

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

**Кафедра клінічної психології**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА**

на тему:

**Особливості тривожності вимушених мігранток**

**Виконала:**

студентка 2-го курсу групи ПМ - 212  
спеціальності 053 Психологія  
освітньо-професійна програма Клінічна  
психологія

Мацюк Тетяна Ігорівна  
(прізвище, ім'я, по батькові)

**Науковий керівник:**

к.психол.н., доц.  
(наукова ступінь, вчене звання)

Кунцевська Анастасія Володимирівна  
(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**

<b>ВСТУП .....</b>	<b>3</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ТРИВОЖНОСТІ У ВИМУШЕНИХ МІГРАНТОК</b>	
1.1. Проблема вимушеної міграції під час війни.....	6
1.2. Феномен тривоги.....	13
1.3. Тривога у вимушених мігрантів.....	19
<b>Висновки до розділу 1.....</b>	<b>22</b>
<b>РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТРИВОЖНОСТІ ВИМУШЕНИХ МІГРАНТОК</b>	
2.1 Підходи до дослідження тривоги та тривожності.....	24
2.2 Організація та проведення емпіричного дослідження.....	30
2.3 Аналіз та результати отриманих даних.....	37
<b>Висновки до розділу 2 .....</b>	<b>43</b>
<b>РОЗДІЛ 3. РОБОТА ПСИХОЛОГА З ПРОБЛЕМОЮ ТРИВОЖНОСТІ У ВИМУШЕНИХ МІГРАНТОК</b>	
3.1 Підходи до корекції тривожності.....	45
3.2 Програма психологічної корекції тривожності у вимушених мігранток.....	47
<b>Висновки до розділу 3 .....</b>	<b>49</b>
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>50</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....</b>	<b>53</b>
<b>ДОДАТКИ.....</b>	<b>59</b>

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** У сучасному світі тиску політичних, соціальних та економічних криз, все більше людей змушені шукати нові місця проживання та надії на краще майбутнє. Вимушені мігрантки є особливо вразливою категорією населення, яка часто стикається з низкою стресових ситуацій, які можуть викликати тривогу та інші негативні емоції. Тема є дуже актуальною і важливою для сучасного суспільства. Міграція є глобальним явищем, що стосується мільйонів людей у всьому світі. Вимушені мігрантки, які переселяються через війну, конфлікти, насильство, економічні труднощі та інші фактори, знаходяться в особливо вразливому стані, що часто веде до збільшеної тривожності. Особливості тривожності вимушених мігранток можуть бути пов'язані з рядом факторів. По-перше, це втрата домівки, родини та соціальної підтримки, що призводить до почуття відчуження та незахищеності. Вони можуть бути позбавлені стабільності та безпеки, що є важливими факторами для психічного благополуччя. По-друге, вимушені мігрантки часто зіштовхуються зі складнощами адаптації до нового культурного середовища, включаючи мовні бар'єри, незнайомість з місцевими звичаями і законами, а також дискримінацію та стигматизацію. Всі ці фактори можуть підсилювати почуття тривоги, створюючи негативний вплив на їхнє психічне здоров'я. Один із ключових аргументів для актуальності даної теми полягає у необхідності розуміння особливостей тривожності вимушених мігранток, щоб забезпечити адекватну психологічну підтримку та інтервенції для цієї уразливої групи. Розуміння і врахування культурних, соціальних та індивідуальних контекстів, в яких вони перебувають, є ключовим фактором у створенні ефективних стратегій допомоги.

Дослідження особливостей тривожності вимушених мігранток може сприяти розвитку кращого розуміння психологічних наслідків міграції та допомогти виявити фактори ризику та захисту. Це може бути корисно при розробці імплементованих політик, програм підтримки та інтервенцій, спрямованих на покращення психологічного благополуччя.

Крім того, дослідження цієї теми може внести важливий внесок у сферу гендерних досліджень та боротьби з насильством щодо жінок і дівчат, оскільки вимушені мігрантки часто виявляються у вразливих гендерних позиціях та стикаються з різними формами гендерно-зумовленого насильства.

Отже, дослідження особливостей тривожності вимушених мігранток має велике значення для розвитку більш гуманних і ефективних підходів до психологічної підтримки цієї уразливої групи, сприяючи їхньому благополуччю, інтеграції та становленню в новому середовищі.

Дослідження показують, що тривожні розлади серед вимушених мігранток виявляються частіше, ніж серед місцевого населення. Це може мати серйозні наслідки для їхнього загального самопочуття та фізичного здоров'я.

Враховуючи значущість даної проблеми та потребу у розумінні її причин та наслідків, моя робота присвячена вивченню особливостей тривожності вимушених мігранток та можливостей її подолання. Я сподіваюсь, що результати моїх досліджень будуть корисними для практикуючих психологів, соціальних працівників та всіх, хто цікавиться питаннями психічного здоров'я вимушених мігрантів.

**Об'єкт дослідження** – феномен тривожності

**Предмет дослідження** – Особливості тривожності у вимушених мігранток.

**Метою даної роботи** є – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити ефективність дихальних методик при роботі з тривожністю.

**Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати психологічну літературу на тему тривоги і тривожності, та проблеми вимушеної міграції, під час війни.

2. Організувати та провести емпіричне дослідження

3. Проаналізувати та проінтерпретувати отримані результати.

4. Розробити та апробувати програму інтервенції

**Методи дослідження** - для досягнення поставлених завдань були застосовані такі методи:

1. Теоретичний аналіз наукової літератури на тему Особливості тривожності вимушених мігранток.
2. Психо-діагностичне дослідження:
  - Опитувальник реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна, (STAI),
  - Шкала тривоги Бека,
  - Індекс тривожності та депресії (HADS),
  - Опитувальник прийняття та дії,
  - Опитувальник здоров'я пацієнта,
  - Авторська анкета.
3. Математико статистичний.
4. Метод психологічної інтервенції (дихальні практики).

**Вибірка** в дослідженні взяли участь 75 українських жінок, віком від 20 до 40 років. За статевою ознакою до вибірки увійшли жінки. Більша частина учасників експерименту належала до категорії тимчасово переміщених осіб 45 осіб, або залишались вдома та оцінювали своє місце знаходження як безпечне 30 осіб. Більшість учасниць має вищу освіту 75 відсотків.

## РОЗДІЛ І

### ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ

### ПРОБЛЕМИ ТРИВОЖНОСТІ У ВИМУШЕНИХ МІГРАНТОК

#### 1.1. Проблема вимушеної міграції, під час війни

Проблема вимушеної міграції під час війни є актуальною для багатьох країн світу, і вона створює великі проблеми для людей, які опиняються у таких умовах. Згідно зі статистикою UNHCR, у 2021 році кількість переміщених осіб досягла рекордних 71,1 мільйонів осіб, з яких більше половини були дітьми [45].

Шейнін та Міхеєва (2014) зазначають, що військові конфлікти можуть призвести до появи посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії, тривожності та інших психічних проблем. Ці проблеми можуть збільшитися в разі вимушеної міграції [18].

Венгер та Кузьменко (2016) зазначають, що внутрішньо переміщені особи (ВПО) часто стикаються з емоційними проблемами, такими як відчуття втрати, розриву з родиною та суспільством. Вони також можуть відчувати відчуженість, страх та нестабільність, що може призвести до різних форм психічних розладів [46].

У цьому контексті дуже важливо розуміти проблеми, з якими зіштовхуються вимушені переселенці, і розробляти програми та підходи, спрямовані на полегшення їхнього становища та підтримку психічного здоров'я. Розуміння психологічних наслідків військових конфліктів і вимушеної міграції може допомогти знайти ефективні рішення для забезпечення психічного здоров'я та благополуччя людей, які опинилися в таких непростих умовах.

Протягом російсько-української війни 2022 року, вимушена міграція стала серйозною проблемою для українського народу. Тисячі людей були вимушені залишити свої домівки та переселитися в інші регіони України,

щоб уникнути небезпеки. Це має серйозні психологічні наслідки для тих, хто був примушений покинути свої домівки та переселитися.

Люди, які виїжджають зі своїх домівок через війну, часто стикаються з тривогою, депресією та іншими психологічними проблемами. Вони можуть відчувати втрату самої ідентифікації, відчуженість від оточуючого світу та страх перед майбутнім [18].

Крім того, дослідження показали, що вимушено переміщені особи часто відчують вину, боязнь, їм може бути важко надіятися на когось із за пережитих травм та довіри до людей може бути порушено. Вони також можуть відчувати соціальне виключення та несправедливість [46].

Зважаючи на збільшення кількості вимушених переселенців під час російсько-української війни, UNHCR (2019) стверджує, що це є однією з найбільших гуманітарних криз в світі [40].

Одним з ключових чинників, який викликає психологічний дискомфорт у переселенців, є почуття втрати, яке супроводжується тривожністю і горем. Вони втратили свої будинки, майно, рідних та близьких, а також отримали травми та стреси, що призвели до психічних проблем. Найбільш поширеними психологічними проблемами в переселенців є депресія, тривожність, посттравматичний стресовий розлад, виникає проблема самої ідентифікації і знаходження себе в новому місці проживання.

Дослідження психологічних наслідків війни та вимушеної міграції свідчать про те, що люди, які пережили подібні ситуації, можуть стати вразливими до ряду проблем. Зокрема, низький рівень самооцінки, тривога, депресія, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), втрата смислу життя, проблеми з адаптацією до нового середовища, загострення хронічних захворювань, а також зниження рівня соціальної та професійної інтеграції [41].

Під час війни на Донбасі в Україні в 2014-2022 роках, зокрема під час Російсько-української війни 2022 року, вимушена міграція стала складною проблемою для тисяч українців. Люди, які втекли зі своїх домівок, зазнали

травм та стресу, що може мати негативні наслідки на їхнє психічне здоров'я. За даними UNHCR (Всесвітнього агентства з питань біженців) за 2022 рік, більше 5 мільйонів людей стали внутрішньо переміщеними особами в Україні внаслідок війни, з яких більше 1 мільйона перебувають в режимі постійної міграції. Ці люди змушені були залишити свої домівки, родини та друзів, що може призвести до почуття втрати, особливо важливих соціальних зв'язків[46].

За даними загальнонаціонального опитування, проведеного МОМ 9–16 березня 2022 року, з різних регіонів України виїхали та переїхали в інші регіони: 2 344 936 осіб втекли зі Сходу, 1 936 839 – з Києва та Київської області, 1 302 022 – з північ, 485 829 з півдня, 220 243 з центру і 187 854 із заходу. [30,41].

Згідно з даними вищезгаданого опитування МОМ, 48 відсотків переселенців в Україні залишили місце проживання з початком війни, 45 відсотків залишили місце проживання, коли війна досягла району, і 5 відсотків залишили місце проживання. в очікуванні конфлікту.

За даними МОМ, найбільша частка людей, понад 2,5 мільйона, переїхала до Західного макрорегіону. Однак дані, опубліковані урядами західних регіонів, не збігаються з цією оцінкою. Різницю можна пояснити тим, що лише деякі з переселенців вирішують повідомити про свій приїзд органам місцевого самоврядування; реєстрація найімовірніше відбувається у випадках, коли новоприбулі звертаються за допомогою з проживанням або гуманітарною допомогою.

Станом на 17 березня 2022 року обласні органи влади повідомили про такі цифри ВПО: Львівська область — 200 тис., Івано-Франківська область — 80 тис., Закарпатська область — 80 тис., Хмельницька область — 70 тис., Чернівецька область — 50 тис., Тернопільська область — 45 тис., Волинська обл. — 23000, Рівненська область — 20315 [46].

Деякі люди змушені покинути свої домівки враз. Багато регіонів і міст, які зараз знаходяться в районах активних бойових дій, приймають



переселенців з 2014 року. За даними Мінсоцполітики, близько 1,46 млн переселенців з тимчасово окупованих територій Донецької та Луганської областей, а також До 2021 року були зареєстровані Автономна Республіка Крим та Севастополь. Найбільше ВПО зафіксовано в Донецькій (512 тис.) та Луганській (282 тис.) областях, у Києві (163 тис.) та Харківській (136 тис.) областях. За даними Cedos, до списку міст із високою часткою ВПО до повномасштабного російського вторгнення в Україну входили Северодонецьк (44% ВПО), Маріуполь (20%), Ізюм (13%), Буча (11%), Ірпінь (9%), Бердянську (8%), Києві (5,5%) та ін. Усі вони зараз потерпають від активних бойових дій.

За даними УВКБ ООН, з початку повномасштабного російського вторгнення в Україну 24 лютого станом на 22 березня Україну покинули 3 626 546 осіб. Дані про кількість біженців є приблизними і можуть змінюватися, в тому числі заднім числом.

