широкомасштабних мозкових мереж. Таким чином, ПУ покращують увагу, когнітивний контроль та інтероцептивне усвідомлення. При цьому, необхідно ретельно дослідити механізми взаємодії трьох ключових функціональних мереж, зазначених вище, щоб встановити ступінь комплексного впливу ПУ на мозок, що стане предметом нашого подальшого дослідження.

РОЗДІЛ II. РЕГУЛЯРНА ПРАКТИКА МЕДИТАЦІЇ ЯК ЧИННИК ЗНИЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ

2.1 Практика медитації як чинник зниження тривожності

Існує багато підходів та програм, що містять медитацію як компонент, необхідний для зниження рівня тривожності. Проаналізувавши наукову літературу, ми знайшли ефективну програму для зменшення стресу, тривожності та депресії, що називається MBSR (4-тижнева програма зниження стресу на основі практик усвідомленості). Учасники програми спостерігають поліпшення загального самопочуття та зниження симптомів психічних розладів. MBSR також показала свою корисність в лікуванні психіатричних розладів, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривожні розлади та інші. Наше емпіричне дослідження показало, що медитація “Сканування тіла”, що є одним із компонентів даної програми, допомагає значно знизити тривожність та рівень ПТСР серед вимушено переміщених осіб.

Програма MBSR також допомагає покращити навички саморегуляції та управління емоціями- розвивати уважність до власних емоцій, сприяючи більш гармонійному і свідомому сприйняттю та реагуванню на життєві події. MBSR також сприяє покращенню загального психологічного благополуччя, збільшує рівень задоволення життям та покращує якість сну. Крім того, MBSR навчає учасників застосовувати практику уважності в повсякденному житті [36]. Власне, однією з ключових переваг MBSR є можливість перенесення вивчених навичок уважності на різні аспекти життя. Учасники можуть застосовувати практики уважності в роботі, взаєминах, вирішенні проблем та стресових ситуаціях [64]. Учасники можуть продовжувати практикувати уважність і зберігати досягнуті позитивні зміни у своєму житті.

Дослідження показують, що MBSR може мати позитивний вплив на фізіологічні показники, такі як зниження рівня кортизолу (гормону стресу)

та покращення функціонування імунної системи [16]. Це свідчить про тісний зв'язок між психічним та фізичним благополуччям. Відомо, що ефекти MBSR можуть бути стійкими і тривати після закінчення програми. Враховуючи різноманітність досліджень та позитивні результати, MBSR може бути рекомендована як ефективний підхід до зменшення стресу, покращення психічного благополуччя та регуляції емоцій. Однак, індивідуальна оцінка та підхід до кожної людини є важливим для досягнення оптимальних результатів.

Загалом, MBSR є науково обґрунтованою програмою, яка демонструє позитивний вплив на психічне здоров'я та благополуччя. Дослідження підтверджують, що MBSR допомагає зменшувати рівень стресу, тривожності та депресії, покращує якість сну та загальний рівень задоволення життям. Крім того, MBSR сприяє покращенню регуляції емоцій, розвитку уважності та свідомості, а також зниженню фізіологічних показників стресу, таких як рівень кортизолу [16]. Важливо відзначити, що результати MBSR можуть бути індивідуальними і залежати від різних факторів, таких як стан здоров'я, особистісні особливості та ставлення до практики. Також важливо зазначити, що MBSR не є панацеєю. Деякі люди можуть відчувати складнощі з виконанням практик, або їм може бути потрібен інший підхід до регулювання емоцій та стресу.

У цілому, MBSR є одним з найбільш досліджених та визнаних програм з медитації, яке має солідну наукову базу доказів щодо її ефективності. Програма може бути корисною для тих, хто бажає знизити рівень стресу, поліпшити психічне благополуччя та розвинути навички уважності в повсякденному житті.

2.2 MBSR: 4-тижнева програма зниження стресу на основі практик усвідомленості

Дана програма MBSR на 4 тижні є короткою версією оригінальної 8-тижневої програми та може бути корисною для людей, які не мають

достатньо часу для виконання повної, восьмимісячної програми MBSR. 4-тижнева програма зниження стресу на основі практик усвідомленості (MBSR) розвиває навички уважності та регуляції емоцій з метою зниження рівня стресу та запобігання рецидивів депресії та інших психічних розладів.

Програма MBSR складається з декількох основних компонентів, у тому числі навчання уважності у повсякденному житті. Вона містить медитації, у тому числі, медитацію “Сканування тіла”, що допомагає знизити рівень тривожності, розвинути краще розуміння емоцій та думок, а також поліпшити соціальні навички. Програма MBSR базується на програмі медитації на основі уважності (MBSR), але додатково включає елементи, що сприяють розвитку навичок регуляції емоцій та запобіганню рецидивів психічних розладів. MBSR є коротшою за тривалістю програмою, порівняно з повною версією MBSR, що займає 8 тижнів. Програма може бути ефективним інструментом для зменшення симптомів тривожності та депресії, а також для запобігання рецидивів психічних розладів. Детальний опис 4-тижневої програми медитації на основі уважності (MBSR) можна знайти в різних джерелах. Одним із найбільш довірених та популярних є оригінальний посібник "Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness" від Йона Кабат-Зінна [37].

Нижче наведений розклад програми MBSR, що триває 4 тижні:

Тиждень 1:

Вступ до медитації на основі уважності, вправи на регулювання дихання, практики уважності до тіла та його відчуттів.

Тиждень 2:

Практики уважності до руху та відчуттів у тілі, практики уважності до звуку та його відчуттів.

Тиждень 3:

Практики на розвиток уважності до думок та емоцій, практики на розуміння реакцій на стрес.

Тиждень 4:

Медитація “Сканування тіла”, заняття на використання уважності у повсякденному житті.

Кожне заняття включає у себе групові та індивідуальні вправи на медитацію на основі уважності, домашні завдання та обговорення.

2.3 Аналіз ефективності програми MBSR

4-тижнева програма медитації на основі уважності (MBSR) є коротшою версією оригінальної 8-тижневої програми. Хоча існує обмежена кількість досліджень, які специфічно досліджують ефективність 4-тижневої версії MBSR, деякі наукові роботи підтверджують її ефективність. Одне дослідження, опубліковане в журналі *Journal of Clinical Psychology* у 2017 році, вивчає ефективність коротшої 4-тижневої версії MBSR у порівнянні з контрольною групою [8]. Дослідження показало, що 4-тижнева програма MBSR привела до значущого зниження рівня симптомів тривожності та депресії, а також до поліпшення загального самопочуття учасників порівняно з контрольною групою.

Інше дослідження, опубліковане в журналі *Journal of Alternative and Complementary Medicine* у 2014 році, демонструє ефективність 4-тижневої програми MBSR для ветеранів, які мали посттравматичний стресовий розлад [69]. Результати дослідження показали, що програма призвела до зниження рівня симптомів тривожності, депресії та посттравматичного стресового розладу.

Дані дослідження надають підтвердження того, що 4-тижнева програма MBSR може бути ефективною у зменшенні симптомів тривожності, депресії та стресу. Важливо враховувати, що багато залежить від індивідуальних особливостей та контексту, а також від регулярності та рівня залученості учасників до виконання вправ та практики медитації.

Загалом, хоча існують обмежені дані щодо конкретної ефективності 4-тижневої програми MBSR, загальна база досліджень підтверджує користь медитації на основі уважності для зниження стресу, тривожності та покращення психічного благополуччя. Продовження досліджень у цьому напрямку може принести більш докладні та точні результати щодо ефективності коротших версій програми MBSR.

2.4 Валідні методики дослідження тривожності у сучасному світі

Наразі, у світі існує велика кількість методик, які зарекомендували себе як ефективні засоби вимірювання рівня тривожності. Вони включають в себе шкалу тривожності Тейлора, опитувальник прийняття та дії, опитувальник рівня суб'єктивного стресу, шкалу генералізованого тривожного розладу, шкалу тяжкості генералізованого тривожного розладу, а також ряд інших опитувальників, які ми описали в даному підрозділі.

Шкала прояву тривожності Тейлора (адаптована М. Пейсаховою) була розроблена у 1953 році для вимірювання фізичних, емоційних і поведінкових проявів тривоги. Ця методика складається з 50 тверджень, на які кандидати повинні відповісти «так» або «ні». Тест триває 15-30 хвилин.

Опитувальник прийняття та дії (Acceptance and Action Questionnaire, AAQ-II) дозволяє виміряти рівень психологічної ригідності та відстежити поведінку уникання досвіду. Вона застосовується для діагностики депресії, тривожності та пов'язаних з ними розладів, а також прогнозування професійної ефективності та продуктивності [77]. Опитувальник включає в себе 7 питань. Переклад та адаптацію опитувальника прийняття та дії українською мовою було здійснено на кафедрі психології та психотерапії Українського Католицького Університету [7].

Опитувальник рівня суб'єктивного стресу (The Perceived Stress Scale-10, PSS-10) застосовується для визначення рівня суб'єктивного стресу, а саме встановлення, наскільки стресовим, на думку респондентів,

було їхнє життя останнім часом. Даний опитувальник враховує ступінь неконтрольованості, непередбачуваності та приголомшливості життєвих обставин. Він складається з 10 питань, відповіді на які необхідно оцінити за шкалою від 0 до 4, де 0 — ніколи, 1 — майже ніколи, 2 — іноді, 3 — досить часто, 4 — дуже часто.

Анкета генералізованого тривожного розладу-IV (Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV, GADQ-IV) на основі четвертого видання DSM дозволяє діагностувати генералізований тривожний розлад. Опитувальник складається з 9 запитань. Частина з них потребує відповіді «так/ні», а решта — оцінки за шкалою [51]. GADQ-IV продемонстрував надійність тестування та повторного тестування, а також конвергентну та дискримінантну валідність.

Шкала загальної тяжкості тривоги та порушень (Overall Anxiety Severity and Impairment Scale, OASIS) ефективна для вимірювання важкості симптомів у широкому діапазоні тривожних розладів. Анкета містить п'ять запитань, на які дається відповідь за шкалою від 0 до 4 [18]. Дана методика довела свою надійність у клінічних умовах.

Шкала соціальної тривожності Лейбовіца (Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS) використовується для вимірювання ступеня соціальної тривоги або соціальної фобії. Вона складається з 24 пунктів, які поділяються на дві підшкали. 13 запитань пов'язані з тривогою і ще 11 запитань стосуються соціальної тривожності в певних ситуаціях. Ця анкета також має високу надійність і валідність [46].

Шкала тяжкості генералізованого тривожного розладу (Generalized Anxiety Disorder Severity Scale, GADSS) складається з 6 запитань. Респонденти самостійно оцінюють свою тривожність за шкалою від 0 до 4. На відміну від опитувальника GAD-7, зазначеного нижче, GADSS вимірює як частоту, так і інтенсивність симптомів тривоги. Дана методика

продемонструвала високу ефективність для визначення тяжкості симптомів генералізованого тривожного розладу серед літніх людей [11].

Шкала оцінки тривожності Гамільтона (HARS) — клінічна шкала оцінки, призначена для вимірювання тяжкості тривожного розладу пацієнта. Він необхідний для цього дослідження і складається з 14 пунктів, кожен з яких оцінюється за шкалою Ліккена. Тринадцять пунктів стосувалися проявів тривоги в повсякденному житті. Чотирнадцятий — до прояву хвилювання під час огляду.

На відміну від HDRS, HARS має стандартизовані варіанти відповідей: кожен елемент може вносити однакову кількість балів до значення шкали, і немає необхідності вказувати окремі варіанти відповіді для кожного пункту, що значно спрощує розуміння шкали та процедури розрахунку. Дана методика достатня для досягнення цілей даного дослідження. Стандартні пункти, що входять до HARS, включають в себе: тривожний настрій, напругу, страхи, інсомнію, інтелектуальні порушення, депресивний настрій, соматичні м'язові симптоми, соматичні сенсорні симптоми, серцево-судинні симптоми, респіраторні симптоми, гастроінтестинальні симптоми, сечостатеві симптоми, вегетативні симптоми, поведінка під час огляду [27].

Шкала тривоги Гамільтона є важливим, точним і зручним діагностичним інструментом, який використовується в щоденній практиці лікарів-спеціалістів, психіатрів, які регулярно мають справу з тривожними розладами. Шкала тривожності Гамільтона є «золотим стандартом» у клінічних наукових дослідженнях, оскільки вона забезпечує клінічно надійну оцінку вираженості тривожних розладів у широкому масштабі. Для отримання загального балу, що відображає рівень важкості тривожного розладу, необхідно скласти бали по всіх пунктах. З іншого боку, перші шість пунктів можна оцінити окремо як прояви тривоги у сфері психіки, інші ж вісім — як прояви тривоги у соматичної сфері.

Значення в 17 балів і менше свідчать про відсутність тривоги, 18-24 бали – про середню вираженість тривожного розладу, 25 балів і вище – про тяжку тривогу.