Найбільше виїхало з України з 27 лютого по 9 березня. За цей період український кордон на виїзд перетнули 1 649 088 осіб; щодня з країни виїжджало понад 150 тис. осіб. 6 березня кордон перетнули 210 526 осіб — найбільше за добу. З 17 березня кількість людей, які виїжджають, поступово зменшується, а це означає, що перша хвиля біженців зменшилася. За оцінками УВКБ ООН, загалом Україну можуть покинути ще 4 мільйони людей [32].

За даними пунктів пропуску, станом на 22 березня кількість осіб, які виїхали до прикордонних з Україною країн:

Польща: 2 144 244 (за словами представників місцевої влади, люди з України прибувають переважно до найбільших міст Польщі, зокрема Варшави та Кракова, тому можливості цих міст для розміщення біженців поступово вичерпуються; тому біженцям радять їхати до інших міст чи інших міст). країни ЄС);

Румунія: 555 021 (це також включає людей, які виїхали через Молдову, а потім перейшли до Румунії);

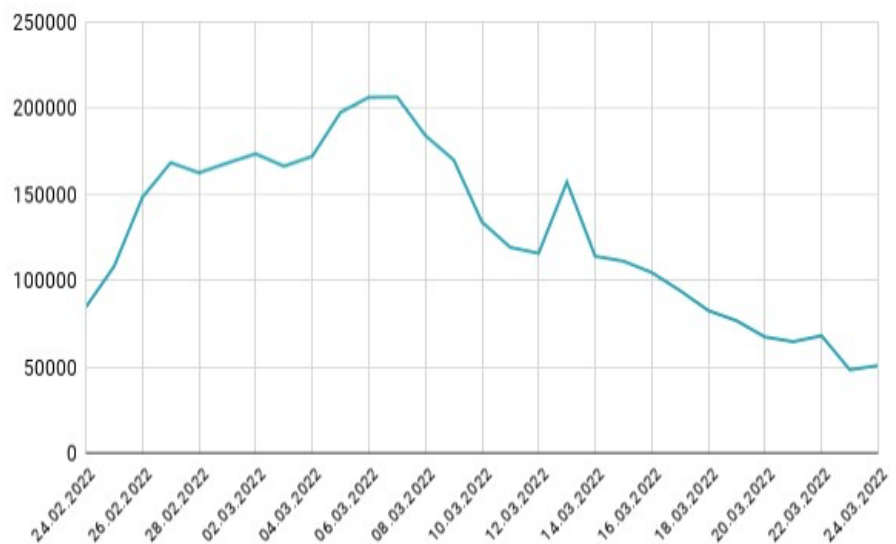
Молдова: 371 104 (це найвищий показник українських біженців на душу населення; водночас ЗМІ повідомляють , що в країні їх перебуває лише трохи більше 100 тис.);

Угорщина: 324 397;

Росія: 271 254 (за даними російського уряду, які можуть бути неправдивими; це число, ймовірно, включає людей, які були примусово депортовані з тимчасово окупованих територій України; згідно з розпорядженням Кабінету Міністрів України від 26 лютого 2022 р. 188-р ) . , з 28 лютого закриті всі пункти пропуску на українсько-російському кордоні);

Словаччина: 256 838 ;

Білорусь: 4938 (за даними білоруського уряду; це число може включати людей, які були примусово депортовані з тимчасово окупованих територій України; як і у випадку з Росією, з лютого всі пункти пропуску на українсько-білоруському кордоні закриті). На рис.1.1. показана інфо графіка кількості людей, які виїхали з України в перші дні за кордон. [32,48].



Дані: УВКБ ООН

Рис.1.1. Кількість людей, які виїхали з України в перші дні за кордон

Для деяких із цих людей країни, які межують з Україною, є транзитними пунктами, оскільки вони прямують до інших країн ЄС, зокрема

Німеччини, Австрії, Чехії, Італії, Франції, Іспанії, Португалії, країн Балтії тощо. Відносно невелика кількість українців також шукають притулку за межами ЄС.

За оцінками МВС Німеччини, станом на 22 березня країна прийняла близько 232 тисяч біженців з України. Тим часом соціальна інфраструктура Берліна, одного з ключових міст, через які українці прибувають до Німеччини потягами та автобусами з Польщі та інших країн, що межують з Україною, вже перевантажена, тому представники місцевої влади рекомендують біженцям їхати до інших міст країни. Біженців, які вже прибули в місто і потребують забезпечення житлом, можуть перерозподілити в інші федеральні землі.

МВС Австрії оцінює кількість біженців у 117 тисяч (станом на 14 березня) і зазначає, що близько 75% з них можуть виїхати в інші країни. За перший тиждень (14–21 березня) реєстрації для отримання тимчасового захисту в країні зареєстрували 17 тис. біженців.

За даними мобільних операторів, Чехія прийняла понад 270 тисяч біженців з України. 205 тис. із них після прибуття отримали спеціальні довгострокові візи, які дозволяють проживати в країні; з 22 березня ці візи будуть замінені на посвідчення особи, що підтверджує статус осіб, які отримали тимчасовий захист. За словами міністра внутрішніх справ Чехії, країні не вистачає можливостей прийняти більше людей. Як і у випадку з Варшавою та Краковом у Польщі та Берліном у Німеччині, ключовим викликом для чеських муніципалітетів є критична нестача житла [48,1].

За даними Державного департаменту статистики Литви, станом на 24 березня понад 30 тисяч осіб зареєструвалися як біженці з України. У Португалії станом на 22 березня 18,5 тис. біженців з України зареєструвалися для отримання тимчасового захисту. Однак загальна кількість біженців у цій країні може бути дещо більшою. За оцінками МВС Італії, станом на 22 березня країна прийняла понад 61 тисячу біженців з України. Міністерство внутрішніх справ Франції оцінює кількість біженців у 26 тис. осіб, 10 тис. із

них уже отримали статус особи під тимчасовим захистом. За даними прикордонної служби Естонії, станом на 18 березня країна прийняла понад 25 тисяч біженців з України, з яких приблизно п'ята частина попрямує далі в інші країни [1,15].

Важливим аспектом в розв'язанні проблем вимушеної міграції є психологічна підтримка та реабілітація переселенців. Психологи пропонують різні методики, які допомагають переселенцям змиритися зі змінами в житті, знайти нові джерела задоволення і забезпечення своїх потреб. Наприклад, психологічні тренінги, терапія, соціальна підтримка, допомога в отриманні нової професії.

У зв'язку з цим, питання вимушеної міграції під час війни є актуальним не тільки для психологів, але й для всієї суспільності. Вирішення цієї проблеми потребує спільних зусиль всіх залучених сторін, включаючи урядові органи, громадські організації, волонтерів, психологів, медичних працівників та інших фахівців. Важливо не лише забезпечити безпечне проживання та умови для переселенців, але й підтримати їх психологічно, надати можливості для адаптації та інтеграції в новому місці проживанні.

## 1.2 Феномен тривоги

Гіппократ описав тривогу уже в 4 столітті до нашої ери як окремий розлад з негативним емоційним компонентом, і пізніше римські та грецькі філософи досліджували цей стан. Саме вони розробили рекомендації для подолання тривоги, що полягали в зміні мислення на більш позитивне та у зосередженні на поточному моменті, а не на майбутньому, що викликає тривогу [15].

В DSM-V, Діагностичному та статистичному довіднику психічних розладів, термін "тривога" визначається як передчуття майбутньої небезпеки, відмінне від страху, який є реакцією на реальну або уявну небезпеку. Збірник також вводить термін "занепокоєння", що має когнітивні аспекти тривожного очікування [8].

В англomовній науковій та популярній психологічній літературі, термін «anxiety» використовується для опису понять "тривога" та "тривожність". Щоб визначити, про який з двох взаємодіючих концептів йдеться - Щодо стану тривоги, пов'язаного з переживанням невизначеності та очікуванням небезпеки (анксіозність), або відносно особистостну характеристику, необхідно дивитися контекст.

Тривожність - це емоційний стан, пов'язаний з переживанням загрози або страху, який може відчувати кожна людина в певних життєвих ситуаціях. Феномен тривожності вивчається в психології з різних поглядів, існують різні теорії та підходи, які допомагають розуміти цей стан.

Одним з найвідоміших підходів є теорія Ганса Сельє про загальну адаптаційну реакцію (загальний адаптаційний синдром), яка описує реакцію організму на стрес. У згідно з цією теорією, людина під дією стресу переживає тривогу, яка може мати різні форми, такі як соціальна, фобічна, панічна і т.д. Крім того, Сельє розрізняв активну і пасивну адаптацію, залежно від того, як організм реагує на стрес[32,8].

Інші теорії, що досліджують тривожність, включають когнітивну теорію, яка стверджує, що тривожність виникає в результаті спотворення

сприйняття, оцінки та інтерпретації інформації; і теорію біхевіоризму, яка стверджує, що тривожність може бути вивчена і змінена через певні навчальні процедури.

Важливо зазначити, що тривожність може мати негативний вплив на фізичне та психічне здоров'я людини, тому вона потребує уваги та лікування. Відповідно до даних Всесвітньої організації охорони здоров'я, тривожність є однією з найпоширеніших психічних розладів у світі [48,15].

Феномен тривожності є важливою темою для дослідження в галузі психології. Тривожність може бути відчутною реакцією на різні ситуації, такі як переїзд, зміна роботи, відносин або стан здоров'я, а також може бути спричинена глибокими проблемами, такими як травма або депресія [9].

Згідно з дослідженнями, проведеними Університетом Дюка, тривожність є найбільш поширеною психічною проблемою в США, яка торкається більше 40 мільйонів дорослих [15].

Також, згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, тривожність є другою за частотою психічною проблемою в світі після депресії [8]. В дослідженні "Тривожність і її зв'язок з іншими психічними станами" Джона Кравітца та Девіда Барлоу було показано, що люди, які страждають від тривожності, мають підвищену схильність до депресії та інших психічних проблем. Ці дослідники також вказують на те, що взаємодія між тривожністю та іншими психічними проблемами може бути двосторонньою - тривожність може призводити до інших проблем, але інші проблеми також можуть підвищувати рівень тривожності [34].

Крім того, тривожність може мати фізичні наслідки. Згідно з дослідженнями, проведеними Університетом Меріленду, підвищений рівень тривожності може призвести до підвищення рівня кортизолу в організмі, що може призвести до різних проблем зі здоров'ям [16].

Окремі дослідження вказують на те, що тривожність може бути унаслідок генетичних факторів та навколишнього середовища.

Дослідження проведені у 2019 році показали, що люди з певними генетичними мутаціями можуть бути більш схильні до тривожності. Також, діти, які були виховані в небезпечних або стресових умовах, можуть бути більш схильні до розвитку тривожності в майбутньому [10].

Важливо також зазначити, що тривожність може бути пов'язана з іншими психічними розладами, такими як депресія, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), панічний розлад та інші. Це може бути пов'язано з тим, що психічні розлади часто мають спільні симптоми, такі як тривога та підвищена підозрілість.

Виникнення тривожності та подальшого розвитку тривожних розладів можуть спричиняти багато різних факторів, але наукове обґрунтування зв'язку між тривогою та цими факторами ускладнене значними методологічними перешкодами. Особливо важливо достовірно підтвердити наявність, тривалість та інтенсивність ризикового фактора перед початком розладу. Однак, завдяки перехресним дослідженням було складено список найпоширеніших факторів, які сприяють розвитку тривожних розладів.

*Чинники демографії:*

- Стать: У жінок тривожні розлади виникають вдвічі частіше, ніж у чоловіків. Вплив статі як ризикового чинника є незначним у дитинстві, але набуває більшої ваги в дорослому віці.
- Освіта: Люди з нижчим рівнем освіти частіше зазнають тривожних розладів.
- Фінансовий стан Між низьким рівнем доходу і розвитком тривожних розладів існує пряма залежність[22].

*Патофізіологічні чинники:*

- Сімейна генетика: Якщо принаймні один з батьків має певний тривожний розлад, ризик розвитку цього розладу у дитини також збільшується. Цей ризик зростає прогресивно, якщо обидва батьки мають цей розлад. [22].

*Психофізіологічні чинники:*

Тривожні розлади можна розглядати з урахуванням індивідуальних відмінностей у функціонуванні нервової системи. На сьогоднішній день все ще немає однозначної відповіді на те, в якій мірі нейробіологічні фактори тривоги корелюють з тривожними розладами. [42].

*Темперамент та особистісні характеристики:*

Темперамент та особистісні вразливості, такі як невротизм і тривожність, являють собою індивідуальні характеристики або схильності до поведінки, пов'язаної з гальмуванням чи уникненням. Вони взаємодоповнюють один одного і відіграють важливу роль у формуванні тривожних розладів [42].