Окрім методик, зазначених вище, ефективними для визначення рівня тривожності є також шкали особистісної та ситуативної тривожності Спілбергера-Ханіна, опитувальник з генералізованої тривоги GAD-7, а також шкали тривоги Бека, які ми обрали для нашого дослідження. Ми також використали опитувальник зі стану здоров'я PHQ-9 та опитувальник посттравматичного стресового розладу PCL-5.

2.5 Організація та проведення емпіричного дослідження

Для проведення емпіричного дослідження нами було обрано курс медитацій “Сканування тіла” (див. Додаток А). Група вимушено переміщених українців у складі 40 осіб практикувала медитацію “Сканування тіла” з супроводженням — учасники експерименту займались по 30 хвилин 5 днів на тиждень по будням протягом 1 місяця.

описання вашої медитації, її програми і плану проведення з пацієнтами

Для проведення емпіричного дослідження нами було розроблено авторську анкету для визначення соціодемографічних характеристик. На основі цього опитувальника, який видавався респондентам до і після експерименту, було зібрано демографічні дані. Вони включають в себе наступні параметри: вік, наявність або відсутність партнера, наявність або відсутність дітей, наявність або відсутність вищої освіти, час, коли вони виїхали з України, робочий статус, можливий попередній досвід медитацій. Також нами було обрано п'ять методик, що продемонстрували високу ефективність у вимірюванні рівня тривоги та депресії. Це шкала особистісної та ситуативної тривожності Спілбергера-Ханіна, шкала тривоги Бека, опитувальник з генералізованої тривоги GAD-7, а також шкала депресії PHQ-9 та опитувальник посттравматичного стресового розладу PCL-5.

Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна — методика, розроблена Ч. Спілбергером та адаптована Ю. Ханіним, має назву State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Вона широко використовується в психіатрії, психології та психотерапії для вимірювання реактивності та особистісної тривожності. Її практичне застосування полягає в клінічній діагностиці тривожних розладів, що є вимогою цього дослідження. Також її використовують експерти, щоб розрізнити тривогу та депресію.

За структурою анкета поділена на 2 частини по 20 тверджень у кожній (всього в анкеті 40 питань). У першій половині твердження оцінюється реактивність або ситуативна тривожність, а в другій – особистісна тривожність. Наприклад, твердження за шкалою відповіді звучать так: «Я нервую (а)», «Я схвильований (а)», «Я відчуваю себе в безпеці». Твердження на особистісних шкалах звучать так: «Я занадто переживаю через дрібниці», «Я стабільна особистість». Усі твердження оцінювали за 4-бальною шкалою від «майже ніколи» до «майже завжди».

Максимальна оцінка за цією шкалою — 80 балів, мінімальна — 20 балів. Вищі показники вказують на вищий рівень тривоги. Коефіцієнт внутрішньої узгодженості шкали становив від 0,86 до 0,95, тест-ретестової надійності – від 0,65 до 0,75 через 2-місячний інтервал [67]. Повторні дослідження показали надійність тест-повторний тест 0,69-0,89. За словами авторів, шкала має високі показники валідності та надійну структуру. Отже, дана шкала також відповідає критеріям достатності.

Шкала тривоги Бека — надійна та валідна методика вимірювання рівня тривожності, що необхідно для досягнення поставлених нами цілей. Шкала складається з 21 твердження, більшість з яких базується на критеріях DSM-III-R для панічних розладів. Респонденти оцінюють твердження залежно від того, наскільки той чи інший симптом їх турбує. Кожен пункт оцінюється за 4-бальною шкалою від 0 – не турбує зовсім, до 3 – складно переносити цей стан. 13 тверджень описують фізичні або

психологічні симптоми (наприклад, серцебиття), п'ять представляють суто когнітивні аспекти тривоги (наприклад, страх перед найгіршим сценарієм), а три мають фізичні та когнітивні конотації (наприклад, жах).

Частоту симптомів аналізують лише за останній тиждень, що зводить до мінімуму зв'язок із депресією. Розподіл балів за шкалою тривожності Бека наступний: 1) 0-7 — мінімальна тривожність; 2) 8-15 — помірна тривожність; 3) 16-25 — помірна тривожність; 4) 30-63 — висока тривожність. Відповідно до внутрішнього коефіцієнта узгодженості, надійність цього тесту становить 0,92, а валідність тесту-ретесту через 1 тиждень становить 0,75 [13] — критерії, достатні для цього дослідження.

Шкала генералізованого тривожного розладу GAD-7 (ГТР-7, Generalized Anxiety Disorder 7-item scale, GAD-7) використовується для оцінки рівня тривожності та виявлення симптомів тривожних розладів, зокрема генералізованого тривожного розладу, у дорослих людей. Респонденти мають відповісти на 7 питань, кожне з яких пропонує чотири варіанти відповіді. За кожен відповідь нараховується певна кількість балів, на основі яких робляться висновки про рівень тривожності, симптоми ГТР та інші симптоми тривожних розладів. А саме — шкала генералізованого тривожного розладу (Generalized Anxiety Disorder 7-item scale, GAD-7) складається з 7 пунктів, що оцінюють (1) почуття нервозності, тривоги та напруження; (2) здатність зупинити або контролювати хвилювання; (3) занадто сильне збентеження через різні причини; (4) проблеми з розслабленням; (5) стан неспокою; (6) роздратованість або дратівливість і (7) відчуття страху, ніби може статися щось жахливе. Незважаючи на те, що шкала GAD-7 була розроблена для діагностики генералізованого тривожного розладу, вона також використовується для визначення інших тривожних розладів [42]. Респонденти мають зазначити, що вони відчували протягом останніх 14 днів.

Шкала депресії PHQ-9, також відома як опитувальник з депресії та опитувальник про стан здоров'я, була розроблена спочатку як шкала під назвою PHQ групою експертів для діагностики п'яти психічних розладів. У створенні PHQ брали участь Роберт Л. Спітцер, Джанет Б. В. Вільямс, а також Курт Кроенке. Ця методика виявилась надзвичайно ефективною та набула широкої популярності. Пізніше кластер опитувальника здоров'я пацієнтів, що стосується виявлення симптомів депресії, став окремим опитувальником, відомим як PHQ-9 [40]. Респонденти мають відповісти на запитання про частоту симптомів пригніченого настрою та депресії протягом останніх двох тижнів, оцінюючи кожен з них від 0 (симптоми зовсім не турбували) до 3 (майже щодня), на основі чого фахівець з психічного здоров'я робить відповідні висновки.

Опитувальник посттравматичного стресового розладу PCL-5 – це інструмент самооцінки, розроблений Національним центром посттравматичного стресового розладу США, що дозволяє діагностувати посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) на основі діагностичних критеріїв DSM-5. При цьому, PCL-5 не слід використовувати як окремий діагностичний інструмент. Це 20-пунктова шкала для самооцінки наявності та тяжкості симптомів ПТСР. Питання PCL-5 відповідають критеріям ПТСР DSM-5. Заповнення опитувальника займає 5-10 хвилин.

Крім перерахованих вище методів, учасники експерименту також заповнювали авторську анкету, що складається з 10 запитань. Соціально-демографічні критерії визначали таку інформацію, як вік, стать і стать, сімейне положення, наявність дітей та роботи. Крім того, респонденти вказували, як давно вони виїхали з України, а також чи займались вони медитацією раніше.

Процедура дослідження включала в себе створення гугл-форми з питаннями, яку респонденти заповнювали двічі (до початку курсу медитацій та після закінчення). Учасники експерименту практикували

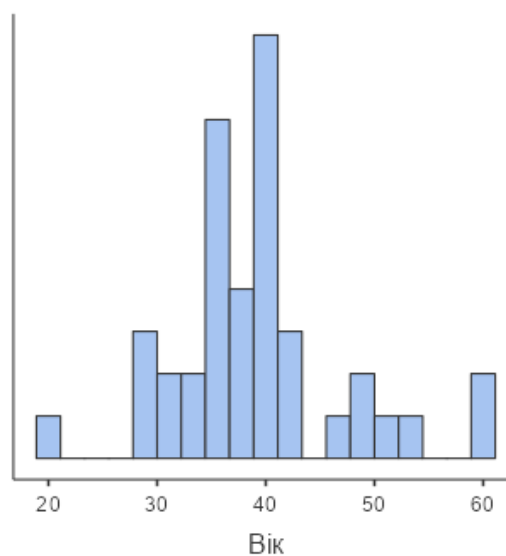
медитацію “Сканування тіла” з супроводженням — займались по 30 хвилин 5 днів на тиждень по будням протягом 1 місяця.

2.6 Опис репрезентативної вибірки

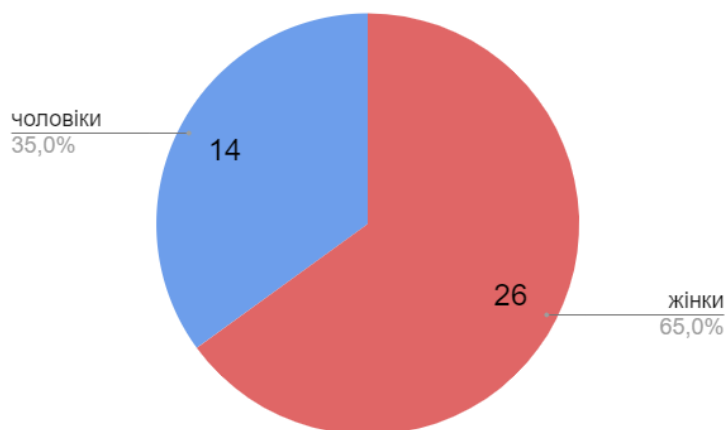
На основі опитувальника, який видавався респондентам до і після експерименту, було зібрано демографічні дані. Вони включають в себе:

- вік;
- наявність або відсутність партнера;
- наявність або відсутність дітей;
- наявність або відсутність вищої освіти;
- час, коли вони виїхали з України;
- робочий статус;
- можливий попередній досвід медитацій.

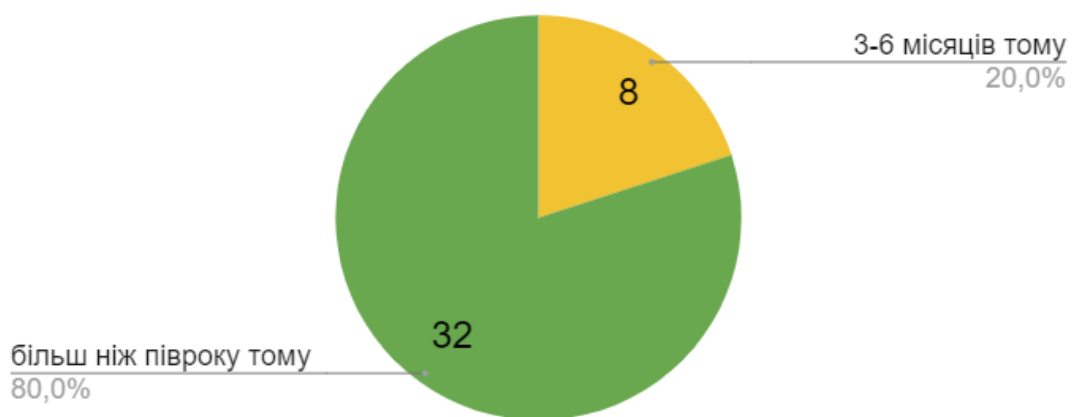
Вибірка складалась з 40 осіб, серед яких 26 жінок та 14 чоловіків, віком від 21 до 61. Середній вік становить 41 рік.