В результаті численних досліджень було встановлено, що поведінка уникнення досвіду є ключовим елементом, що підтримує тривогу, тривожність та пов'язані проблеми [33]. Ця форма поведінки часто розглядається у контексті труднощів з емоційною регуляцією та бажанням уникнути зіткнення зі складними або неприємними переживаннями.

З урахуванням цього факту, психологічна гнучкість відіграє важливу роль у визначенні тривожності особистості та потенційної ефективності психотерапевтичних втручань, оскільки її концептуалізація протиставляється поведінці уникнення досвіду.

Зокрема, одне з визначень психологічної гнучкості, як описано в одному джерелі, полягає у здатності повністю залишатись у контакті з теперішнім моментом, приймати думки та почуття, які він несе, без надмірного захисту, і в залежності від контексту ситуації, зберігати або змінювати свою поведінку, щоб досягти своїх цілей і цінностей [33].

Таким чином, існує пряма пропорційність між психологічною гнучкістю і психологічним благополуччям. Психологічна гнучкість характеризується відкритим і гнучким контактом як з власним внутрішнім світом, так і зовнішнім середовищем. У свою чергу, багато форм психопатологій концептуалізуються як прояв зниженої психологічної



гнучкості, що проявляється у надмірній кількості дезадаптивних реакцій та поведінкових патернів.

*Чинники середовища:*

- Стиль батьківства: Найбільшу роль у формуванні тривожних розладів відіграє гіперопікаюча поведінка батьків, а також вплив, пов'язаний з соціальним навчанням, який включає копіювання тривожної поведінки батьків
- Дитячі травми: Більшість наявних досліджень свідчать про пряму залежність між травмами дитинства, такими як втрата батьків, розлучення, фізичне та сексуальне насилля, і майже всіма психічними розладами, включаючи тривожні стани.
- Життєві події:

Ризик розвитку тривожних розладів значно збільшується внаслідок певних життєвих подій, які включають сепарацію з батьками, смерть одного з батьків або близького родича, що сталися у дорослому віці [22].

Опираючись на описане вище, можна дійти висновку, що досвід війни також входить до числа життєвих подій, які можуть спричинити збільшення рівня тривожності та можливий розвиток тривожних розладів. Однак, аналізуючи наявні наукові дослідження, можна зробити висновок, що відносно обмежена кількість досліджень присвячена саме тривожності під час війни. Більшість з цих досліджень фокусуються на досвіді вимушено переміщених осіб, зокрема в країнах Західної Європи [24], і лише деякі з них приділяють увагу актуальним переживанням людей, що залишаються в країні під час війни. Основна увага в цих дослідженнях зосереджена на посттравматичному стресовому розладі (ПТСР) і показує, що з плином часу частота й вираженість симптомів цього розладу зменшуються [37].

У багатьох випадках тривожність може бути успішно лікувальною. Психотерапія, яка може включати когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) та інші підходи, може допомогти клієнту зрозуміти причини своїх страхів та

розвинути ефективні стратегії для їх управління. Крім того, лікарські засоби, такі як анксиолітики, можуть допомогти у зменшенні симптомів тривожності.

Отже, феномен тривожності є важливою темою для дослідження та лікування у психології.

### 1.3 Тривога у вимушених мігрантів

Тривога є поширеним психічним станом серед вимушених мігрантів, яка виникає внаслідок стресу, що пов'язаний зі зміною середовища та стилю життя. Згідно з дослідженнями, більше половини вимушених мігрантів, які переселилися в іншу країну, стикаються зі значним рівнем тривоги.

У своїй статті «Mental Health of Forced Migrants: A Review of Reviews and Implications for Research and Practice» (2016), Майкл Беренс та його колеги вказують на те, що тривога виникає у вимушених мігрантів із-за почуття невпевненості та незахищеності, відчуття розлуки з домівкою, родиною. Відповідно до дослідження, проведеного Джоном Р. Бенедетто та його колегами (2019), вимушені мігранти зі шляхетної походженням стикаються з вищим рівнем тривоги, ніж ті, що з іншим походженням.

Також дослідження показали, що мігранти, які стикаються з більш високим рівнем тривоги, мають меншу схильність до здорового способу життя, такого як здорове харчування та фізичні вправи [23].

Для зменшення рівня тривоги серед вимушених мігрантів, психологи рекомендують включати підтримку та настанови для культурної адаптації в програми підтримки, що надаються мігрантам. Окрім того, важливо включати фізичну активність та підтримку в здоровому способі життя до програми підтримки вимушених мігрантів.

Одним із основних факторів, який викликає тривогу у вимушених мігрантів, є травма, пов'язана зі зміною соціального середовища та втратою стабільності у житті. Це може призвести до розладів, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) або депресія, або посилювати вже існуючі тривожні розлади [18].

Дослідження показують, що вимушені мігранти мають вищу схильність до тривоги та депресії порівняно з тими, хто не має досвіду міграції. Також зазначається, що вимушені мігранти можуть мати менші можливості доступу до психологічної підтримки та лікування через мовні та

культурні бар'єри, фінансові труднощі, та стигматизацію у новому середовищі.

У контексті психологічної допомоги для вимушених мігрантів, важливо враховувати їхні культурні та соціальні контексти, які можуть впливати на сприйняття та реакції на стресові ситуації. Наприклад, багато культур мають високу цінність на колективність та сімейні зв'язки, що може бути важливим фактором в адаптації до нового середовища [20].

Одним із підходів до лікування тривоги у вимушених мігрантів є культурно компетентна психотерапія, яка враховує культурні та соціальні контексти та допомагає забезпечити психологічну підтримку, адаптацію та інтеграцію в нове середовище.

Відповідно до досліджень, імігранти часто зазнають стресових ситуацій, які можуть викликати тривогу, такі як розлука з родиною, незнання мови, незнайомість з культурою та навколишнім середовищем. Крім того, вони можуть стикатися з дискримінацією, насильством, переслідуванням та іншими формами травми. Це може призвести до появи посттравматичного стресового розладу (ПТСР), що супроводжується тривогою та іншими симптомами [20].

Згідно з дослідженнями, мігранти, які мають менші можливості для інтеграції в нове середовище, мають більш високий рівень тривоги. Особливо це стосується тих, хто стикався з переслідуванням, насильством або має обмежені можливості отримання допомоги та підтримки [29].

Для полегшення симптомів тривоги у вимушених мігрантів можуть бути ефективними психологічні терапії, такі як когнітивноповедінкова терапія (КПТ), терапія емоційної зосередженості (ТЕЗ) та інші. Також важливо забезпечити доступ до інших форм підтримки та ресурсів, таких як соціальні служби та медична допомога [38].

Узагальнюючи, тривога є значущою проблемою для вимушених мігрантів, і вона може виникати з-за багатьох факторів, пов'язаних зі стресом, травмою, особливо у нинішній час, коли мільйонам українців довелося

пережити бойові дії, та покинути свої домівки. Далі слідує невизначеність та відчуття невідомості з новим середовищем, та всі витікаючи з цього наслідки. Ефективними методами лікування є психотерапія та доступ до різних форм підтримки та ресурсів.

## Висновки до розділу 1

Отже, за результатами аналізу психологічної літератури на тему тривоги і тривожності, проблем вимушеної міграції, під час війни. Можна зробити наступні висновки:

1. Проблема вимушеної міграції під час війни є актуальною для багатьох країн світу, і вона створює великі проблеми для людей, які опиняються у таких умовах. Згідно зі статистикою UNHCR, у 2019 році кількість переміщених осіб досягла рекордних 70,8 мільйонів осіб, з яких більше половини були дітьми.

2. Тривога і тривожність - це два терміни, які використовуються для опису внутрішнього стану людини, асоційованого зі станом напруження, страху або хвилювання. Вони можуть бути використані як синоніми один для одного, але також можуть мати певні відтінки значень.

Тривога - це загальний термін, який описує емоційний стан хвилювання, неспокою або страху, який може бути викликаний різними факторами, такими як страх перед небезпекою, невизначеністю або негативними подіями. Тривога може бути короткочасною і пов'язаною з конкретною ситуацією, або бути хронічною, коли людина відчуває постійний рівень тривоги без явних причин.

Тривожність - це стан, коли тривога стає патологічною, надмірною і перешкоджає нормальному функціонуванню особистості. Тривожність може бути психічним розладом, таким як тривожний розлад або панічний розлад. Вона характеризується тривалою інтенсивною тривогою, яка може супроводжуватися фізичними симптомами, такими як підвищена серцева частота, потовиділення, дратівливість, втрата сну тощо. Тривожність може значно впливати на якість життя людини і потребувати професійної допомоги.

Отже, основна різниця між тривогою і тривожністю полягає в тому, що тривожність є патологічним станом, пов'язаним з тривалою та надмірною тривогою, тоді як тривога може бути як нормальною реакцією на певні ситуації. Основна різниця між тривогою і тривожністю полягає в їх характері і ступені враженості.

## РОЗДІЛ 2.

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### ОСОБЛИВОСТЕЙ ТРИВОЖНОСТІ ВИМУШЕНИХ МІГРАНТОК

##### 2.1 Підходи до дослідження тривоги та тривожності

У психології тривога є однією з найбільш вивчених тем. Серед відомих психологів, які займалися дослідженнями тривожності, можна виділити наступних:

Ханс Сельє: канадський психолог, який став одним з перших дослідників стресу та його впливу на організм людини [14]. Річард Лазарус: американський психолог, який працював в галузі стресу та його впливу на емоції, зокрема, на тривогу [12]. Аарон Бек: американський психолог, який розробив теорію депресії та займався дослідженнями взаємозв'язку депресії та тривоги [4]. Девід Барлоу: американський психолог, який займався дослідженнями тривоги та розробив теорію панічних розладів [3].

Стенфордський Університет: Джон Болвін, американський психолог, який займався вивченням тривоги та станів паніки у людей.

Аарон Т. Бек: американський психіатр і психолог, розробивши концепцію психологічної терапії та займався дослідженнями тривожності та депресії.

Пітер Ленг, австралійський психолог, який займався дослідженнями емоцій, зокрема, тривоги, та розробив теорію високої та низької тривожності. Це далеко не повний список вчених, які займалися дослідженнями тривоги та її

Підходи до дослідження тривоги та тривожності є актуальною темою в психології, оскільки ці стани є досить поширеними і можуть значно впливати на якість життя людини. Для оцінювання тривожності було розроблено багато тестів та методик, які можуть бути використані під час проведення досліджень. Однією з найбільш відомих тестів є Шкала



тривожності Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), що дозволяє оцінити рівень тривожності на даному моменті та у стійкій тривожності.

Також існують інші методики, наприклад, Шкала тривожності Гамільтона (Hamilton Anxiety Rating Scale, HAM-A), Шкала тривожності Бека (Beck Anxiety Inventory, BAI), Шкала тривожності та депресії Голдберга (Goldberg Anxiety and Depression Scale, GADS) та інші.

Існує безліч методик, та тестів для оцінювання тривожності. Найбільш відомими з них є Загальний опитувальник тривожності (STAI), Індекс тривожності та депресії (HADS), Міні-міжнародна діагностична інтерв'ю для дослідження психічних розладів (MINI), Скорочена шкала оцінки тривоги (SAS), Тест тривожності Бека (BAI).

STAI є однією з найбільш використовуваних методик для вимірювання загальної тривожності. Загальний опитувальник тривожності (STAI) є психологічним інструментом, який використовується для вимірювання рівня тривожності у людей. Цей опитувальник складається з двох частин: STAI-1 та STAI-2: одна частина оцінює стан тривожності в дану мить, а інша – загальний рівень тривожності.

STAI-1 спрямований на вимірювання "стану тривожності", що відображає тимчасовий або миттєвий стан тривоги у конкретний момент часу. Ця частина опитувальника допомагає оцінити, наскільки особа відчуває тривогу, напруженість і нервозність у конкретний момент.

STAI-2 спрямований на вимірювання "тривожності як особистісного рису". Ця частина опитувальника оцінює загальний рівень тривожності у людини як постійну особистісну характеристику. Вона допомагає визначити, наскільки особа схильна до відчуття тривоги та небезпеки в різних ситуаціях.

STAI є широко використовуваним інструментом у наукових дослідженнях та клінічній практиці для вимірювання тривожності та оцінки ефективності лікування тривожних розладів. Результати опитувальника дозволяють отримати об'єктивну оцінку тривожності та використовувати їх для дальшого аналізу і розуміння психологічного стану особи.

Більшість відомих методів оцінки рівня тривожності зазвичай зосереджені на вимірюванні або особистісної тривожності, або поточного стану тривожності, або конкретних реакцій. Єдиним підходом, який може врахувати як тривожність як особистісну властивість, так і її поточний стан, є методика, запропонована Спілбергером.

Вимірювання тривожності як особистісної властивості має велике значення, оскільки ця властивість значно впливає на поведінку людини. Певний рівень тривожності є природним і необхідним аспектом активної особистості. Кожен індивід має свій оптимальний (або бажаний) рівень тривожності, який називається корисною тривожністю. Оцінка свого стану відносно цього рівня є важливою складовою самоконтролю для кожної людини.

MINI використовується для діагностики різних психічних розладів, включаючи тривожні розлади. MINI (Міжнародне структуроване клінічне інтерв'ю) є методикою, що використовується для діагностики різних психічних розладів. Це структуроване інтерв'ю, розроблене для використання в клінічній практиці та дослідженнях.

MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) дозволяє кваліфікованому фахівцю систематично оцінювати наявність різних психічних розладів, включаючи депресію, тривожність, посттравматичний стресовий розлад, афективні розлади, розлади їжі, алкогольну та наркотичну залежність, шизофренію та інші.

MINI ґрунтується на критеріях, визначених у Діагностичному і Статистичному посібнику з психічних розладів (DSM) або Міжнародній статистичній класифікації хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям. (МКХ10). Використання MINI допомагає стандартизувати процес діагностики, забезпечує точність і об'єктивність оцінки психічних розладів.

MINI є корисним інструментом для визначення наявності та типу психічних розладів у пацієнтів. Це допомагає лікарям і клінічним дослідникам ефективно планувати лікування, спрямоване на конкретний розлад, та

забезпечує об'єктивні дані для подальшого аналізу та дослідження психічного здоров'я.

Перелік відомостей про MINI:

✓ Структуроване інтерв'ю: MINI використовує структурований підхід до інтерв'ювання пацієнта. Інтерв'юєр задає конкретні питання, пов'язані з різними симптомами та критеріями розладів, щоб отримати об'єктивну інформацію про психічний стан пацієнта.

✓ MINI ґрунтується на діагностичних критеріях, які визначені в міжнародних класифікаційних системах, таких як DSM (Діагностичний та Статистичний посібник з психічних розладів) або ICD-10 (Міжнародна Статистична Класифікація Хвороб і Проблем, пов'язаних зі Здоров'ям).

✓ Короткий формат: MINI розроблено таким чином, щоб максимально оптимізувати час і зусилля інтерв'юєра та пацієнта. Вона має короткі модулі для різних психічних розладів, що дозволяє проводити оцінку в розумний строк.

✓ Діапазон розладів: MINI охоплює широкий спектр психічних розладів, включаючи депресію, тривожність, панічний розлад, посттравматичний стресовий розлад, афективні розлади, розлади їжі, алкогольну та наркотичну залежність, шизофренію та інші.

✓ Клінічна і дослідницька застосування: MINI використовується як інструмент для клінічної діагностики психічних розладів у медичній практиці.

SAS та BAI є іншими методиками, що оцінюють загальний рівень тривожності у популяції. SAS (Шкала загальної тривожності) та BAI (Індекс тривожності Бека) є іншими методиками, які використовуються для оцінки загального рівня тривожності у популяції. Ось докладніша інформація про кожну з цих методик:

Шкала загальної тривожності (SAS): SAS є популярною методикою для оцінки загального рівня тривожності у популяції. Вона складається з набору запитань, на які люди відповідають, оцінюючи свої суб'єктивні відчуття тривоги. SAS оцінює широкий спектр тривожних симптомів,

включаючи фізичні симптоми, психологічну напругу та розлади сну. Результати SAS можуть бути використані для порівняння рівня тривожності між різними групами або для відстеження змін тривожності в часі.

Індекс тривожності Бека (BAI): BAI є ще однією широко використовуваною методикою для оцінки загального рівня тривожності. Вона також базується на самооцінці пацієнта і включає питання, що оцінюють різні аспекти тривожності, такі як фізичні симптоми, психічний дискомфорт і страхові думки. BAI дає числову оцінку загального рівня тривожності, яка може бути порівняна з нормативними значеннями або використана для відстеження змін тривожності протягом часу.

Якщо використовується відповідна нормація та інтерпретація результатів, SAS та BAI можуть бути корисними інструментами для визначення загального рівня тривожності в популяції. Вони дозволяють проводити порівняльні аналізи між різними групами людей, виявляти високі рівні тривожності у певних популяціях та відстежувати зміни тривожності з часом. Використання цих методик дозволяє отримати кількісні дані про рівень тривожності, що допомагає клінікам, дослідникам та іншим спеціалістам зробити об'єктивні оцінки та прийняти відповідні рішення щодо лікування або досліджень.

Оцінка загального рівня тривожності у популяції є важливим фактором для розуміння психічного стану людей і виявлення потреб у психологічній допомозі. SAS та BAI є надійними та валідними інструментами для такої оцінки, і їх використання може допомогти виявити особи з високим рівнем тривожності, які потребують підтримки та лікування.

Важливо зауважити, що результати SAS та BAI мають інтерпретуватися у контексті конкретної популяції або дослідження. Нормативні дані та порівняльні показники можуть варіюватися залежно від використовуваної популяції та контексту. Тому рекомендується використовувати нормативи, що відповідають конкретній популяції, з якою працюєте.

Отже, SAS та BAI є методиками для оцінки загального рівня тривожності в популяції. Вони дозволяють проводити порівняльні аналізи та виявляти високі рівні тривожності. Їх використання може бути корисним для клінічної практики та досліджень у галузі психіатрії та психології.

Кожен з цих тестів має свої переваги та обмеження, і вибір конкретної методики залежить від конкретної ситуації та мети дослідження. Однак, залежно від обраної методики, дослідження тривожності може допомогти виявити рівень тривоги у вимушених мігрантів та зрозуміти, як вона пов'язана зі стресовими ситуаціями, які були зафіксовані та описані респондентами.

## 2.2 Організація та проведення емпіричного дослідження

Для досягнення мети даної роботи було проведено емпіричне дослідження, в рамках якого були виконані наступні етапи наукового дослідження:

1. Визначення діагностичного інструментарію - були підібрані психодіагностичні методики, які найкраще вимірюють рівень тривожності. При виборі методик були враховані наступні вимоги: низький рівень складності для отримання необхідних результатів, зрозумілість та доступність для опитуваних, а також наявність простої, короткої та зрозумілої інструкції.

2. Проведення діагностичного інструментарію - за допомогою Google Форми були перенесені питання з обраних опитувальників в електронний формат і розповсюджені серед жінок українок, вимушених мігранток, та тих хто залишився вдома. Опитування було проведено анонімно серед мігранток і тих, хто залишився вдома. Попереднє тестування було проведено перед початком експерименту для визначення активної бази учасників. Опитувальник поширювався через різноманітні месенджери, соціальні медіа та групи біженців з України в Польщі, Німеччині, Швейцарії та Італії. Для проведення подальшого ретесту кожному учаснику експерименту був присвоєний унікальний код.

3. Обробка отриманих результатів - проведено математикостатистичний аналіз даних. Для аналізу даних використовувалося програмне забезпечення Jamovi.

Інтерпретація отриманих результатів - надано опис та зроблено висновки на основі отриманих даних під час дослідження.

З метою дослідження психологічних особливостей тривожності у жінок-мігранток під час війни було проведено порівняння результатів застосовуваних методик. Порівняння цих результатів є цікавим з метою виявлення типологічних збігів і розбіжностей у процесах, що спричиняють підвищену тривожність у різних соціально-психологічних умовах. Оскільки сума різних особистісних факторів впливає на рівень тривоги у примусових

мігранток і надає різноманітні модальності її компонентам, особлива увага має бути звернута на показники, де спостерігаються найбільші і значущі статистичні відмінності між групами учасниць.

В даній дипломній роботі, досліджуються особливості тривожності вимушених мігранток. З метою збору та аналізу даних, було використано Психо-діагностичне дослідження:

- Опитувальник реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна (Загальний опитувальник тривожності (STAI),
- Шкала тривоги Бека,
- Індекс тривожності та депресії (HADS),
- Опитувальник прийняття та дії,
- Опитувальник здоров'я пацієнта,
- Авторська анкета

**Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна (40 питань)**, також відома як State-Trait Anxiety Inventory (STAI), є авторською методикою розробленою Ч. Спілбергером. Цей інструмент широко використовується в психіатрії, психології та психотерапії для оцінки реактивної та особистісної тривожності [43]. Його практичне застосування полягає у клінічному діагностуванні тривожних розладів, а також у диференціації тривожних станів пацієнтів від депресивних. На сьогоднішній день, методика має дві форми: X і оновлену версію Y, яка є більш поширеною.

**Шкала тривоги Бека (21 питання)**, також відома як Beck Anxiety Inventory (BAI), є авторською методикою. Дослідження підтверджують, що ця шкала має конструктну надійність та високу кореляцію з показниками вираженості та інтенсивності тривожних розладів, а також дискримінантну валідність та баланс між специфічністю та чутливістю [27].

Шкала складається з 21 твердження, більшість з яких базуються на критеріях панічних розладів за DSM-III-R. Респонденти оцінюють твердження залежно від того, наскільки сильно цей симптом турбує їх. Кожен пункт оцінюється за 4-бальною шкалою від 0 (не турбує зовсім) до 3 (дуже складно переносити цей стан). З них 13 тверджень описують фізичні або психологічні симптоми (наприклад, сильне серцебиття), 5 відображають суто когнітивні аспекти тривожності (наприклад, страх найгіршого), а ще 3 мають як фізичну, так і когнітивну конотацію (наприклад, жахання). Аналізується частота прояву симптомів лише за останній тиждень, що мінімізує взаємозв'язок з депресією.

Бали за шкалою тривоги Бека розподіляються наступним чином:

0-7 - мінімальний рівень тривоги;

8-15 - тривога помірного рівня;

16-25 - тривога середнього рівня;

30-63 - тривога високого рівня.

Надійність тесту, виміряна внутрішнім коефіцієнтом узгодженості, становить 0

**Індекс тривожності та депресії (HADS)**, авторами госпітальної шкали тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), розробленої в 1983 році, є Zigmond A.S. і Snaith R.P. Ця шкала була створена з метою оцінки тяжкості симптомів депресії та тривоги у загальній медичній практиці. Однією з переваг шкали HADS є його простота в застосуванні і обробці, що робить її рекомендованою для використання у виявленні (скринінгу) тривоги та депресії на початковому етапі. HADS є методикою, яка оцінює тривожність та депресію як окремі феномени.

Шкала складається з 14 тверджень, які обслуговують дві під шкали:

- Підшкала А, що відповідає тривозі (anxiety), містить непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13.
- Підшкала D, що відповідає депресії (depression), містить парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.



Кожному твердженню відповідають чотири варіанти відповіді, які відображають ступінь вираженості симптомів та градації їх тяжкості. Вони кодуються за зростанням симптоматики від 0 балів (відсутність) до 4 балів (максимальна вираженість).

Індекс тривожності та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) є самооціночною шкалою, розробленою для вимірювання рівня тривожності та депресії у медичних пацієнтів. Цей опитувальник був створений для виявлення психічних розладів у людей, які отримують лікування у медичних закладах, зокрема в лікарнях загальної медицини.

HADS був розроблений з метою швидкого та ефективного визначення рівня тривожності та депресії, що допомагає лікарям зрозуміти психічний стан пацієнта та визначити подальші кроки щодо лікування. Опитувальник є популярним і широко використовується в клінічній практиці та дослідженнях з метою оцінки психічного стану пацієнтів.

HADS має добру психометричну характеристику, зазвичай відображається висока надійність та валідність. Він може бути корисним інструментом для скринінгу та оцінки рівня тривожності та депресії, але не може служити окремим діагностичним критерієм для постановки діагнозу тривожності або депресії. HADS є корисним інструментом для визначення рівня тривожності у людей, зокрема у медичній практиці, де тривожність може бути важливим фактором в оцінці стану пацієнта. Ця методика дозволяє отримати об'єктивну оцінку тривожності та допомагає визначити, чи потребує особа подальшої оцінки та підтримки в зв'язку з тривожними симптомами.

**Опитувальник прийняття та дії (7 питань)**, також відомий як Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II), є авторською методикою, яка вважається однією з найпопулярніших для вимірювання поведінки уникнення досвіду та психологічної ригідності. Її використовують для діагностики депресії, тривожності, інших проблем ментального здоров'я, а також для прогнозування професійної ефективності та продуктивності.

Опитувальник містить оригінальний набір тверджень, які оцінюються за шкалою Лайкерта і були розроблені АСТ-терапевтами та дослідниками для оцінки цього комплексного конструкту. Шкала включає пункти, які стосуються негативного оцінювання почуттів (наприклад, "Тривога - це погано"), уникнення думок і почуттів (наприклад, "Я намагаюся придушити думки та почуття, які мені не подобаються, просто не думаю про них"), відокремлення думки від її референта (наприклад, "Коли я оцінюю щось негативно, я зазвичай розумію, що це лише моя реакція, а не об'єктивний факт") та коригування поведінки у присутності важких думок чи почуттів (наприклад, "Я можу вжити заходів щодо проблеми, навіть якщо не впевнений, як правильно вчинити").