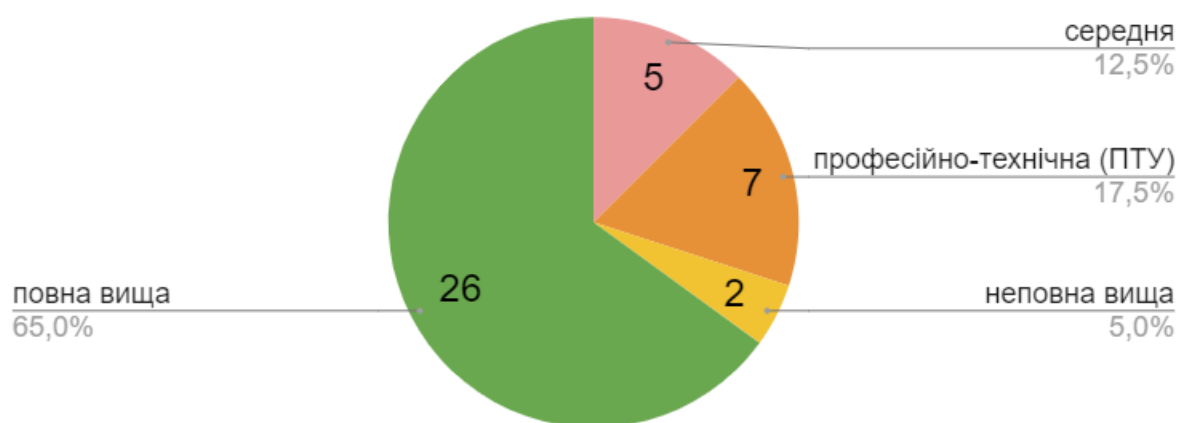
Мал. 1 Гістограма віку досліджуваних



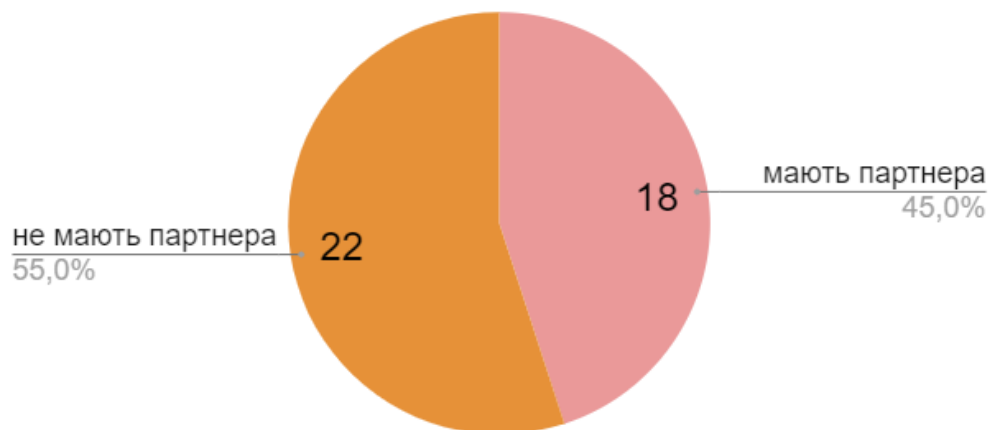
Мал. 2 Розподіл вибірки за статтю



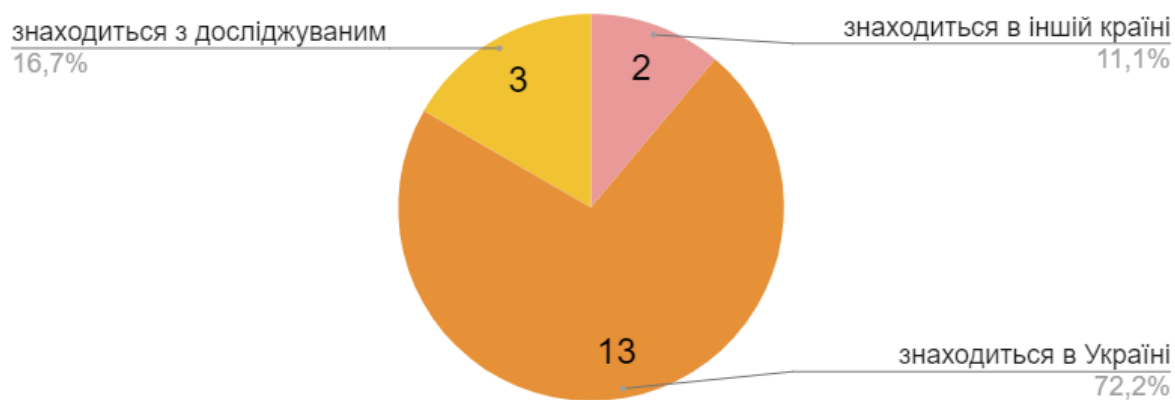
Мал. 3 Розподіл вибірки за тривалістю перебування за кордоном



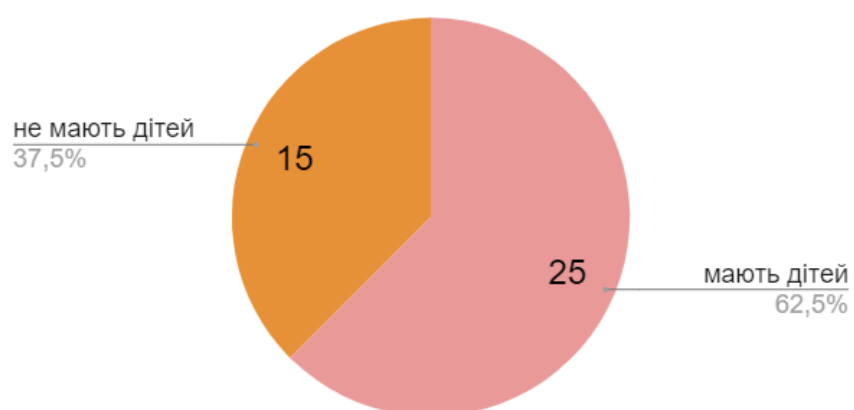
Мал. 4 Розподіл вибірки за рівнем освіти



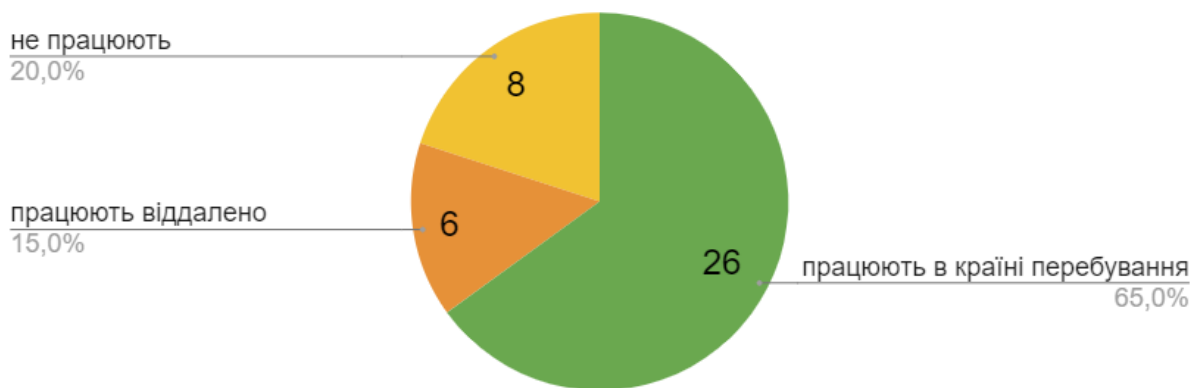
Мал. 5 Розподіл вибірки за наявністю партнера



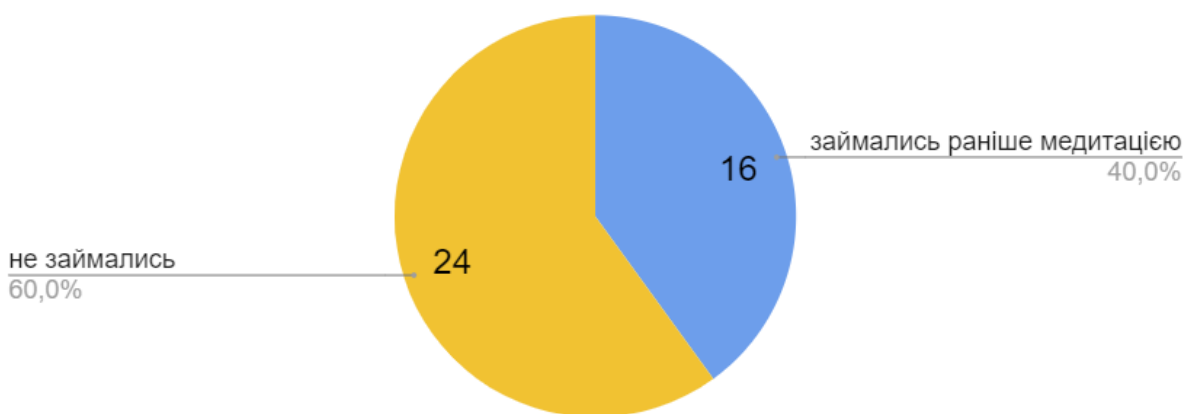
Мал. 6 Розподіл вибірки за місцем знаходження партнера досліджуваного



Мал. 7 Розподіл вибірки за наявністю дітей



Мал. 8 Розподіл вибірки за родом діяльності



Мал. 9 Розподіл вибірки за наявністю практики медитування

Висновки до Розділу II

Програма MBSR є ефективним і науково обґрунтованим підходом до зменшення стресу, покращення психічного благополуччя та регуляції емоцій. Вона демонструє позитивний вплив на загальне самопочуття, знижує симптоми психічних розладів, сприяє покращенню якості сну і рівню задоволення життям. MBSR також надає людям навички саморегуляції та управління емоціями, що допомагає їм розвивати уважність, свідоме сприйняття життєвих подій та регулювати власні емоції. Крім того, програма має позитивний вплив на фізіологічні показники стресу та може приносити довготривалу користь.

Програма містить медитацію “Сканування тіла” як один із важливих компонентів, що допомагає знизити рівень тривожності. Загалом, MBSR є

рекомендованим підходом для тих, хто бажає поліпшити своє психічне здоров'я та розвинути навички уважності. При цьому, надзвичайно важливо враховувати індивідуальні особливості учасників для досягнення найкращих результатів. Опитування проводилось до початку курсу та після його завершення та включало в себе авторську анкету для збору соціодемографічних даних, а також п'ять валідних та надійних методик. А саме — Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна для оцінювання особистісної та ситуативної тривожності, шкала тривоги Бека, опитувальник генералізованого тривожного розладу GAD-7, опитувальник зі стану здоров'я PHQ-9, а також опитувальник з посттравматичного стресового розладу PCL-5.

РОЗДІЛ III. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ МЕДИТАЦІЇ НА РІВЕНЬ ТРИВОЖНОСТІ СЕРЕД УКРАЇНСЬКИХ БІЖЕНЦІВ

3.1 Відмінності у рівні тривожності до та після курсу медитацій

Оскільки основне завдання нашої роботи – визначити вплив медитації на рівень тривожності серед вимушено переміщених осіб, в першу чергу ми здійснили перевірку гіпотез про середні за вибіркою до та після курсу медитування.

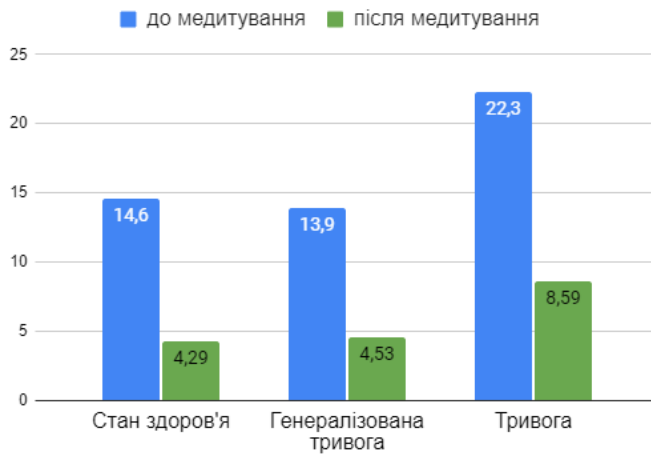
При перевірці гіпотез про середні було встановлено статистично-достовірні відмінності за кожною зі шкал обраних нами методик на тривогу, а також за опитувальником про стан здоров'я.

Таблиця 1

**Показники за опитувальником про стан здоров'я PHQ-9,
опитувальником з генералізованої тривоги, шкалами методики
реактивної і особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна та шкалою
тривоги Бека до та після медитування**

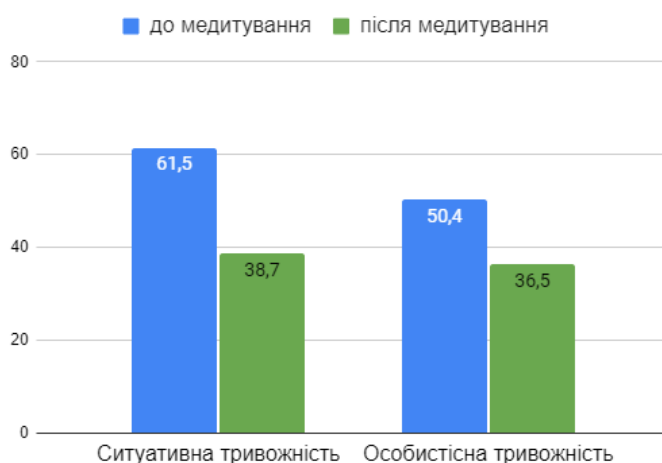
		Критерій	Статистика	df	p	Альтернативна гіпотеза
Стан здоров'я (до)	Стан здоров'я (після)	t-критерій Стьюдента	6.48	39.0	< .001	до медитування > після медитування
Генералізована тривога (до)	Генералізована тривога (після)	t-критерій Стьюдента	6.59	39.0	< .001	до медитування > після медитування
Тривога (до)	Тривога (після)	t-критерій Стьюдента	5.41	39.0	< .001	до медитування > після медитування
Ситуативна тривожність (до)	Ситуативна тривожність (після)	t-критерій Стьюдента	7.41	39.0	< .001	до медитування > після медитування
Особистісна тривожність (до)	Особистісна тривожність (після)	t-критерій Стьюдента	4.54	39.0	< .001	до медитування > після медитування

Середні рівні у вибірці за шкалами опитувальника про стан здоров'я PHQ-9, опитувальника з генералізованої тривоги та шкали тривоги Бека до та після медитування представлені на мал. 10.