**Опитувальник здоров'я пацієнта (9 питань)**, також відомий як The depression module of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9), є авторською методикою, розробленою для діагностики депресії в межах первинної медичної допомоги за допомогою Шкали оцінки психічних розладів (Primary Care Evaluation of Mental Disorders). Опитувальник базується на критеріях депресивних розладів, визначених в DSM-IV. Він був створений з метою швидкої діагностики в умовах первинної медичної допомоги і показав високу надійність порівняно з іншими шкалами для діагностики депресії, такими як Індекс самопочуття (WHO-5) та Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS). Деякі аспекти конструктної валідності PHQ-9 продемонстрували сильний зв'язок між оцінкою тяжкості депресії та різними аспектами якості життя [36].

Опитувальник складається з 9 тверджень, кожне з яких співвідноситься з одним з діагностичних критеріїв депресії за DSM-IV. Частота переживання симптомів оцінюється за період 2 тижнів за допомогою варіантів відповідей "зовсім ні", "кілька днів", "більше ніж половину днів" і "майже кожен день", яким призначаються бали від 0 до 3. Максимальний сумарний бал становить 27. Бали  $\geq 5$ ,  $\geq 10$ ,  $\geq 15$  відповідають незначному, помірному та важкому рівню депресії.

Разом з вищезгаданими методиками, учасникам експерименту було запропоновано **авторську анкету**, яка складалась з 13 запитань. Соціодемографічний блок містив базову інформацію, таку як вік, стать і заняття. Крім того, було важливо знати місце проживання та відстань до зони бойових дій.

Другий блок запитань стосувався особистого досвіду та частоти використання дихальних методик, зокрема практики йоги або технік майндфулнес.

В дослідженні приймали участь 75 українських жінок, які вимушено мігрували 45 людей, та 30 залишилися вдома, і вважали це безпечним. Опитування проводилось з лютого по квітень 2023 року. Вік респонденток коливався від 20 до 40 років. Середній вік 34 роки. У загальній групі респондентів було 75 осіб. За статевим складом, всі респонденти були жінками, що становить 100%. За соціальною класифікацією, я розділила групу на студенток, працюючих жінок, приватних підприємців і безробітних. За відсотковим розподілом у соціальному портреті групи, який зображений на графіку 2.1., складається з 17% студенток, 33% працюючих дорослих, 20% безробітних та 30% самозайнятих та приватних підприємців.

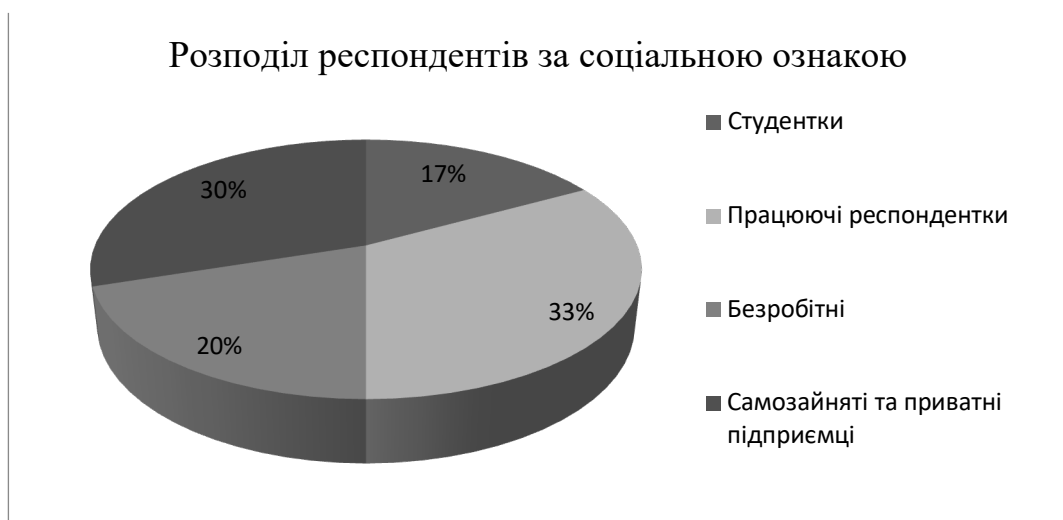


Рис.2.1. Соціальний портрет респонденток

До вибірки були включені виключно жінки за статевою ознакою.

Більшість учасників експерименту (45 осіб) належали до категорії тимчасово

переміщених осіб, тоді як 30 осіб залишалися вдома. Більшість учасниць (75%) мали вищу освіту.

### 2.3 Аналіз та результати отриманих даних

В результаті дослідження було виявлено особливості тривожності вимушених мігранток, та запропонувати можливі шляхи покращення її психічного стану респондентів. Основні порівняльні параметри наведені в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Результати виконання експериментальних завдань вимушеними мігрантками

Методика	Показники, які порівнюються	Середнє арифметичне		t = критерій Ст'юдента	a
		вимушено мігрували	залишили ся вдома		
Опитувальник реактивної та особистісної тривожності  Спілбергера-Ханіна (STAI)	визначити рівень ситуативної	6,7	7,9	2,71	0,01
	тривожності; поточний стан	3,3	3,8	2,12	0,05
	тривожності; особистісну схильність до тривожності	4,5	3,1	2,65	0,01
Індекс тривожності та депресії (HADS)	тривога	8,1	7,4	4,15	0,001
	депресія	6,7	5,6	4,23	0,001
Тест тривожності Бека (BAI)	Самооцінка пацієнта	5,2	6,1	2,4	0,01

Рівень статистичної значущості був визначений за допомогою t-критерію Ст'юдента для порівняння середніх значень незалежних вибірок. Аналіз результатів показав наявність значних відмінностей у рівні тривоги у вимушених мігранток під час війни. Поведінка та життєві моделі стають неоднозначними, що підкреслює загальну розбіжність у самосвідомості та

високий рівень невпевненості, депресивності та тривожності у жінокмігранток.

Авторська анкета включала окремий блок питань, які стосувалися попереднього досвіду учасників щодо використання різноманітних дихальних практик. Збиралися дані про їхні попередні знання та досвід у цій сфері. рис.2.2.

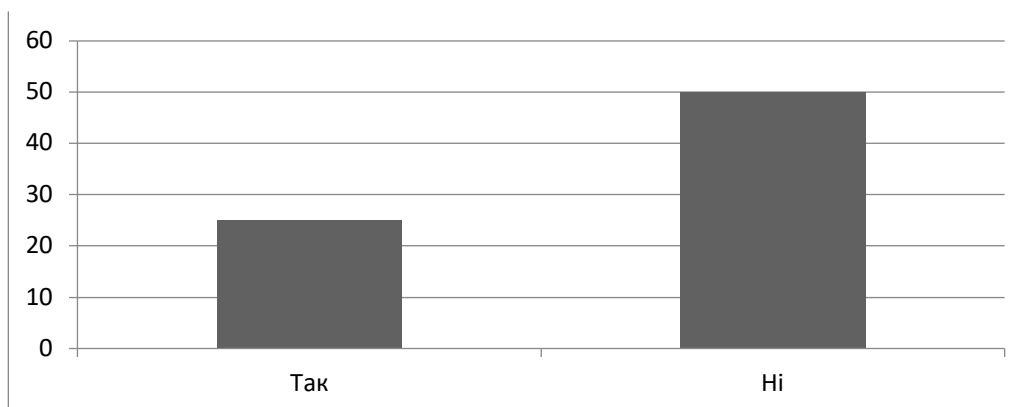


Рис.2.2. Попередній досвід застосування дихальних методик чи практик з цим пов'язаних

Як бачимо на рис. 2.2. трохи менше ніж третина учасників (25 з 75) мали попередню підготовку. З них більшість – 47% практикувала йогу, 28% - майндфулнес та 16% - медитацію (рис.2.3.).

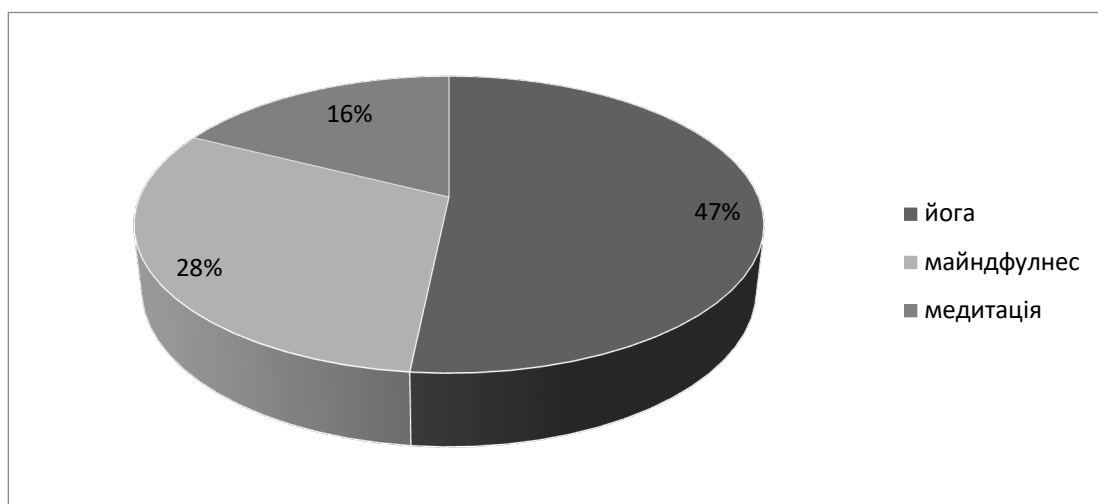


Рис.2.3. Попередня підготовка досвіду респондентом у застосуванні дихальних методик чи практик з цим пов'язаних

Щодо тривалості практикування, то більшість вибірки має відносно невеликий досвід. Сумарно 18 з 25 учасника застосовують їх менше 6 ніж місяців і лише три учасниці займається понад рік (рис.2.4).

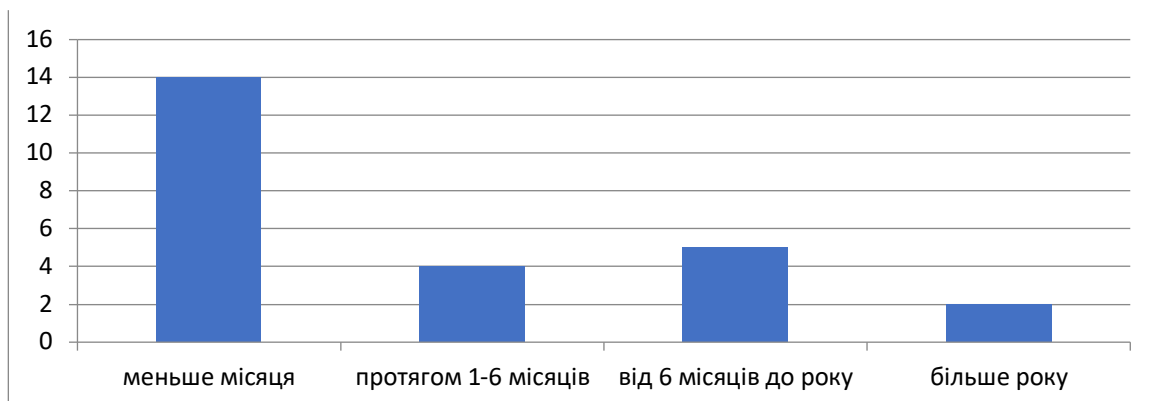


Рис. 2.4. Тривалість застосування практик пов'язаних з диханням

У заключній частині авторської анкети учасникам було запропоновано самостійно оцінити свій рівень тривожності за шкалою від 0 до 5, де 0 означає відсутність тривоги, а 5 - постійне сильне відчуття тривоги, з якою важко справлятися. Результати самооцінки учасників представлені на графіку 2.5. Більшість учасників часто або постійно відчувають тривогу, і серед них є шестеро осіб, які зазначили, що мають труднощі з управлінням її інтенсивністю.



Рис. 2.5. Самооцінка тривожності учасників експерименту

У завершальній частині дослідження, учасники описали емоційні, поведінкові та фізіологічні ознаки своїх тривожних станів, вказавши ті, які найчастіше вони відчували протягом останніх двох тижнів. Серед найпоширеніших емоційних проявів тривоги були зазначені постійне відчуття небезпеки та страху, пошук ознак небезпеки, очікування гіршого та проблеми з концентрацією уваги (рисунок 2.6).



Рис. 2.6. Емоційні прояви тривоги

Серед найпоширеніших поведінкових проявів тривоги, респонденти вказали на неспроможність розслабитись, відчувати спокій і бути собою, сторожкість, втрату довіри до життя і людей, а також настирливі думки (рис.2.7.).



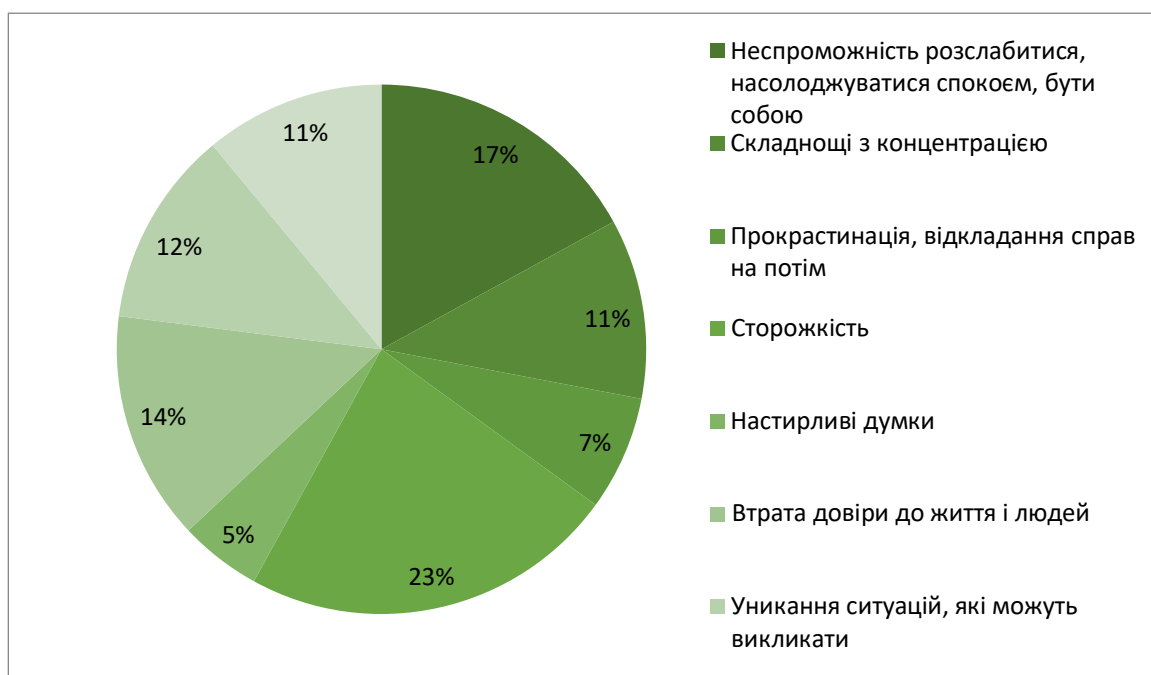


Рис. 2.7. Поведінкові прояви тривоги

Серед фізіологічних проявів тривоги, найпоширеніші включають проблеми зі сном, прискорене серцебиття, тремтіння і задишка, розумову напругу, проблеми з кишківником, нудоту і діарею (див. рис.2.8).

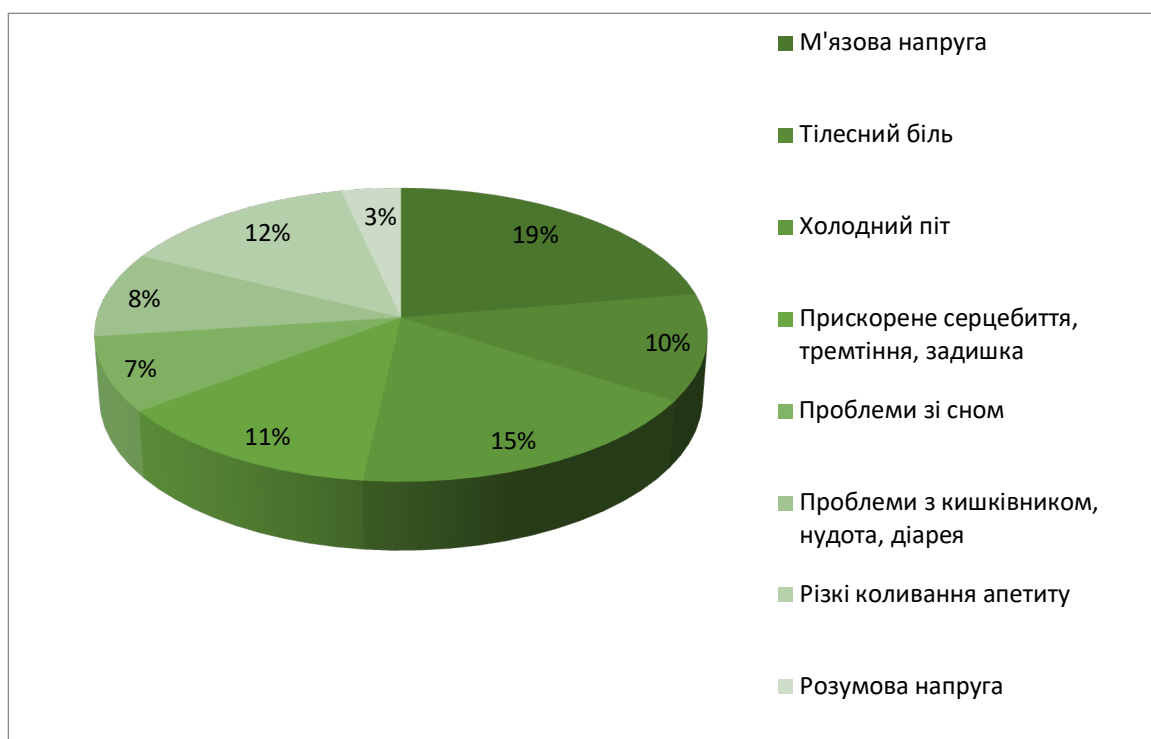


Рис.2.8. Фізіологічні прояви тривоги

Поміж цілей блоку питань щодо самооцінки та проявів тривожних станів, включено бажання зрозуміти аудиторію краще, підвищити рівень свідомості учасників експерименту, спонукати їх до саморефлексії та звернення погляду на себе.

## Висновки до розділу 2

У загальному, в експериментальному дослідженні, яке тривало з лютого по квітень 2023 року, брали участь 75 осіб. На початковому етапі було обрано методики для оцінки рівня тривожності, депресії та психологічної гнучкості. Всі вони відповідали поставленим завданням. Дослідження проводилося дистанційно за допомогою Google Forms та відеоконференцій на платформі Zoom, а для аналізу отриманих даних використовувалися програми Excel та Jamovi

В дослідженні приймали участь 75 українських жінок, які вимушено мігрували 45 людей, та 30 залишилися вдома, і вважали це безпечним. Опитування проводилось з лютого по квітень 2023 року. Вік респонденток коливався від 20 до 40 років. Середній вік 34 роки. У загальній групі респондентів було 75 осіб. За статевим складом, всі респонденти були жінками, що становить 100%. За соціальною класифікацією, я розділила групу на студенток, працюючих жінок, приватних підприємців і безробітних. За відсотковим розподілом у соціальному портреті групи, який зображений на графіку 2.2., складається з 17% студенток, 33% працюючих дорослих, 20% безробітних та 30% самозайнятих та приватних підприємців. Серед найпоширеніших поведінкових проявів тривоги, респонденти вказали на неспроможність розслабитись, відчувати спокій і бути собою, сторожкість, втрату довіри до життя і людей, а також настирливі думки

Рівень статистичної значущості був визначений за допомогою t-критерію Ст'юдента для порівняння середніх значень незалежних вибірок. Аналіз результатів показав наявність значних відмінностей у рівні тривоги у вимушених мігранток під час війни. Поведінка та життєві моделі стають неоднозначними, що підкреслює загальну розбіжність у самосвідомості та високий рівень невпевненості, депресивності та тривожності у жінок-мігранток.

Серед найпоширеніших емоційних проявів тривоги були зазначені постійне відчуття небезпеки та страху, пошук ознак небезпеки, очікування гіршого та проблеми з концентрацією уваги

Серед найпоширеніших поведінкових проявів тривоги, респонденти вказали на неспроможність розслабитись, відчувати спокій і бути собою, сторожкість, втрату довіри до життя і людей, а також настирливі думки

Серед фізіологічних проявів тривоги, найпоширеніші включають проблеми зі сном, прискорене серцебиття, тремтіння і задишка, розумову напругу, проблеми з кишківником, нудоту і діарею

Отже, згідно отриманих даних, було встановлено, що значна частина учасників перебувала в непрямій близькості до зони бойових дій або була примушена евакуюватися зі своїх домівок. Це безсумнівно мало прямий вплив на рівень тривожності.

## РОЗДІЛ 3

### РОБОТА ПСИХОЛОГА З ПРОБЛЕМОЮ ТРИВОЖНОСТІ У ВИМУШЕНИХ МІГРАНТОК

#### 3.1 Підходи до корекції тривожності

Підходи до корекції тривожності включають різні методи та стратегії, що застосовуються для зменшення або управління рівнем тривожності у людей. Ці підходи можуть бути психологічними, фізіологічними або фармакологічними. Основна мета підходів до корекції тривожності полягає в поліпшенні самопочуття та зниженні негативних емоцій, пов'язаних з тривожністю. Для корекції тривожності у жінок існує кілька підходів, які можуть бути застосовані залежно від конкретної ситуації та індивідуальних потреб особи.

Деякі з них включають:

1. Психологічна підтримка: Розмови з психологом або консультантом можуть допомогти жінкам зрозуміти причини своєї тривожності, навчитися ефективним стратегіям копінгу та розвивати позитивні мислення.
2. Релаксаційні техніки: Включення в щоденну практику релаксаційних методів, таких як глибоке дихання, прогресивна м'язова релаксація або медитація, може допомогти знизити рівень тривожності і знайти внутрішню гармонію.
3. Фізична активність: Регулярна фізична активність, така як йога, плавання або прогулянки, може сприяти вивільненню ендорфінів - природних "гормонів щастя", які допомагають зменшити тривожність.
4. Соціальна підтримка: Взаємодія з близькими друзями, сім'єю або групою підтримки може стати важливим фактором у зменшенні тривожності. Розмови, вислуховування та взаємна підтримка можуть створити відчуття безпеки та зняти напругу.
5. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ): Цей підхід допомагає жінкам змінити негативні мислення та патерни поведінки, які сприяють

тривожності. Він надає інструменти для розпізнавання й управління тривожними думками та емоціями.

### 3.2 Програма психологічної корекції тривожності у вимушених мігранток

Тривожність має багатокомпонентну природу і може впливати на різні аспекти життя особистості. Для зниження рівня тривоги та покращення функціонування особистості можна використовувати різні підходи, такі як психодіагностичні, психопрофілактичні та психокорекційні. З урахуванням цього, важливо вчасно проводити психодіагностичну, психопрофілактичну та психокорекційну роботу, спрямовану на зниження високого рівня тривоги у особистості, щоб забезпечити повноцінний розвиток людини і оптимізувати її можливості функціонування [7].

Респонденткам було запропоновано спробувати методику контрольованого дихання, а саме дихання за квадратом. Даний метод використовується для зниження рівня стресу, тривожності та покращення самопочуття. Дихання за квадратом включає в себе ритмічні вдихи, затримки подиху, ритмічні видихи та затримки перед наступним вдихом. Розглянемо кроки методики дихання за квадратом:

- ✓ Зайняти зручне положення: Сісти або лягти у зручному положенні, зі спиною прямою і м'язами розслабленими.
- ✓ Зосередитись на диханні: Спробувати зосередитися на своєму диханні, помічаючи, як повітря входить і виходить з тіла.
- ✓ Вдих: Плавно і рівномірно вдихнути повітря через ніс протягом певного визначеного часу, наприклад, 4 секунди. Зосередитись на відчутті повітря, що входить у легені.
- ✓ Затримка: Затримати подих на той самий період часу, наприклад, 4 секунди. Утримувати повітря і спробувати відчувати момент спокою та тишини.
- ✓ Видих: Плавно і рівномірно видихнути повітря через ніс протягом того самого періоду часу, наприклад, 4 секунди. Спробувати усвідомлювати, як повітря виходить з тіла.

- ✓ Затримка: Затримати видих на той самий період часу, наприклад, 4 секунди. Потім зробити видих, щоб легені були не напружені і спробувати відчувати момент спокою і розслаблення.
- ✓ Повторювати дану процедуру: Продовжувати повторювати ці кроки дихання за квадратом, утримуючи однаковий ритм і тривалість вдиху, затримки, видиху та затримки. Цей процес можна повторювати протягом декількох хвилин або до досягнення бажаного рівня заспокоєння. Важливо зосередитися на диханні і відчувати його ритм та потік повітря. Продовжуючи повторювати цей процес, можна помітити зменшення фізичної та психологічної напруги, спокій у своїй свідомості і покращення загального самопочуття.