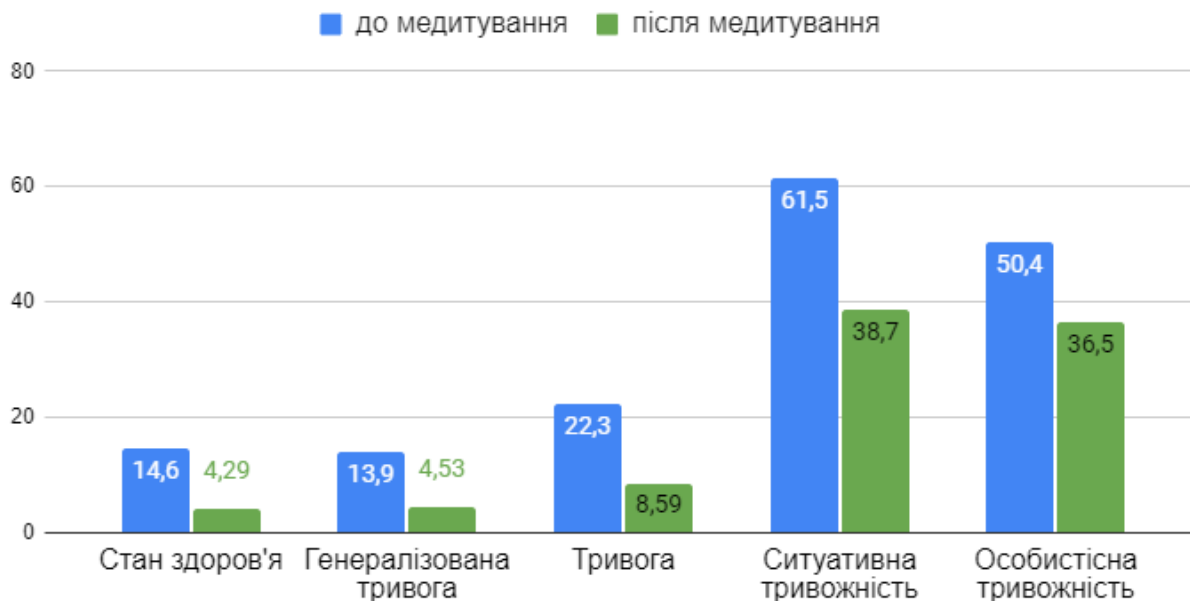


Мал. 10 Середні значення за вибіркою до та після медитування за опитувальником про стан здоров'я PHQ-9, опитувальником з генералізованої тривоги та шкалою тривоги Бека

Середні рівні у вибірці за шкалами методики реактивної і особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна до та після медитування представлені на мал. 11.



Мал. 11 Середні значення за вибіркою до та після медитування за шкалами методики реактивної і особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна



Мал. 12 Середні значення за вибіркою до та після медитування за опитувальником про стан здоров'я RHQ-9, опитувальником з генералізованої тривоги, шкалами методики реактивної і особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна та шкалою тривоги Бека

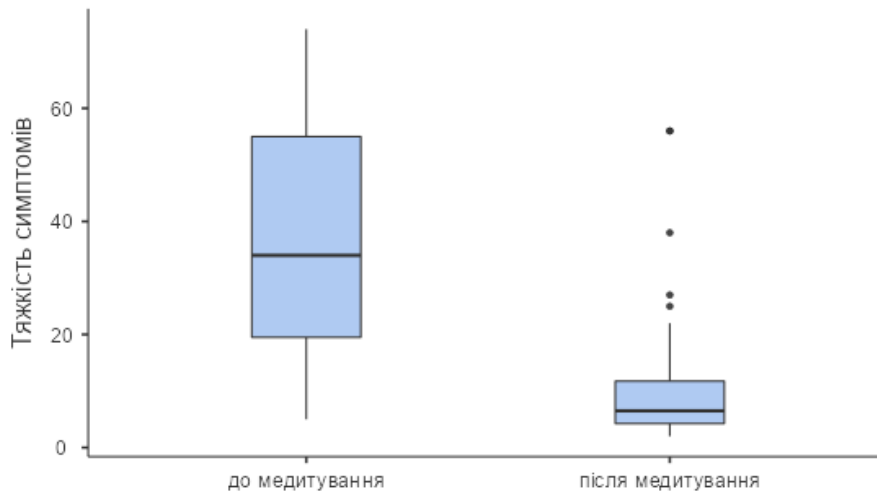
Також були встановлені статистично-достовірні відмінності за тяжкістю симптомів, а також за кожним кластером опитувальника посттравматичного стресового розладу.

Таблиця 2

Показники за опитувальником посттравматичного стресового розладу до та після медитування

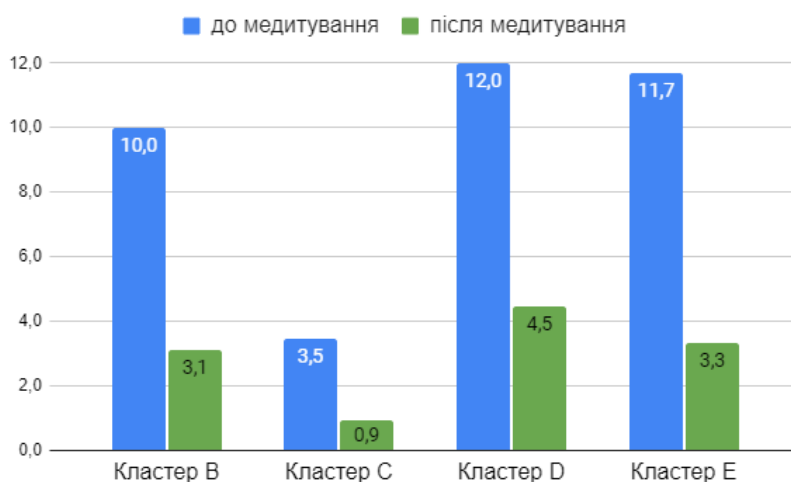
		Критерій	Статистика	df	p	Альтернативна гіпотеза
Тяжкість симптомів (до)	Тяжкість симптомів (після)	t-критерій Стьюдента	5.45	39.0	< .001	до медитування > після медитування
Кластер В (до)	Кластер В (після)	t-критерій Стьюдента	5.50	39.0	< .001	до медитування > після медитування
Кластер С (до)	Кластер С (після)	t-критерій Стьюдента	4.71	39.0	< .001	до медитування > після медитування
Кластер D (до)	Кластер D (після)	t-критерій Стьюдента	4.57	39.0	< .001	до медитування > після медитування

Кластер Е (до)	Кластер Е (після)	t-критерій Стьюдента	5.72	39.0	< .001	до медитування > після медитування
----------------	-------------------	----------------------	------	------	--------	------------------------------------



Мал. 13 Коробкові діаграми Тяжкості симптомів, зібрані на вибірці до та після медитування

Середні рівні у вибірці за кластерами опитувальника посттравматичного стресового розладу до та після медитування представлені на мал. 14. Як бачимо, після курсу медитування, середній рівень став достовірно нижчим за кожною зі шкал.



Мал. 14 Середні значення за вибіркою до та після медитування за кластерами опитувальника посттравматичного стресового розладу

3.2 Встановлення взаємозв'язків між тривожністю та соціально-демографічними показниками

Іншою задачею, яку ми ставили перед собою, було дослідження особливостей в групах, утворених за результатом збору анкетних даних. Для цього ми використовували анкетні дані, що були зібрані перед проходження досліджуваними курсу медитацій, а також результати проходження опитувальників, котрі були зібрані тоді ж.

Досліджуючи відмінності між чоловіками та жінками за станом здоров'я та шкалами тривожності, було встановлено лише відмінність за шкалою Тривоги Бека (t-критерій Стьюдента = -2.278, $p = 0.028$).

Таблиця 3

Показники в групі чоловіків та жінок за опитувальником про стан здоров'я PHQ-9, опитувальником з генералізованої тривоги, шкалами методики реактивної і особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна та шкалою тривоги Бека

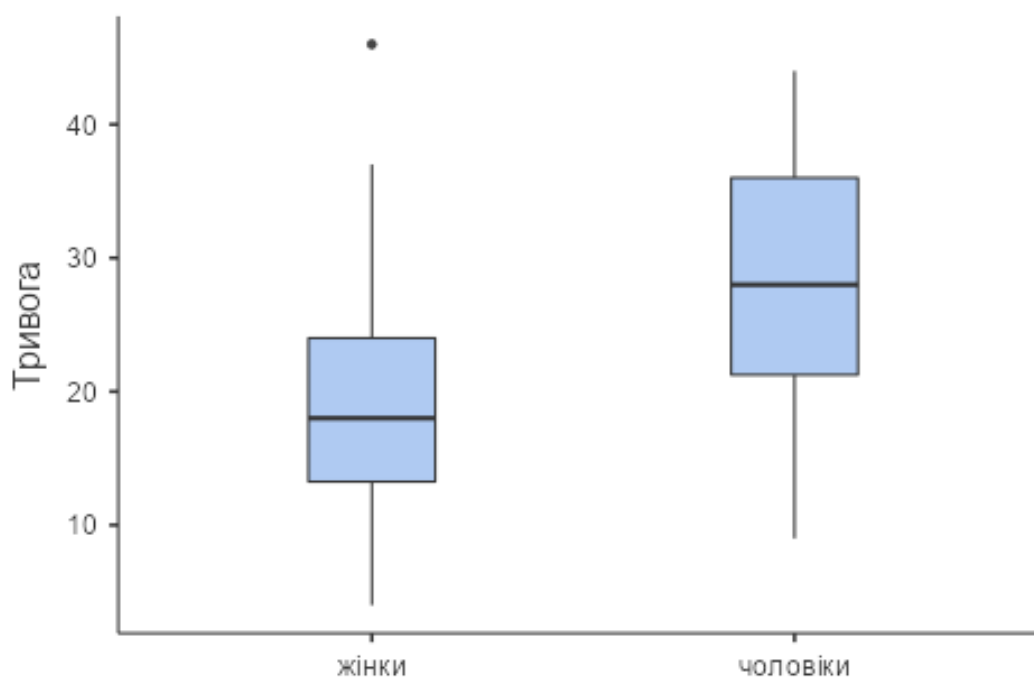
	Критерій	Статистика	Ступені свободи	p	Альтернативна гіпотеза
Стан здоров'я	U критерій Манна-Уїтні	132		0.269	чоловіки \neq жінки
Генералізована тривога	t-критерій Стьюдента	-1.127	38.0	0.267	чоловіки \neq жінки
Ситуативна тривожність	U критерій Манна-Уїтні	161		0.551	чоловіки \neq жінки
Особистісна тривожність	t-критерій Стьюдента	-0.902	38.0	0.373	чоловіки \neq жінки
Тривога	t-критерій Стьюдента	-2.278	38.0	0.028	чоловіки \neq жінки

Не було встановлено відмінності між чоловіками та жінками за опитувальником посттравматичного стресового розладу.

Таблиця 4

**Показники в групі чоловіків та жінок за опитувальником
посттравматичного стресового розладу**

	Критерій	Статистика	Ступені свободи	p	Альтернативна гіпотеза
Тяжкість симптомів	t-критерій Стьюдента	-0.961	38.0	0.343	чоловіки \neq жінки
Кластер В	t-критерій Стьюдента	-1.252	38.0	0.218	чоловіки \neq жінки
Кластер С	U критерій Манна-Уїтні	151		0.599	чоловіки \neq жінки
Кластер D	U критерій Манна-Уїтні	148		0.531	чоловіки \neq жінки
Кластер E	U критерій Манна-Уїтні	131		0.256	чоловіки \neq жінки



Мал. 15. Коробкові діаграми Тривоги серед жінок та чоловіків

Досліджуючи кореляції віку та рівня освіти зі шкалами тривоги, не було встановлено жодного зв'язку з віком, проте було встановлено, що рівень освіти негативно корелює зі шкалами: Стан здоров'я, Генералізована тривога, Ситуативна та Особистісна тривожності. Отже досліджувані, котрі мають вищий рівень освіти, мають нижчий рівень тривожності та менші проблеми зі станом здоров'я

Таблиця 5

Кореляційні зв'язки віку та рівня освіти з опитувальником про стан здоров'я PHQ-9, опитувальником з генералізованої тривоги, шкалами методики реактивної і особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна та шкалою тривоги Бек

		Вік	Рівень освіти
Стан здоров'я	коэф. Спірмена	0.071	-0.594 ***
	p	0.667	< .001
Генералізована тривога	коэф. Спірмена	0.160	-0.516 ***
	p	0.329	< .001
Тривога	коэф. Спірмена	-0.005	-0.260
	p	0.975	0.105
Ситуативна тривожність	коэф. Спірмена	0.090	-0.434 **
	p	0.580	0.005
Особистісна тривожність	коэф. Спірмена	0.082	-0.504 ***
	p	0.614	< .001

Досліджуючи кореляції віку та рівня освіти зі шкалами опитувальника посттравматичного стресового розладу, не було встановлено жодного зв'язку з віком, проте було встановлено, що рівень освіти негативно корелює з кожним з кластерів та з тяжкістю симптомів загалом. Отже досліджувані з вищим рівнем освіти мають менші прояви ПТСР.

Таблиця 6

**Кореляційні зв'язки віку та рівня освіти зі шкалами опитувальника
посттравматичного стресового розладу**

		Вік	Рівень освіти
Тяжкість симптомів	коеф. Спірмена	0.146	-0.679 ***
	p	0.376	< .001
Кластер В	коеф. Спірмена	0.214	-0.685 ***
	p	0.191	< .001
Кластер С	коеф. Спірмена	0.181	-0.529 ***
	p	0.270	< .001
Кластер D	коеф. Спірмена	0.039	-0.610 ***
	p	0.815	< .001
Кластер Е	коеф. Спірмена	0.252	-0.570 ***
	p	0.121	< .001

Досліджуючи відмінності між тими, хто мають партнера та хто не мають, було встановлено, що групи розрізняються за шкалою Ситуативна тривожність та Особистісна тривожність.

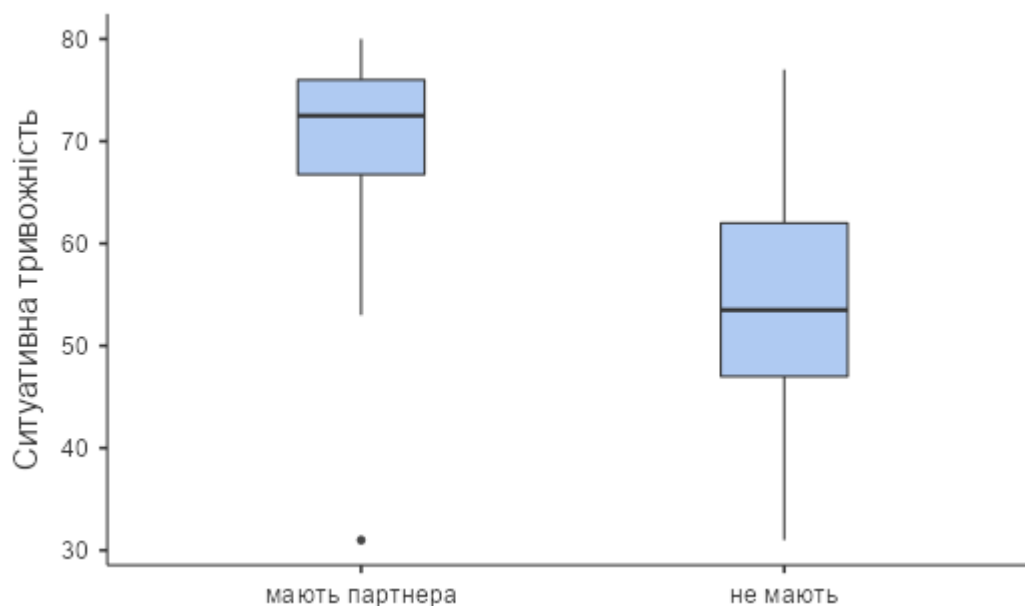
Таблиця 7

**Показники в групі тих, хто мають партнера та хто не мають, за
опитувальником про стан здоров'я РНQ-9, опитувальником з
генералізованої тривоги, шкалами методики реактивної і особистісної
тривожності Спілбергера-Ханіна та шкалою тривоги Бека**

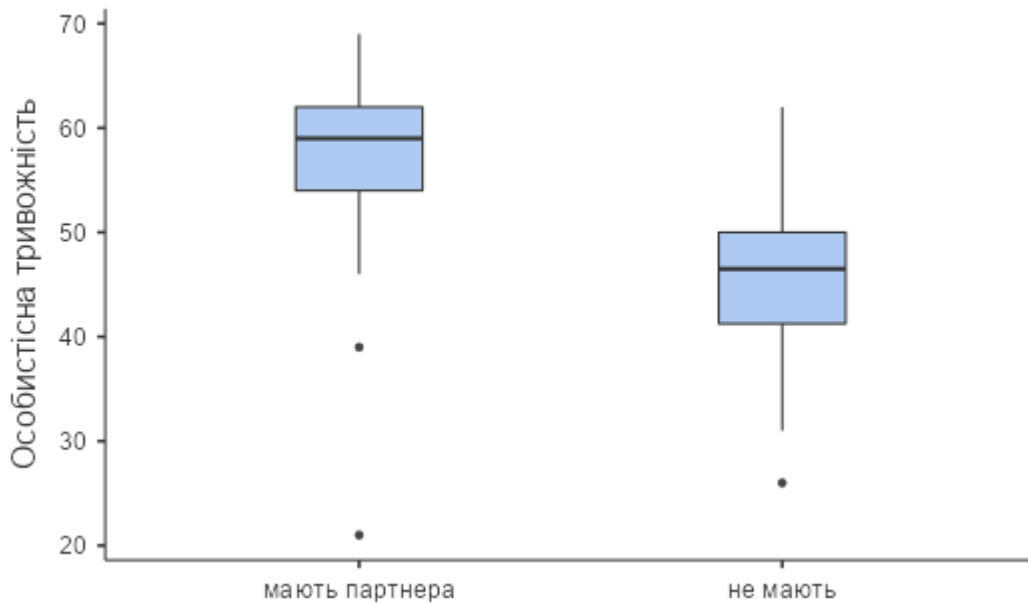
	Критерій	Статистика	Ступені свободи	p	Альтернативна гіпотеза
Стан здоров'я	t-критерій Стьюдента	1.26	38.0	0.216	мають партнера \neq не мають
Генералізована тривога	t-критерій Стьюдента	1.55	38.0	0.129	мають партнера \neq не мають
Тривога	t-критерій Стьюдента	1.84	38.0	0.074	мають партнера \neq не мають

Ситуативна тривожність	t-критерій Стьюдента	3.60	38.0	< .001	мають партнера ≠ не мають
Особистісна тривожність	U критерій Манна-Уїтні	83.0		0.002	мають партнера ≠ не мають

Зважаючи на коробкові діаграми, бачимо, що у тих, хто мають партнера, встановлено вищий рівень як Ситуативної, так і Особистісної тривожності ніж у тих, хто не мають.



Мал. 16 Коробкові діаграми за шкалою Ситуативна тривожність в групі тих, хто мають партнера та хто не мають



Мал. 17 Коробкові діаграми за шкалою Особистісна тривожність в групі тих, хто мають партнера та хто не мають

Досліджуючи відмінності між тими, хто мають партнера та хто не мають, за опитувальником посттравматичного стресового розладу, було встановлено, що групи розрізняються за шкалою Тяжкість симптомів, кластером В та кластером С.

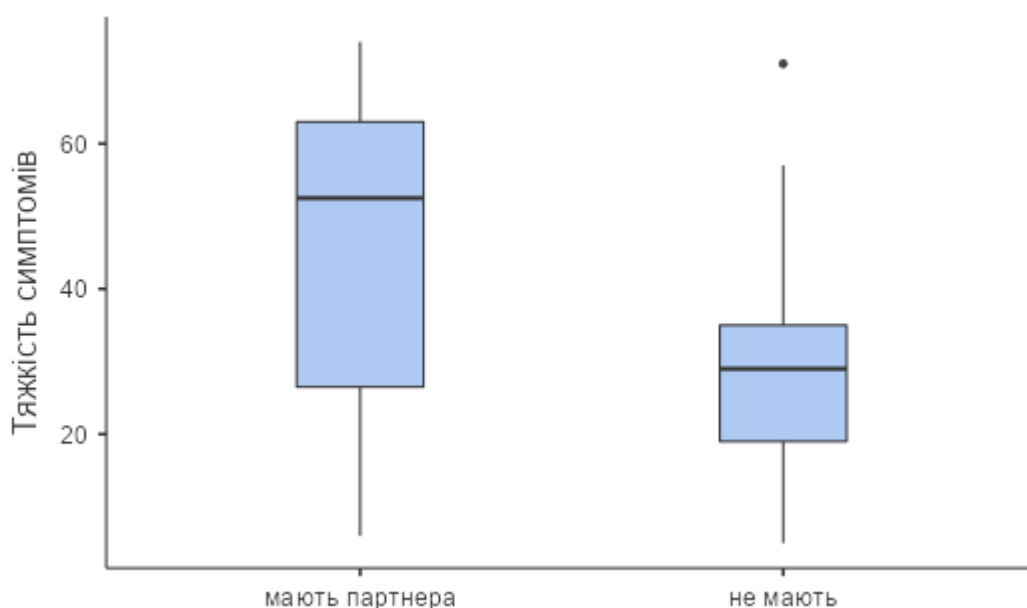
Таблиця 8

Показники в групі тих, хто мають партнера та хто не мають, за опитувальником посттравматичного стресового розладу

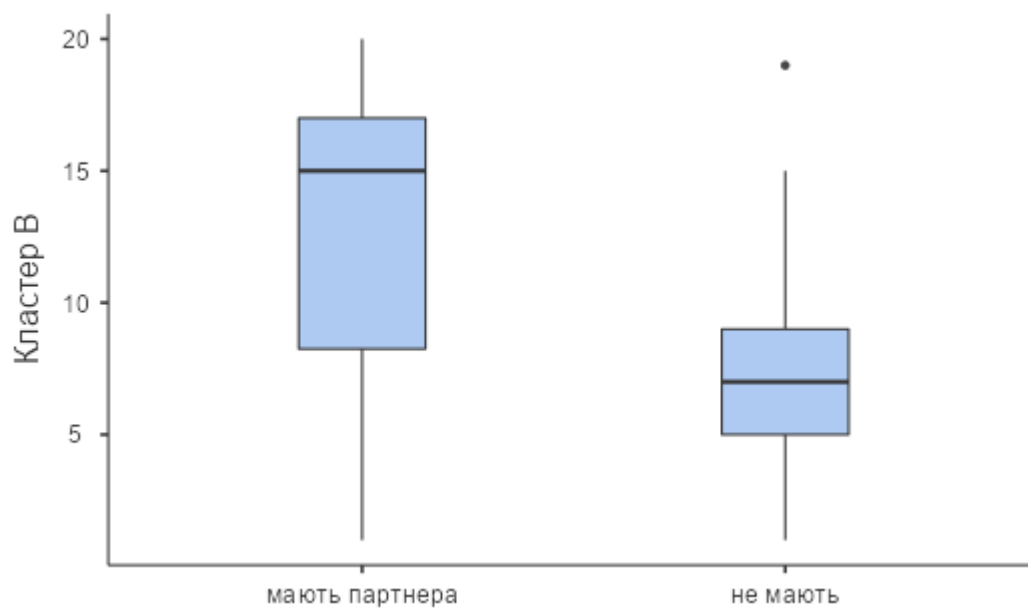
	Критерій	Статистика	Ступені свободи	p	Альтернативна гіпотеза
Тяжкість симптомів	t-критерій Стьюдента	2.12	38.0	0.041	мають партнера \neq не мають
Кластер В	t-критерій Стьюдента	2.66	38.0	0.011	мають партнера \neq не мають
Кластер С	t-критерій Стьюдента	2.34	38.0	0.025	мають партнера \neq не мають

Кластер D	t-критерій Стьюдента	1.24	38.0	0.222	мають партнера \neq не мають
Кластер E	t-критерій Стьюдента	1.87	38.0	0.070	мають партнера \neq не мають

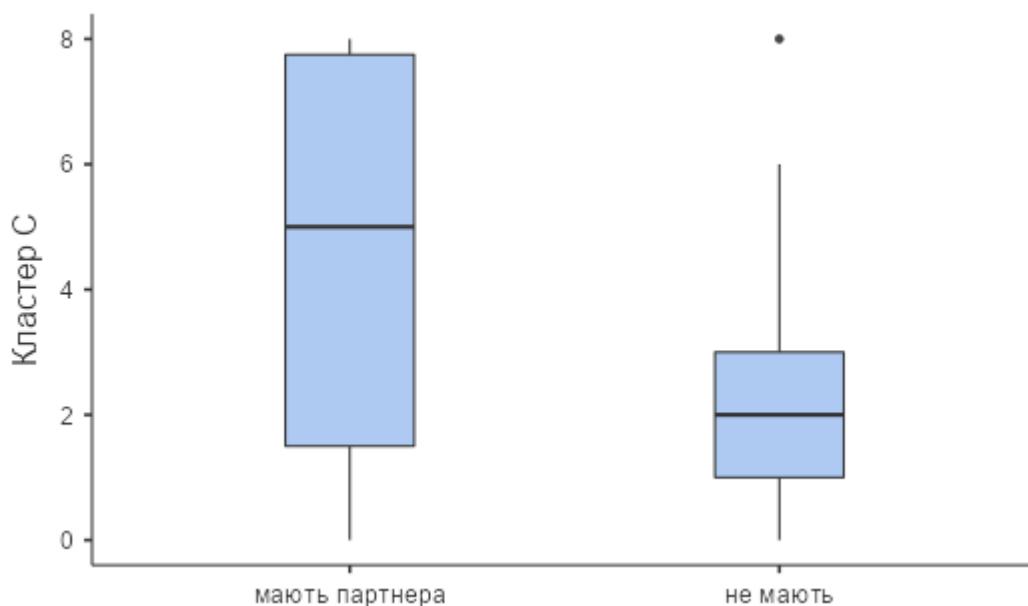
Враховуючи коробкові діаграми, можна стверджувати, що у тих, хто мають партнера, вищий рівень за шкалою Тяжкість симптомів, кластером В та кластером С.