В науковій літературі можна зустріти емпірично доведені факти ефективності дихальних методик в подоланні різноманітних больових відчуттів, зниженні артеріального тиску, покращенні варіабельності серцевого ритму та оксигенації [47]. Фактично підґрунтя для усіх подальших експериментів з диханням було закладено ще в 1868 році в роботі «Саморегуляція респіраторної функції» яку написав друг і один з учителів З.Фрейда – Й.Бройєр в співавторстві з Е.Герінгом.



### **Висновки до розділу 3**

Підходи до корекції тривожності включають різні методи та стратегії, що застосовуються для зменшення або управління рівнем тривожності у людей. Ці підходи можуть бути психологічними, фізіологічними або фармакологічними. Основна мета підходів до корекції тривожності полягає в поліпшенні самопочуття та зниженні негативних емоцій, пов'язаних з тривожністю.

Розроблена програма психокорекції, яка використовує техніки тілесно-орієнтованої терапії, сприяє зниженню рівня тривожності, відчуття пригніченості та втоми, а також підвищенню загального емоційного стану у мігранток, що активно залучені до соціальної діяльності. Ця програма сприяє підвищенню загального рівня енергії, шляхом правильного розподілу енергетичного потенціалу в організмі.

## ВИСНОВКИ

1. Проаналізована психологічна література на тему тривоги і тривожності, та проблеми вимушеної міграції, під час війни. Був виділений важливий аспект, в розв'язанні проблем вимушеної міграції є психологічна підтримка та реабілітація переселенців. Психологи пропонують різні методики, які допомагають переселенцям змиритися зі змінами в житті, знайти нові джерела натхнення й своїх потреб. Наприклад, психологічні тренінги, терапія, соціальна підтримка, допомога в отриманні нової професії. Під час аналізу теоретичного матеріалу було встановлено різницю між термінами "тривога" та "тривожність", їх феноменологію та впливом на якість життя. Приділено особливу увагу факторам, які грають важливу роль у формуванні тривожності, ігнорування проявів якої може призвести до розвитку тривожних розладів та/або депресії. Особливий інтерес в контексті тривожності був спрямований на феномен тривожності. Об'єктом мого дослідження були особливості тривожності у жінок, що перебувають у вимушеній міграції. Протягом російсько-української війни 2022 року, вимушена міграція стала серйозною проблемою для українського народу. Тисячі людей були вимушені залишити своє житло, та переселитися в інші регіони України, або виїхати за кордон, щоб уникнути небезпеки. Це має серйозні психологічні наслідки для тих, хто був примушений покинути свої домівки та переселитися.
2. Під час проведеного дослідження, яке тривало з лютого по квітень 2023 року, брали участь 75 осіб. У дослідженні проводилось перевірка, експериментальний етап і передбачалося повторне тестування. На початковому етапі я обрала методики для оцінки рівня тривожності, депресії та психологічної гнучкості. Всі ці методики відповідали поставленим завданням, мали українську адаптацію і виявились надійними за внутрішнім коефіцієнтом узгодженості.

Дослідження було здійснене у віддаленому режимі за допомогою Google Forms і відеоконференцій на платформі Zoom. Для аналізу отриманих даних використовувалися програми Excel та Jamovi. Проведено аналіз та інтерпретацію отриманих результатів. Зокрема, результати регресійного аналізу вказують на значну роль факторів, таких як рівень депресії, психологічна гнучкість та досвід проживання в період війни, у варіабельності реактивної тривожності згідно зі шкалою Спілбергера-Ханіна.

3. Серед найпоширеніших поведінкових проявів тривоги, респонденти вказали на неспроможність розслабитись, відчувати спокій і бути собою, сторожкість, втрату довіри до життя і людей, а також настирливі думки

Рівень статистичної значущості був визначений за допомогою t-критерію Ст'юдента для порівняння середніх значень незалежних вибірок. Аналіз результатів показав наявність значних відмінностей у рівні тривоги у вимушених мігранток під час війни. Поведінка та життєві моделі стають неоднозначними, що підкреслює загальну розбіжність у самосвідомості та високий рівень невпевненості, депресивності та тривожності у жінокмігранток. Серед найпоширеніших емоційних проявів тривоги були зазначені постійне відчуття небезпеки та страху, пошук ознак небезпеки, очікування гіршого та проблеми з концентрацією уваги

Серед найпоширеніших поведінкових проявів тривоги, респонденти вказали на неспроможність розслабитись, відчувати спокій і бути собою, сторожкість, втрату довіри до життя і людей, а також настирливі думки. Серед фізіологічних проявів тривоги, найпоширеніші включають проблеми зі сном, прискорене серцебиття, тремтіння і задишка, розумову напругу, проблеми з кишківником, нудоту і діарею

4. Розроблена психокорекційна програма, яка базується на принципах тілесно-орієнтованої терапії, сприяє зниженню рівня тривожності, почуття пригніченості та втоми, а також підвищує загальний емоційний стан мігранток, які активно займаються соціальною діяльністю. Ця програма також сприяє підвищенню загального рівня енергії, шляхом правильного розподілу енергії в організмі.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Американська психологічна асоціація. (2017). Understanding Anxiety. APA HelpCenter. Отримано з <https://www.apa.org/topics/anxiety/understanding>
2. Аракелов Н.Є, Шишкова Н. Тривожність: методи її діагностування та корекції // Вісник МУ, сер. Психологія. 2008. - № 1 с. 18.
3. Барлоу, Д. Г. (2004). Тривога та її розлади: характер і лікування. Київ: Видавництво "Софія".
4. Бек, А. Т. (2004). Когнітивна терапія емоційних розладів. Київ: Видавництво "КМ-Букс".
5. Беренс, М., Ласперезаффароні, Е., Гонсалес-Контерас, Р., Стоун, Л., Корчинський, М., Йоркс, А. та ін. (2016). Mental Health of Forced Migrants: A Review of Reviews and Implications for Research and Practice. Current Psychiatry Reports, 18 (9), 82. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0723-0>
6. Венгер А. І., Кузьменко О. А. Психологічні наслідки війни для внутрішньо переміщених осіб // Вісник психології і педагогіки. – 2016. – № 1 (45). – С. 57-61.
7. Войтенко О. Корекція тривожності дорослої особистості засобами тілесно-орієнтованої терапії. Humanitarium. Психологія. 2018. Т. 41. Вип. 1. С. 43-51.
8. Всесвітня організація охорони здоров'я. (2017). Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Загальна психологія: Навчальний посібник для студентів педагогічних інститутів. /Під ред. В.В.Богословського та ін. - М.: Просвіта, 2003. - 351 с.

10. Іващенко Д.А., Бондар М.О. "Генетичні та соціально-психологічні чинники розвитку тривожності". Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України. 2020. С. 47-51.
11. Короткий психологічний словник /Упор.. Л.А. Карпенко, під заг. ред. А.В. Петровського, М.Г. Ярошевського. - М.: Просвіта, 2010. - с.195
12. Лазарус, Р. С. (2002). Психологічний стрес і процеси додання. Київ: Видавництво Соломії Павличко.
13. Рогов Є. І. Настільна книга практичного психолога в освіті: навчальний посібник. - М.: ВЛАДОС, 2006. -529с.
14. Сельє, Г. (2005) Стрес життя. Київ: Видавництво Соломії Павличко.
15. Університет Дьюка. (2020, 13 травня). Anxiety is the Most Common Mental Health Disorder in the US. Duke Today. <https://today.duke.edu/2020/05/anxiety-most-common-mental-health-disorder-us>
16. Університет Меріленду. (2017). Anxiety and Physical Health. Отримано з <https://www.umdrihtnow.umd.edu/news/anxiety-and-physical-health>
17. Хорні К. Невротична особистість нашого часу; Самоаналіз: Пер. з англ. / Заг. ред. Т.В. /. Бурменської М.: Прогрес.- 1993. – 198 с.
18. Шейнін Є. М., Міхеєва О. Б. Психологічні наслідки військових конфліктів і катастроф // Медична психологія. – 2014. – № 4 (17). – С. 31-35.
19. Широка А., Миколайчук М. (2020). Адаптація україномовної версії опитувальника результативності психотерапії ОQ-45.2: валідність та надійність. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія Психологічні науки. No 3. с. 201–213.
20. American Psychological Association. (2010). Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults.

Retrieved from <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/immigrants>.

21. Beck A., Epstein N., Brown G., Steer R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Consult Clin Psychol.* Dec;56(6):893- 7. doi: 10.1037//0022-006x.56.6.893. PMID: 3204199
22. 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. doi:10. 1016/j.psc.2009.06.002
23. Benedetto, J.R., O'Donnell, K.J., Bischof, G.N., & Weisskirch, R.S. (2019). Anxiety and health behaviors among first-generation Latino/a college students: A moderated mediation model. *Journal of American College Health, 67(4), 329-338.* doi: 10.1080/07448481.2018.1529069
24. Bond F., Bunce D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *OccupHealth Psychol.* 2000;5:156-163.
25. Crocq M.A. (2015). A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues in Clinical Neuroscience.* 2015 Sep;17(3):319-25. doi: 10.31887/DCNS.2015. 17.3/macrocq
26. Dennis R., Boddington, S., Funnell, N. (2007). Self-report measures of anxiety: Are they suitable for older adults?. *Aging & Mental Health, 11(6), 668–677.* doi:10.1080/13607860701529916
27. Dennis R., Boddington, S., Funnell, N. (2007). Self-report measures of anxiety: Are they suitable for older adults?. *Aging & Mental Health, 11(6), 668–677.* doi:10.1080/13607860701529916
28. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). (2013).doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

29. Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *The Lancet*, 379(9812), 266-282. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60051-2.
30. "Global Trends Forced Displacement in 2019" (Глобальні тенденції примусового переміщення в 2019 році) - документ, опублікований УВКБ ООН у червні 2020 року, який містить статистику та аналіз даних щодо вимушено переміщених осіб у 2019 році. Документ можна знайти за наступним посиланням: <https://www.unhcr.org/5ee200e37.pdf> -
31. Halian, A., Halian, I., Burlakova, I., Shevchenko, R., Lappo, V., Zhigarenko, I., & Popovych, I. Emotional Intelligence in the Structure of Adaptation Process of Future Healthcare Professionals. *Revista Inclusiones*. 2020. 7 (Especial). P. 447-460
32. Hans Selye. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. *British Medical Journal*, 1(4667), 1383-1392. DOI: 10.1136/bmj.1.4667.1383
33. Hayes SC, Villatte M, Levin M, Hildebrandt M. (2011). Open, aware, and active: contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annu Rev Clin Psychol*. 7:141-168
34. Kravitz, H.M., & Barlow, D.H. (1988). The relationship between anxiety and depression. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 528(1), 299-305. doi: 10.1111/j.1749-6632.1988.tb50836.x
35. Kroenke K., Spitzer R., Williams J. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Gen Intern Med*. Sep;16(9):606-13. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
36. Kroenke K., Spitzer R., Williams J. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Gen Intern Med*. Sep;16(9):606-13. doi:



37. Masuda A., Tully E. (2012). The Role of Mindfulness and Psychological Flexibility in Somatization, Depression, Anxiety, and General Psychological Distress in a Nonclinical College Sample. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 17(1), 66–71. doi:10.1177/2156587211423400
38. Mollica, R. F., McDonald, L., Massagli, M. P., & Silove, D. (2004). Measuring Trauma, Measuring Torture: Instructions and Guidance on the Utilization of the Harvard Program in Refugee Trauma's Versions of The Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) and The Harvard Trauma Questionnaire (HTQ). Harvard Program in Refugee Trauma.
39. Ngai, S. S. Y., Cheung, C. K. Y., & Ng, S. M. (2015). Beyond trauma: Posttraumatic growth in refugees and forced migrants. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 11(2), 67-80. <https://doi.org/10.1108/IJMHSC-12-2014-0041>
40. Popovych, I., Kononenko, O., Kononenko, A., Stynska, V., Kravets, N., Piletska, L., & Blynova, O. Research of the Relationship between Existential Anxiety and the Sense of Personality's Existence. *Revista Inclusiones*. 2020. 7 (Especial). P. 41-59.
41. Psychological Consequences of War and Forced Migration on Vulnerable Refugees", Azza M. AbdEl-Rahman та Nermin M. El-Beairy, Журнал "International Journal of Health Sciences and Research" у 2020 році.
42. Rivas-Vazquez R., Saffa-Biller D., Ruiz I., Blais M., Rivas-Vazquez, A. (2004). Current Issues in Anxiety and Depression: Comorbid, Mixed, and Subthreshold Disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(1), 74–83. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.35.1.74>
43. Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press
44. Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., & Bryant, R. A. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental

health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 302(5), 537-549.