Мал. 18 Коробкові діаграми за шкалою Тяжкість симптомів в групі тих, хто мають партнера та хто не мають



Мал. 19 Коробкові діаграми за кластером В в групі тих, хто мають партнера та хто не мають



Мал. 20 Коробкові діаграми за кластером С в групі тих, хто мають партнера та хто не мають

Окрім цього, на підгрупі тих, котрі мають партнера, ми вирішили порівняти між собою тих, чий партнер знаходиться в Україні, та чий знаходиться поза її межами, проте не було встановлено достовірної відмінності за жодною зі шкал обраних нами методик.

Таблиця 9

Показники в групі тих, чий партнер знаходиться в Україні та чий не в Україні, за шкалами обраних методик

	Критерій	Статистика	Ступені свободи	p	Альтернативна гіпотеза
Стан здоров'я	t-критерій Стьюдента	1.597	16.0	0.124	партнер знаходиться в Україні \neq не знаходиться в Україні
Генералізована тривога	U критерій Манна-Уїтні	36.5		0.067	партнер знаходиться в Україні \neq не знаходиться в Україні
Ситуативна тривожність	U критерій Манна-Уїтні	43.0		0.151	партнер знаходиться в Україні \neq не знаходиться в Україні
Особистісна тривожність	U критерій Манна-Уїтні	39.5		0.100	партнер знаходиться в Україні \neq не знаходиться в Україні
Тривога	t-критерій Стьюдента	0.853	16.0	0.403	партнер знаходиться в Україні \neq не знаходиться в Україні
Тяжкість симптомів	t-критерій Стьюдента	1.213	16.0	0.238	партнер знаходиться в Україні \neq не знаходиться в Україні
Кластер В	U критерій Манна-Уїтні	53.0		0.403	партнер знаходиться в Україні \neq не знаходиться в Україні
Кластер С	t-критерій Стьюдента	1.535	16.0	0.139	партнер знаходиться в Україні \neq не знаходиться в Україні
Кластер D	t-критерій Стьюдента	0.909	16.0	0.373	партнер знаходиться в Україні \neq не знаходиться в Україні
Кластер E	t-критерій Стьюдента	1.441	16.0	0.164	партнер знаходиться в Україні \neq не знаходиться в Україні

Досліджуючи відмінності між тими, хто мають дітей та хто не мають, не було встановлено відмінностей за опитувальником про стан здоров'я RHO-9, опитувальником з генералізованої тривоги, шкалами методики реактивної і особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна та шкалою тривоги Бека.

Таблиця 10

Показники в групі тих, хто мають дітей та хто не мають, за опитувальником про стан здоров'я RHO-9, опитувальником з генералізованої тривоги, шкалами методики реактивної і особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна та шкалою тривоги Бека

	Критерій	Статистика		Ступені свободи	Альтернативна гіпотеза
Стан здоров'я	t-критерій Стьюдента	1.412	38.0	0.166	мають дітей \neq не мають
Генералізована тривога	t-критерій Стьюдента	1.080	38.0	0.287	мають дітей \neq не мають
Ситуативна тривожність	U критерій Манна-Уїтні	126		0.085	мають дітей \neq не мають
Особистісна тривожність	t-критерій Стьюдента	1.741	38.0	0.090	мають дітей \neq не мають
Тривога	t-критерій Стьюдента	-0.872	38.0	0.389	мають дітей \neq не мають

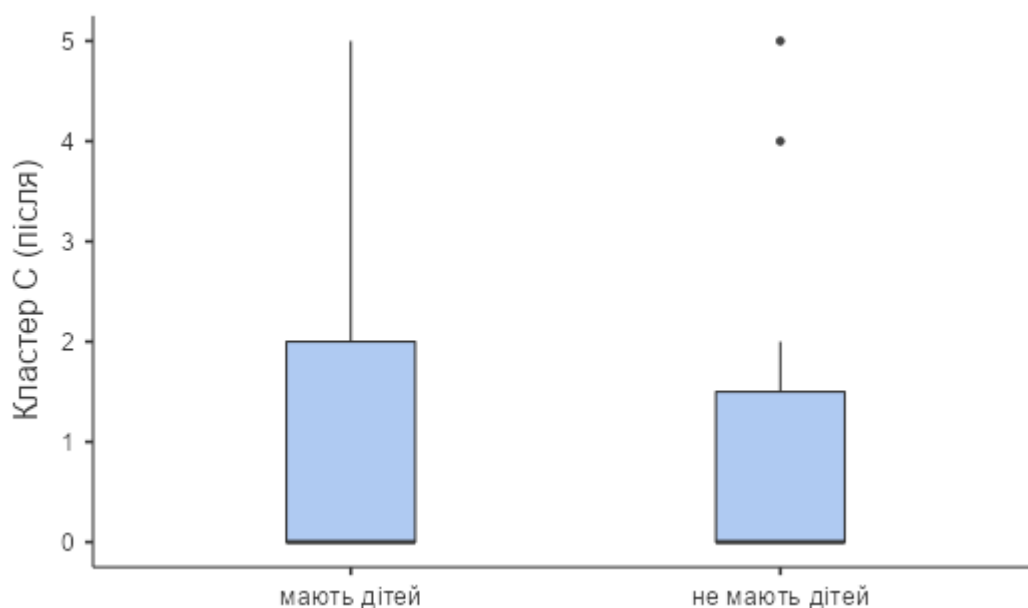
Досліджуючи відмінності між тими, хто мають дітей та хто не мають, за опитувальником посттравматичного стресового розладу, було встановлено відмінність за кластером С.

Таблиця 11

Показники в групі тих, хто мають дітей та хто не мають, за опитувальником посттравматичного стресового розладу

	Критерій	Статистика		Ступені свободи	Альтернативна гіпотеза
Тяжкість симптомів	t-критерій Стьюдента	1.568	38.0	0.126	мають дітей \neq не мають
Кластер В	t-критерій Стьюдента	1.820	38.0	0.077	мають дітей \neq не мають
Кластер С	U критерій Манна-Уїтні	102		0.032	мають дітей \neq не мають
Кластер D	t-критерій Стьюдента	0.994	38.0	0.326	мають дітей \neq не мають
Кластер E	U критерій Манна-Уїтні	138		0.277	мають дітей \neq не мають

Виявлено, що ті, у кого є діти, мають вищий рівень за кластером С ніж ті, у кого немає дітей.



Мал. 21 Коробкові діаграми за кластером С в групі тих, хто мають дітей та хто не мають

Анкета містила також питання про рід діяльності, за яким вибірка була розділена на групи: працюють в країні перебування, працюють віддалено, не працюють. При проведенні однофакторного дисперсійного

аналізу ми не встановили відмінності між цими групами за жодною зі шкал обраних нами методик.

Таблиця 12

Результати однофакторного дисперсійного аналізу при встановленні відмінності в групах, утворених за родом діяльності

	F	df1	df2	p
Стан здоров'я	0.1190	2	11.06	0.889
Генералізована тривога	0.0637	2	11.28	0.939
Ситуативна тривожність	0.8609	2	9.69	0.453
Особистісна тривожність	0.2308	2	9.76	0.798
Тривога	0.6460	2	12.91	0.540
Тяжкість симптомів	0.8919	2	11.90	0.436
Кластер В	0.7112	2	11.54	0.511
Кластер С	0.4771	2	9.96	0.634
Кластер D	1.9149	2	12.21	0.189
Кластер Е	0.3668	2	12.97	0.700

Зрештою ми вирішили порівняти між собою досліджуваних, зважаючи на наявність або відсутність попереднього досвіду медитування.

Досліджуючи відмінності між тими, хто займався раніше медитацією та хто не займався, ми встановили, що групи відрізняються за кожною зі шкал опитувальників тривоги та стану здоров'я.

Таблиця 13

Показники в групі тих, хто займались раніше медитацією та хто не займались, за опитувальником про стан здоров'я РНQ-9, опитувальником з генералізованої тривоги, шкалами методики реактивної і особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна та шкалою тривоги Бека

	Критерій	Статистика	Ступені свободи	p	Альтернативна гіпотеза
Стан здоров'я	U критерій Манна-Уїтні	62.5		< .001	займались раніше медитацією ≠ не займались
Генералізована тривога	U критерій Манна-Уїтні	78.0		0.002	займались раніше медитацією ≠ не займались
Ситуативна тривожність	U критерій Манна-Уїтні	50.5		< .001	займались раніше медитацією ≠ не займались
Особистісна тривожність	U критерій Манна-Уїтні	54.5		< .001	займались раніше медитацією ≠ не займались
Тривога	t-критерій Стьюдента	-4.13	38.0	< .001	займались раніше медитацією ≠ не займались

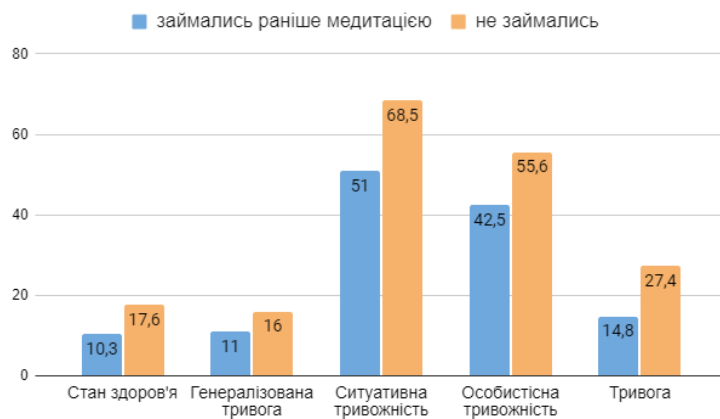
Було встановлено, що групи тих, хто медитували раніше та хто не медитували, розрізняються також за кожною зі шкал опитувальника посттравматичного стресового розладу.

Таблиця 14

Показники в групі тих, хто займались раніше медитацією та хто не займались, за опитувальником посттравматичного стресового розладу

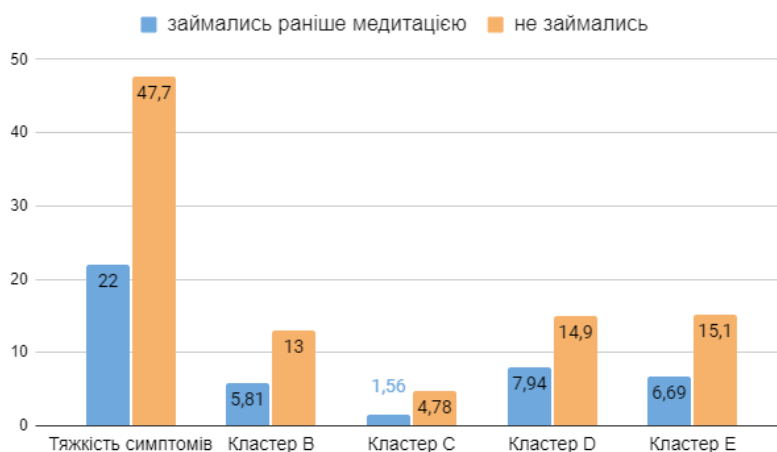
	Критерій	Статистика	Ступені свободи	p	Альтернативна гіпотеза
Тяжкість симптомів	U критерій Манна-Уїтні	54.5		< .001	займались раніше медитацією ≠ не займались
Кластер В	U критерій Манна-Уїтні	60.0		< .001	займались раніше медитацією ≠ не займались
Кластер С	t-критерій Стьюдента	-4.13	38.0	< .001	займались раніше медитацією ≠ не займались
Кластер D	t-критерій Стьюдента	-3.34	38.0	0.002	займались раніше медитацією ≠ не займались
Кластер E	U критерій Манна-Уїтні	60.0		< .001	займались раніше медитацією ≠ не займались

Зважаючи на діаграми середніх рівнів бачимо, що ті, хто медитували раніше, мають достовірно нижчий рівень за станом здоров'я та кожною шкалою тривоги.



Мал. 22 Діаграми середніх рівнів за станом здоров'я та опитувальниками тривоги в групах тих, хто займались раніше медитацією, та хто не займались.

Зважаючи на діаграми середніх рівнів бачимо, що ті, хто медитували раніше, мають достовірно нижчий рівень за кожною шкалою опитувальника посттравматичного стресового розладу.



Мал. 23 Діаграми середніх рівнів за опитувальником посттравматичного стресового розладу в групах тих, хто займались раніше медитацією, та хто не займались.

Висновки до Розділу III

Оскільки основною метою нашого дослідження було встановити вплив медитації на рівень тривожності, ми вирішили перевірити наступні припущення і встановили такі кореляції:

1. Після курсу медитацій “Сканування тіла” рівень тривожності серед українських біженців суттєво знизився.
2. Чоловіки мають дещо підвищений рівень особистісної тривожності, порівняно з жінками.
3. Група людей з повною вищою освітою має нижчий рівень тривоги та депресії порівняно з групою, що має середню або неповну вищу освіту.
4. У респондентів, які мають партнера, встановлено вищий рівень як Ситуативної, так і Особистісної тривожності порівняно з тими, хто не має партнера.
5. Рівень тривоги однаковий серед тих, хто не має дітей, порівняно з тими, хто має — не було встановлено відмінностей за шкалою депресії PHQ-9, опитувальником з генералізованої тривоги, шкалами методики реактивної і особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна та шкалою тривоги Бека. Однак спостерігається відмінність за за кластером С згідно з опитувальником посттравматичного стресового розладу.
6. Рівень тривоги та депресії однаковий серед респондентів, чий партнер знаходиться в Україні та тими, чий знаходиться поза її межами. При цьому, у тих, хто має партнера, вищий рівень за шкалою Тяжкість симптомів, кластером В та кластером С, згідно з PCL-5.

7. Група людей з неповною вищою або середньою освітою мають вищий рівень тривоги та тривожності порівняно групою, що має вищу освіту.
8. Особи, що працюють віддалено та в країні перебування та що не працюють, мають однаковий рівень тривоги.
9. Рівень тривоги та тривожності суттєво нижчий серед тих, хто займався раніше медитацією, порівняно з тими, хто не займався.

Отже, проведене дослідження підтвердило статистичну гіпотезу про те, що медитація “Сканування тіла”, застосована в даному експерименті, є ефективною для зниження тривожності серед українських біженців. Воно спростувало другорядку статистичну гіпотезу — ми припускали, що особи, які не працюють, мають вищий рівень тривожності у порівнянні з особами, які працюють віддалено або в країні перебування, але проведений експеримент показав однаковий рівень тривожності.

ВИСНОВКИ

Преамбула

Тривожні розлади та стани поширені в сучасному суспільстві та часто пов'язані з депресією та подібними розладами. Багато компонентів сприяють розвитку тривожних розладів, включаючи риси особистості, темперамент, тілесні захворювання та генетику. Крім того, існує кореляція між тривогою та рівнем якості життя, на який впливають численні фактори середовища. Також присутній зв'язок між психічними розладами та ступенем травми, тривалістю конфлікту або професії, а також швидкістю отримання професійної медичної, фізичної та психологічної допомоги.

Висновок I

Численні дослідження підтверджують ефективність медитації при лікуванні тривожних станів і розладів, таких як соціофобії, генералізований тривожний розлад та ПСТР, незважаючи на популярність фармакологічних втручань. Так, практики усвідомленості є хорошим доповненням, а іноді — альтернативою когнітивно-поведінковій терапії, іншим поведінковим методам лікування, а також фармакологічним інтервенціям.

Крім того, медитації широко застосовуються у профілактиці депресії та рецидивів тривоги. Незважаючи на це, дана практика може мати побічні ефекти, особливо серед людей з тривогою або депресією. Однак загальна частота побічних ефектів під час медитації майже не відрізняється від частоти ефектів, пов'язаних із більш загальними терапевтичними практиками. Медитації мають схожі нейронні кореляти, бо застосовують подібні когнітивні техніки, незважаючи на різноманіття їхніх варіацій. Згідно з останніми дослідженнями нейронауки, медитація змінює структуру та функціонування мозку, впливаючи на зв'язки відповідних

ланцюгів. Так, дана техніка активізує острівцеву кору, що відповідає за усвідомлення почуттів.

Крім того, вчені вважають, що медитація покращує здатність довільно перемикає увагу через зниження активності у мережі пасивного режиму мозку. Це пояснюється тим, що вона посилює зв'язки між мережею пасивного режиму роботи мозку, центральною виконавчою мережею та основною мережею — трьома ключовими широкомасштабними мозковими мережами. Як наслідок, покращується увага, інтероцептивне усвідомлення та когнітивний контроль, а також усвідомлення тілесних відчуттів. Наразі медитації стають все більш популярними в сучасному суспільстві та все частіше знаходять застосування у сфері цифрових технологій. Але необхідно більше досліджень, щоб встановити механізми взаємодії трьох вищезазначених мереж у зв'язку з медитацією, отже, це стане предметом нашого подальшого аналізу.

Висновок II

Програма MBSR є ефективним і науково обґрунтованим способом зниження стресу, покращення психічного здоров'я та регулювання емоцій. Вона позитивно впливає на загальне самопочуття, може зменшити симптоми психічних розладів, покращити якість сну та рівень задоволення життям. MBSR також поліпшує навички саморегуляції та управління емоціями, які допомагають учасникам програми розвивати уважність, усвідомлено ставитись до життя та краще регулювати свої емоції. Крім того, програма позитивно впливає на фізіологічні показники стресу. Програма включає в себе медитацію “Сканування тіла” як один із ключових компонентів, що допомагає знизити рівень тривожності. Загалом MBSR є рекомендованим методом для покращення психічного здоров'я та розвинення навичок усвідомленості.

Метою нашого поточного дослідження було встановити вплив медитації на рівень тривожності серед вимушено переміщених осіб. Було проведено лонгітюдне дослідження тривалістю один місяць, у якому взяв участь 40 респондентів. Переміщеним особам було запропоновано взяти участь у курсі медитації, основним інструментом якого була медитація “Сканування тіла”. Опитування проводилось до початку курсу та після його завершення та включало в себе авторську анкету для збору соціодемографічних даних, а також п’ять валідних та надійних методик. А саме — Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна для оцінювання особистісної та ситуативної тривожності, шкала тривоги Бека, опитувальник генералізованого тривожного розладу GAD-7, опитувальник зі стану здоров’я PHQ-9, а також опитувальник з посттравматичного стресового розладу PCL-5.

Висновок III

В ході дослідження було встановлено, що після курсу медитації рівень тривожності українських біженців значно знизився. Нам також вдалось встановити ряд кореляцій, що прояснюють контекст. Наприклад, жінки мають дещо вищий рівень особистісної тривожності, ніж чоловіки. При цьому, ступінь занепокоєння та проявів ПТСР вищий у тих, хто має партнера, порівняно з тими, хто не має. Група осіб, чий партнер перебуває в Україні та чий знаходиться з ними в країні перебування, відчуває однаковий рівень тривоги.

Рівень занепокоєння серед тих, хто має і не має дітей, однаковий, але ті, хто має дітей, мають сильніші прояви ПТСР. Люди з середньою та незакінченою вищою освітою мають вищий ступінь тривоги, ніж група людей з вищою освітою. При цьому особи, які працюють у країні перебування або віддалено, та особи, які не працюють, мають однаковий рівень тривоги. Також ми дійшли висновку, що особи, які рівень тривоги

нижчий серед осіб, які раніше практикували медитацію, порівняно з новачками.

У результаті нашого емпіричного дослідження основна статистична гіпотеза, запропонована на початку, підтвердилась — після курсу медитацій “Сканування тіла” рівень тривожності серед українських біженців суттєво знизився. Що стосується другорядних гіпотез, підтвердилось наше припущення, що особи, що займались раніше медитацією, мають нижчий рівень тривожності порівняно з тими, хто не займався медитацією раніше. Наше дослідження спростувало другорядку статистичну гіпотезу — ми припускали, що особи, які не працюють, мають вищий рівень тривожності у порівнянні з особами, які працюють віддалено або в країні перебування, але проведений експеримент показав однаковий рівень тривожності серед обох груп. Отже, медитація “Сканування тіла”, яку ми використовували у даному дослідженні, має значний вплив на зменшення тривожності серед вимушено переміщених осіб.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Арефнія, С. В. (2022). Проблеми адаптації до умов війни українців, які стали героями телевізійної програми «Допомога психолога». Організаційна психологія. Економічна психологія, (2 (26)), С. 7-15.
2. Бахмутова, Л. М., & Неска, А. (2022). ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ СЕРЕД УКРАЇНСЬКИХ БІЖЕНЦІВ У ПОЛЬЩІ. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЇ, С. 223.
3. Галієва, О. М. (2019). Диференціація понять «тривога» та «тривожність». Психологія та соціальна робота, 24(1 (49)).
4. Іванова, Т. (2020). Тривога як психологічний феномен. Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки, 6, С. 72-78.
5. Кокун, О. М. (2022). Всеукраїнське опитування «Твоя життєстійкість в умовах війни»: препринт. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України.
6. Ляшенко, В., Соляник, Т., Туманова, В., & Фіранська, І. (2017). Визначення психічних особливостей студентів вишів. спортивна наука україни, (4), С. 10-14.
7. Широка, А.О., та Миколайчук, М.І. “Адаптація україномовної версії опитувальника прийняття та дії (AAQ-II) на нормативній та субклінічній групах досліджуваних”. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки» 3 (2021): С. 101-112.
8. Alsubaie, M., Abbott, R., Dunn, B., Dickens, C., Keil, T. F., Henley, W., & Kuyken, W. (2017). Mechanisms of action in mindfulness-based

- cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions: A systematic review. *Clinical psychology review*, 55, 74-91.
9. Afonso, R.F., et al. "Neural correlates of meditation: a review of structural and functional MRI studies." *Frontiers in Bioscience-Scholar* 12.1 (2020): 92-115.
 10. Aizik-Reebs, Anna, Adi Shoham, and Amit Bernstein. "First, do no harm: An intensive experience sampling study of adverse effects to mindfulness training." *Behaviour Research and Therapy* 145 (2021): 103941.
 11. Andreescu, Carmen, et al. "Generalized anxiety disorder severity scale validation in older adults." *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 16.10 (2008): 813-818.
 12. Barrós-Loscertales, A., Hernández, S. E., Xiao, Y., González-Mora, J. L., & Rubia, K. (2021). Resting state functional connectivity associated with Sahaja Yoga Meditation. *Frontiers in Human Neuroscience*, 15, 614882.
 13. Beck, Aaron T., et al. "Beck anxiety inventory." *Journal of consulting and clinical psychology* (1993).
 14. Beesdo ., Knappe S., Pine D. (2009). Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*. September; 32(3): 483–524.
 15. Blanck P. , Perleth S., Heidenreich T., et al. (2018). Effects of mindfulness exercises as stand-alone intervention on symptoms of anxiety and depression: systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther.*, 102:25-35.
 16. Braden, B. B., Pipe, T. B., Smith, R., Glaspy, T. K., Deatherage, B. R., & Baxter, L. C. (2016). Brain and behavior changes associated with an abbreviated 4-week mindfulness-based stress reduction course in back pain patients. *Brain and behavior*, 6(3), e00443.

17. Brandmeyer, Tracy, Arnaud Delorme, and Helané Wahbeh. "The neuroscience of meditation: classification, phenomenology, correlates, and mechanisms." *Progress in brain research* 244 (2019): 1-29.
18. Campbell-Sills, Laura, et al. "Validation of a brief measure of anxiety-related severity and impairment: the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS)." *Journal of affective disorders* 112.1-3 (2009): 92-101.
19. Deepak, KK (2019) Meditation induces physical relaxation and enhances cognition: a perplexing paradox. *Progress in Brain Research* 144, 85–99.
20. Drigas, A., Mitsea, E., & Skianis, C. (2022). Clinical Hypnosis & VR, Subconscious Restructuring-Brain Rewiring & the Entanglement with the 8 Pillars of Metacognition X 8 Layers of Consciousness X 8 Intelligences. *International Journal of Online & Biomedical Engineering*, 18(1).
21. Edenfield T.M, Saeed S.A. (2012) An update on mindfulness meditation as a self-help treatment for anxiety and depression. *Psychol Res Behav Manag.*;5:131-141.
22. Farias, M., Maraldi, E., Wallenkampf, K. C., & Lucchetti, G. (2020). Adverse events in meditation practices and meditation-based therapies: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 142(5), 374-393.
23. First, M. B., Gaebel, W., Maj, M., Stein, D. J., Kogan, C. S., Saunders, J. B., ... & Reed, G. M. (2021). Сравнение диагностических критериев для психических расстройств в МКБ-11 и DSM-5 на уровне организации и категорий.
24. Gao, L, Curtiss, J, Liu, X and Hofmann, SG (2018) Differential treatment mechanisms in mindfulness meditation and progressive muscle relaxation. *Mindfulness* 9, 1268–1279