45. UNHCR. Refugee agency, forced displacement at record 70.8 million // *United Nations News*. – 2019. – June 19. – URL: <https://news.un.org/en/story/2019/06/1040701>
46. United Nations High Commissioner for Refugees (2022). Ukraine Situation. [онлайн]. Доступно на: <https://www.unhcr.org/uk/ukraine-situation.html>
47. Wang et al., 2010; Lehrer and Gevirtz, 2014; Wei et al., 2016
48. World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: Global health estimates. Geneva: World Health Organization. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1>

## ДОДАТКИ

## Додаток Б.1

*Шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності  
Спілбергера-Ханіна*

Група суджень для оцінки реактивної (ситуативної) тривожності

*Інструкція:* Прочитайте уважно кожне з приведених запитань та відзначте ступінь відповідності твердження в залежності від того як ви себе відчуваєте в даний момент (ніколи; майже ніколи; часто; майже завжди)

- 1.Я спокійний
- 2.Мені ніщо не загрожує
- 3.Я перебуваю в напрузі
- 4.Я відчуваю жаль
- 5.Я відчуваю себе вільно 6.Я засмучений
- 7.Мене хвилюють можливі невдачі
- 8.Я відчуваю себе відпочилим
- 9.Я стривожений
- 10.Я відчуваю почуття внутрішнього задоволення
- 11.Я впевнений в собі
- 12.Я нервую
- 13.Я не знаходжу собі місця
- 14.Я напружений
- 15.Я не відчуваю скутості
- 16.Я задоволений
- 17.Я стурбований
- 18.Я дуже збуджений і мені не по собі 19.Мені радісно
- 20.Мені приємно

*Група суджень для оцінки особистісної тривожності*

*Інструкція:* Прочитайте уважно кожне з приведених запитань та відзначте ступінь відповідності твердження в залежності від того як ви себе зазвичай відчуваєте (ніколи; майже ніколи; часто; майже завжди).

21.Я відчуваю задоволення

22.Я швидко втомлююсь

23.Я легко можу заплакати

24.Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші.

25.Буває, що я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення

26.Я почуваю себе бадьорим

27.Я спокійний, холонокровний і зібраний

28.Очікувані труднощі дуже непокоять мене

29.Я занадто переживаю через дрібниці

30.Я буваю повністю щасливий

31.Я приймаю все занадто близько до серця

32.Мені не дістає впевненості у собі

33.Я почуваю себе в безпеці

34.Я стараюсь обходити критичні ситуації і труднощі

35.У мене буває хандра

36.Я задоволений

37.Всякі дрібниці відволікають та хвилюють мене

38.Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути

39.Я врівноважена людина

40.Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи та турботи

### *Шкала тривоги Бека (21 питання)*

Методика має назву "Інвентар тривожності Бека" (Beck Anxiety Inventory - BAI). Дослідження підтверджують, що Шкала тривоги Бека має високу конструктну надійність, оскільки вона сильно корелює з виразністю та інтенсивністю тривожних розладів. Крім того, методика проявляє дискримінантну валідність для вимірювання тривоги та забезпечує баланс між специфічністю та чутливістю.

Шкала складається з 21 твердження, більшість з яких відображають критерії панічних розладів згідно з DSM-III-R. Учасники оцінюють кожне твердження на основі того, наскільки сильно вони турбуються конкретним симптомом. Кожен пункт оцінюється за 4-бальною шкалою, де 0 означає, що симптом не турбує взагалі, а 3 - що цей стан важко переносити. З 21 твердження, 13 описують фізичні або психологічні симптоми (наприклад, швидке серцебиття), 5 відображають когнітивні аспекти тривожності (наприклад, страх найгіршого), а ще 3 мають як фізичну, так і когнітивну конотацію (наприклад, почуття жаху). Частота прояву симптомів аналізується лише за останній тиждень, що сприяє відокремленню від депресії та її впливу на результати.

Згідно з Шкалою тривоги Бека, рівні тривоги класифікуються наступним чином:

0-7 - мінімальний рівень тривоги;

8-15 - тривога помірного рівня;

16-25 - тривога середнього рівня;

30-63 - тривога високого рівня.

Внутрішній коефіцієнт узгодженості демонструє надійність тесту на рівні 0,92, що свідчить про стабільність результатів. Тест-ретест валідність, проведена після тижня, показала результат 0,75, що підтверджує надійність результатів і показує, що тест є стійким у часі.

*Шкала тривоги Бека*

*Інструкція:* Даний список містить найпоширеніші симптоми тривоги. Будь ласка, уважно вивчіть кожен пункт. Відзначте, наскільки Вас турбував кожен з цих симптомів (зовсім не турбував; злегка турбував; середньо турбував; дуже сильно турбував) протягом минулого тижня, включаючи сьогоднішній день.

1. Відчуття оніміння та поколювання в тілі
  2. Відчуття жару
  3. Тремтіння в ногах
  4. Неможливість розслабитись
  5. Страх, що станеться найгірше
  6. Головокружіння
  7. Прискорене серцебиття
  8. Нестійкість, нестабільність
  9. Відчуття жаху, це кінець
  10. Дратівливість
  11. Тремтіння в руках
  12. Відчуття задухи
  13. Нерівна хода
  14. Страх втрати контролю
  15. Труднощі з диханням
  16. Страх смерті
  17. Переляк
  18. Шлунково-кишкові розлади
  19. Непритомність
  20. Прилив крові до обличчя
  21. Посилене потовиділення (не пов'язане зі спекою)
- Опитувальник прийняття та дії (7 питань)

Опитувальник, який має назву Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II), є одним з найпопулярніших інструментів для вимірювання

поведінки уникнення досвіду та психологічної ригідності. Цей опитувальник широко використовується для діагностики депресії, тривожності, а також інших проблем, пов'язаних з ментальним здоров'ям. Крім того, він може бути використаний для прогнозування професійної ефективності та продуктивності.

АСТ-терапевти та дослідники розробили оригінальний набір тверджень, що оцінюються за шкалою Лайкерта, з метою вимірювання комплексного конструкту, пов'язаного з певним феноменом. У цій шкалі містяться пункти, які стосуються негативної оцінки почуттів (наприклад, «Тривога - це погано»), уникнення думок і почуттів (наприклад, «Я намагаюся придушити думки та почуття, які мені не подобаються, просто не думаю про них»), виокремлення думки від її джерела (наприклад, «Коли я оцінюю щось негативно, я зазвичай визнаю, що це лише реакція, а не об'єктивний факт») та коригування поведінки, коли виникають важкі думки або почуття (наприклад, «Я можу вжити заходів щодо проблеми, навіть якщо я не впевнений (а), як правильно вчинити»).

Оригінальний тест Кронбаха має коефіцієнт надійності 0,84, тест-ретестова надійність після 3 та 12 місяців становить відповідно 0,81 та 0,79. Опитувальник був перекладений та адаптований на українську мову на кафедрі психології та психотерапії УКУ (36). Внутрішня надійність методики за показником узгодженості становить 0,89-0,95. Рівень тест-стретестової надійності становить 0,85.

*Опитувальник прийняття рішень та виконання дій*

*Інструкція:* Оцініть наступні 7 тверджень наскільки вони є правдивими для вас за шкалою від 1 до 7 (1-ніколи; 2-дуже рідко; 3-рідко; 4-іноді; 5-часто; 6- майже завжди; 7-завжди).

1. Мій болючий досвід і спогади не дозволяють мені жити дійсно вартісним життям

2. Я боюся своїх переживань

3. Мене турбує, що я не можу контролювати свої переживання та почуття

4. Мої болючі спогади перешкоджають мені мати повноцінне життя

5. Емоції спричиняють проблеми у моєму житті

6. Виглядає, що більшість людей справляються зі своїм життям краще, ніж я

7. Переживання заважають мені досягати успіху

Опитувальник здоров'я пацієнта (депресивний модуль) (9 питань)

Методика називається "Модуль депресії пацієнта в Опитувальнику про стан здоров'я (PHQ-9)". Вона складається з 9 тверджень і є модулем, призначеним для діагностики депресії в межах первинної медичної допомоги за допомогою Шкали оцінки психічних розладів (Primary Care Evaluation of Mental Disorders). Методика ґрунтується на критеріях депресивних розладів, визначених у DSM-IV. Вона була розроблена з метою швидкої діагностики в умовах первинної медичної допомоги.

Ця методика ґрунтується на критеріях депресивних розладів, встановлених у DSM-IV. Вона була розроблена з метою швидкої діагностики в контексті первинної медичної допомоги. В порівнянні з двома іншими популярними шкалами для діагностики депресії, а саме Індексом самопочуття (WHO-5) та Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS), цей опитувальник продемонстрував високу надійність. Крім того, деякі аспекти



конструктивної валідності PHQ-9 виявили сильний зв'язок між оцінкою тяжкості проявів депресії та різними аспектами якості життя (37).

Опитувальник містить 9 тверджень, з яких одне відповідає одному з діагностичних критеріїв депресії, зазначених у DSM-IV. Частота вияву симптомів оцінюється за двотижневий період за допомогою чотирьох варіантів відповідей: "зовсім ні", "кілька днів", "більше ніж половина днів", "майже кожен день", які відповідають балам від 0 до 3 відповідно. Максимальна сума балів становить 27. Значення балів  $\geq 5$ ,  $\geq 10$ ,  $\geq 15$  відповідають відповідно незначному, помірному та важкому рівню вираженості депресії.

Коефіцієнт Кронбаха для оригінального тесту становить від 0,86 до 0,89, а ретестова надійність складає 0,84. Валідність конструкта оцінюється на рівні 0,79. Опитувальник був перекладений та адаптований українською мовою Українським інститутом когнітивно-поведінкової терапії. Значення альфа Кронбаха для групи з розміром вибірки  $n=144$  склало 0,85

*Опитувальник здоров'я пацієнта (депресивний модуль)*

*Інструкція:* Прочитайте твердження нижче і оцініть, як часто протягом останніх двох тижнів Вас турбували будь-які з перерахованих проблем (ніколи; декілька днів; більшу частину часу; майже щодня).

1. Зниження інтересу або відчуття задоволення від виконання справ
2. Поганий настрій, відчуття пригнічення або безнадії
3. Труднощі з засинанням, поверхневий сон або, навпаки, надмірна сонливість
4. Відчуття втоми або зниження енергії
5. Поганий апетит або переїдання
6. Негативне відчуття щодо себе: або Ви почувалися невдахою, або ж розчаровувались у собі, або думали, що підвели родину
7. Труднощі з концентрацією уваги, наприклад, при читанні або перегляді телепередач
8. Сповільненість рухів і мовлення, яку помічають оточуючі. Або, навпаки, надмірна і непритаманна Вам метушливість і активність
9. Думки, що було б краще, якби Ви померли, або думки про те, щоб заподіяти собі шкоду

*Авторська анкета*

Учасникам експерименту було запропоновано авторську анкету, яка складалась з 13 запитань. В соціо-демографічному блоку вони надавали базову інформацію, таку як вік, стать і рід занять. Крім того, ми також цікавилися місцем проживання та віддаленістю від зони проведення бойових дій, оскільки вважали, що близькість до місць військових операцій безпосередньо впливає на стійкість тривожних проявів.

Був запропонований блок запитань, який стосувався безпосереднього досвіду та частоти використання дихальних методик, зокрема практикування йоги чи технік майндфулнес. В останній частині анкети учасникам пропонувалося суб'єктивно оцінити свій рівень тривожності, а також описати емоційні, поведінкові та фізіологічні прояви, які супроводжують цей стан.

*Авторська анкета*

1. Вкажіть, будь ласка, ваш вік
2. Вкажіть, будь ласка, вашу стать
3. Вкажіть, будь ласка, ваше місце проживання
4. Ви мешкаєте вдома чи змушені були покинути в зв'язку з війною?
  - Я вдома, тут безпечно
  - Зараз тимчасово живу не вдома, за кордоном.
5. Якщо ви були змушені покинути дім, вкажіть, будь ласка, чи залишаєтесь в Україні
  - Я в Україні
  - Я поза межами України
6. Вкажіть, будь ласка, ваш рід занять
  - Навчаюсь у ВНЗ
  - Працюю
  - Безробітна / безробітний
  - Приватний підприємець
7. Вкажіть, будь ласка, вашу спеціальність
8. Чи є у вас досвід регулярного використання практик майндфулнес, йоги чи інших цілеспрямованих дихальних практик?
  - Так
  - Ні
9. Якщо ви ствердно відповіли на попереднє питання, вкажіть, будь ласка, які саме дихальні практики застосовуєте?
10. Як довго ви регулярно застосовуєте дихальні практики - менше 1 місяця - протягом 1-6 місяців - від 6 місяців до року - більше року.