25. Gardi, C., Fazia, T., Stringa, B., & Giommi, F. (2022). A short Mindfulness retreat can improve biological markers of stress and inflammation. *Psychoneuroendocrinology*, 135, 105579.
26. Goldberg, SB, Tucker, RP, Greene, PA, Davidson, RJ, Wampold, BE, Kearney, DJ and Simpson, TL (2018) Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 59, 52–60.
27. González-Palau, F., & Medrano, L. A. (2022). A Mini-Review of Work Stress and Mindfulness: A Neuropsychological Point of View. *Frontiers in Psychology*, 13, 854204.
28. González-Valero, Gabriel, et al. "Use of meditation and cognitive behavioral therapies for the treatment of stress, depression and anxiety in students. A systematic review and meta-analysis." *International journal of environmental research and public health* 16.22 (2019): 4394.
29. Gosseries, O., Fecchio, M., Wolff, A., Sanz, L., Sombrun, C., VANHAUDENHUYSE, A., & Laureys, S. (2020). Behavioural and brain responses in cognitive trance: A TMS-EEG case study. *Clinical neurophysiology: official journal of the International Federation of Clinical Neurophysiology*, 131(2).
30. Gu, Y. Q., & Zhu, Y. (2022). Underlying mechanisms of mindfulness meditation: Genomics, circuits, and networks. *World Journal of Psychiatry*, 12(9), 1141-1149.
31. Hamilton, Max. "Hamilton anxiety rating scale." *Brit J Med Psychol* 32 (1959): 50-55.
32. Hofmann, S. G., & Gómez, A. F. (2017). MBIs for anxiety and depression. *Psychiatric clinics*, 40(4), 739-749.
33. Hoge, E. A., Bui, E., Mete, M., Dutton, M. A., Baker, A. W., & Simon, N. M. (2023). Mindfulness-based stress reduction vs. escitalopram for the

- treatment of adults with anxiety disorders: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 80(1), 13-21.
34. Hoge, E. A., Bui, E., Palitz, S. A., Schwarz, N. R., Owens, M. E., Johnston, J. M., ... & Simon, N. M. (2018). The effect of mindfulness meditation training on biological acute stress responses in generalized anxiety disorder. *Psychiatry research*, 262, 328-332.
 35. Inflation, war push stress to alarming levels at two-year COVID-19 anniversary. (2022). American Psychological Association, [<https://www.apa.org/news/press/releases/2022/03/inflation-war-stress>].
 36. Irving, J. A., Dobkin, P. L., & Park, J. (2009). Cultivating mindfulness in health care professionals: A review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Complementary therapies in clinical practice*, 15(2), 61-66.
 37. Kabat-Zinn, J., & Hanh, T. N. (2009). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Delta.
 38. Kalin, N. H. (2020). The critical relationship between anxiety and depression. *American Journal of Psychiatry*, 177(5), 365-367.
 39. Kearney, D. J., Malte, C. A., Storms, M., & Simpson, T. L. (2021). Loving-kindness meditation vs. cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder among veterans: a randomized clinical trial. *JAMA network open*, 4(4), e216604-e216604.
 40. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606-613.
 41. Lambert, D., N. H. van den Berg, and A. Mendrek. "Adverse effects of meditation: A review of observational, experimental and case studies." *Current Psychology* (2021): 1-14.

42. Liebherr, M., Brandtner, A., Brand, M., & Tang, Y. Y. (2022). Digital Mindfulness Trainings and Cognitive Functions—A preregistered systematic review of neuropsychological findings.
43. Liu, X., et al. "Mindfulness-based interventions for social anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis." *Psychiatry research* 300 (2021): 113935.
44. Lupu, V., Matu, S., & Lupu, I. R. (2019). Cognitive-behavioral hypnotherapy augmented with virtual reality exposure in flight phobia: a case study. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 19(1).
<https://doi.org/10.24193/jebp.2019.1.3>
45. Meadows G. N, Shawyer F., Enticott J.C., et al. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for recurrent depression: a translational research study with 2-year follow-up. *Aust N Z J Psychiatry*. 48(8):743-755.
46. Mennin, Douglas S., et al. "Screening for social anxiety disorder in the clinical setting: using the Liebowitz Social Anxiety Scale." *Journal of anxiety disorders* 16.6 (2002): 661-673.
47. Millière, R., Carhart-Harris, R. L., Roseman, L., Trautwein, F. M., & Berkovich-Ohana, A. (2018). Psychedelics, meditation, and self-consciousness. *Frontiers in psychology*, 9, 1475.
48. Milne, R., & Munro, M. (2020). Symptoms and causes of anxiety, and its diagnosis and management. *Nursing Times* [online], 116, 10-18.
49. Morton, M. L., Helminen, E. C., & Felver, J. C. (2020). A systematic review of mindfulness interventions on psychophysiological responses to acute stress. *Mindfulness*, 11(9), 2039-2054.
50. Mossman, Sarah A., et al. "The Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) scale in adolescents with generalized anxiety disorder: signal detection and validation." *Annals of clinical psychiatry: official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists* 29.4 (2017): 227.

51. Newman, M. G., et al. "Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV." 8 Fragebögen und Ratingskalen zur generalisierten Angststörung (2003): 216.
52. Niles, BL, Mori, DL, Polizzi, C, Pless Kaiser, A, Weinstein, ES, Gershkovich, M and Wang, C (2018) A systematic review of randomized trials of mind-body interventions for PTSD. *Journal of Clinical Psychology* 74, 1485–1508.
53. Otte, C. (2022). Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. *Dialogues in clinical neuroscience*.
54. Pascoe, M. C., Thompson, D. R., & Ski, C. F. (2020). Meditation and endocrine health and wellbeing. *Trends in Endocrinology & Metabolism*, 31(7), 469-477.
55. Patterson, D. R., Tininenko, J. R., Schmidt, A. E., & Sharar, S. R. (2004). Virtual reality hypnosis: a case report. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52(1), 27-38.
<https://doi.org/10.1076/iceh.52.1.27.23925>
56. Polusny, M. A., Erbes, C. R., Thuras, P., ... & Lim, K. O. (2015). Mindfulness-based stress reduction for posttraumatic stress disorder among veterans: a randomized clinical trial. *Jama*, 314(5), 456-465.
57. Presti, D. E. (2017). Altered States of Consciousness: Drug-Induced States. *The Blackwell companion to consciousness*, 171-186.
58. Qeshta, H., A. M. Hawajri, and A. M. Thabet. "The relationship between war trauma, PTSD, anxiety and depression among adolescents in the Gaza Strip." *Health Science Journal* 13.1 (2019): 621.
59. Saeed, Sy Atezaz, Karlene Cunningham, and Richard M. Bloch. "Depression and anxiety disorders: benefits of exercise, yoga, and meditation." *American family physician* 99.10 (2019): 620-627.
60. Santis, C. (2017). Memory consolidation effects in altered states of consciousness (Doctoral dissertation, University of Birmingham).

61. Silva, J. J., Da Silva, J., Souza, L. F., Sá-Caputo, D., Cortez, C. M., Paineiras-Domingos, L. L., & Bernardo-Filho, M. (2022). Effectiveness of hypnosis on pain and anxiety in dentistry: Narrative review. *American Journal of Clinical Hypnotherapy*, 65(2), 87-98.
62. Shapiro, D. H. (2017). Classic perspectives of meditation: Toward an empirical understanding of meditation as an altered state of consciousness. In *Meditation* (pp. 13-23). Routledge.
63. Share of the population worldwide who suffered from anxiety disorders from 1990 to 2019. (2022). Statista [<https://www.statista.com/statistics/1035153/percentage-of-people-with-anxiety-worldwide>].
64. Sharma, M., & Rush, S. E. (2014). Mindfulness-based stress reduction as a stress management intervention for healthy individuals: a systematic review. *Journal of evidence-based complementary & alternative medicine*, 19(4), 271-286.
65. Shri, R. (2010). Anxiety: causes and management. *The Journal of Behavioral Science*, 5(1), 100-118.
66. Smart, C. M., Ali, J. I., Viczko, J., & Silveira, K. (2021). Systematic Review of the Efficacy of Mindfulness-Based Interventions as a Form of Neuropsychological Rehabilitation. *Mindfulness*, 1-17.
67. Spielberger, C. "State-trait anxiety inventory for adults." (1983).
68. Stefan, S. I., & Hofmann, S. G. (2019). Integrating metta into CBT: How loving kindness and compassion meditation can enhance CBT for treating anxiety and depression. *Clinical Psychology in Europe*, 1(3), 1-15.
69. Stephenson, K. R., Simpson, T. L., Martinez, M. E., & Kearney, D. J. (2017). Changes in mindfulness and posttraumatic stress disorder symptoms among veterans enrolled in mindfulness-based stress reduction. *Journal of clinical psychology*, 73(3), 201-217.

70. Strauss C, Cavanagh K, Oliver A, Pettman D. (2014). Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: a meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS One*.
71. Talebiazar, N., Choobianzali, B., Hassanpour, A., Goli, R., Shakorzadeh, S., & Ghalandari, M. (2022). The effect of hypnotherapy on the hospital anxiety in three children with cancer: A case report. *International Journal of Surgery Case Reports*, 93, 106961.
72. Timmermann, C., Bauer, P. R., Gosseries, O., Vanhaudenhuyse, A. ... & Lutz, A. (2022). A neurophenomenological approach to non-ordinary states of consciousness: hypnosis, meditation, and psychedelics. *Trends in cognitive sciences*.
73. Tomasino, B., & Fabbro, F. (2015). Neuroimaging and neuropsychology of meditation states. *Frontiers in Psychology*, 6, 1757.
74. Turner, T. D. (2020). Music and Trance as Methods for engaging with Suffering. *Ethos*, 48(1), 74-92.
75. Vargas, A. S., Luís, Â., Barroso, M., Gallardo, E., & Pereira, L. (2020). Psilocybin as a new approach to treat depression and anxiety in the context of life-threatening diseases—a systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Biomedicines*, 8(9), 331.
76. Wang, G. Y., Taylor, T., Sumich, A., Krägeloh, C., Lee, C. Q., & Siegert, R. J. (2021). Cognitive Effect Following a Blended (Face-to-Face and Videoconference-Delivered) Format Mindfulness Training. *Frontiers in Psychology*, 3244.
77. Wolgast, Martin. "What does the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) really measure?." *Behavior therapy* 45.6 (2014): 831-839.
78. Zausner, T. (2022). *The Creative Trance: Altered States of Consciousness and the Creative Process*. Cambridge University Press.

Додаток А

Текст медитації “Сканування тіла”

Ласкаво просимо до медитації "Сканування тіла". Ця медитація допоможе вам увійти в стан спокою, а також відстежити внутрішні та зовнішні прояви у вашому тілі. Знайдіть комфортне положення. Зробіть кілька глибоких вдихів і видихів у своєму темпі. Вдихайте повітря через ніс, видихайте через рот. Відчуйте, як з кожним вдихом і видихом ви все більше розслабляєтесь.

Почніть усвідомлювати своє тіло, починаючи з ніг. Помітьте, як ваші ноги відпочивають і розслабляються. Постарайтеся усвідомити кожную ділянку ваших ніг, від п'яток до пальців. Відчуйте їх тяжіння, відчуйте їх присутність. Поступово піднімайте свою увагу вгору, усвідомлюючи стегна, живіт і груди. Відчуйте, як вони дихають разом з вами, надихаючись і видихаючи спокоєм і благополуччям.

А зараз перемістіть свою увагу до плечей, рук і долонь. Помітьте, як ваші руки відпочивають в моменті тут і зараз, і відчуйте тепло і заспокоєння, що течуть через ваші руки. Почуйте кожную частину рук, від плечей до кінчиків пальців. Тепер проникніть своєю увагою до шиї, обличчя і голови.

Дихайте та розслабляйте м'язи лоба, очей, щік, рота та підборіддя. Відчуйте, як будь-яке напруження або стиск зникає, а ваше обличчя стає повністю розслабленим і спокійним. Тепер зверніть увагу на свою голову. Пройдіться уявно по всій поверхні вашої голови, відчуваючи її контури. Зосередьтеся на шкірі вашої голови та волоссі. Відчуйте тепло і розслабленість, які поширюються по всій вашій голові.

А тепер зверніть увагу на все своє тіло, ще раз проскануйте його від кінчиків ніг до макушки голови. І, знаючи, що ваше увага охоплює весь ваш тілесний досвід, дозвольте собі просто перебувати у цьому стані

присутності і спокою. Не критикуйте, не судіть, просто спостерігайте і сприймайте своє тіло таким, яким воно є прямо зараз.

Якщо ви помічаєте якісь неприємні відчуття або напруження в якійсь частині тіла, зверніть на них увагу з турботою і ніжністю. Уявіть, що ви вдихаєте світло і тепло, спрямовуючи їх у місця, де ви відчуваєте дискомфорт. І на видиху відпускайте будь-яке напруження, дозволяючи енергії життя наповнити все ваше тіло. Продовжуйте залишатися у цьому стані спокою та усвідомлення теперішнього моменту, насолоджуючись почуттям єднання зі своїм тілом. Залишайтесь тут стільки, скільки вам зручно, і коли будете готові, поступово повертайтеся до свідомості, рухаючи пальцями рук та ніг, розтягуючись і повільно відкриваючи очі.