

КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

Тілесна усвідомленість жінок в умовах дистресу війни

Здобувача (ки) 2 курсу ПМ-224 групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
Клінічна психологія
Малахової О.С.
(прізвище та ініціали)
Керівник
к.психол.н., доц.,
Крайніков Е.В.
(вчене звання, науковий ступінь, прізвище та ініціали)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології та кафедри соціальної психології

Протокол № 10 від « 24 » червня 2024р.

Зав. кафедри клінічної психології

д.психол.н., с.н.с., Лисенко І.П.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Зав. кафедри соціальної психології

к.психол.н., Трофімова Д.О.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Київ–2024

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ТІЛЕСНОЇ УСВІДОМЛЕНОСТІ В УМОВАХ ДИСТРЕСУ	5
1.1 Феноменологія дистресу війни	5
1.2 Теоретичний аналіз тілесної усвідомленості як психологічного явища	16
1.3 Особливості тілесної усвідомленості при депресії, тривозі та ПТСР	21
Висновки до розділу 1	25
Розділ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТІЛЕСНОЇ УСВІДОМЛЕННОСТІ У ЖІНОК В УМОВАХ ДИСТРЕСУ ВІЙНИ	27
2.1 Підходи до дослідження тілесної усвідомленості	27
2.2 Організація та проведення емпіричного дослідження	30
2.3 Аналіз та інтерпретація отриманих даних	42
Висновки до розділу 2	57
РОЗДІЛ 3. ЗАХОДИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ВПЛИВУ З МЕТОЮ ПІДВИЩЕННЯ ТІЛЕСНОЇ УСВІДОМЛЕННОСТІ ДЛЯ РЕГУЛЯЦІЇ ДИСТРЕСУ	62
3.1 Психологічна робота з клієнтами з проявами депресії, тривожності на основі тілесної усвідомленості	62
3.2 Заходи психологічного впливу для саморегуляції дистресу	64
3.3 Аналіз ефективності заходів психологічного впливу	69
Висновки до розділу 3	81
ВИСНОВКИ.....	84
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....	89

ВСТУП

Актуальність: Аналіз англomовних наукових публікацій, розміщених на таких ресурсах, як Pubmed, Psycinfo та ISI Web of Knowledge показав, що в останні десятиліття спостерігається стрімке збільшення досліджень, пов'язаних з феноменом тілесної усвідомленості (body awareness). Загалом тілесну усвідомленість можна розглядати, як набір біомаркерів, що корелюють з різними психопатологіями та психологічними станами. Серед яких тривога, депресія, панічний розлад, розлади соматичних симптомів, нервова анорексія, нервова булімія.

Ці дослідження є частиною парадигми про існування вимірюваних біомаркерів психічного здоров'я [42].

Дослідники феномену тілесної усвідомленості, серед іншого, спираються на вивчення таких трансдисциплінарних процесів, як інтероцепція [30] та нейроцепція [23]. Вони досліджуються в галузях психіатрії, психології, нейропсихології, неврології.

Спираючись на наукові публікації останніх років, можна зробити висновок, що подальше дослідження інтероцепції, нейроцепції та інших аспектів, пов'язаних з тілесною усвідомленістю (з встановленою концептуальною структурою, нейронною основою та вимірюваними біомаркерами), може бути перспективним шляхом для клінічних досліджень в галузі психіатрії і психології.

Використання підходу тілесної усвідомленості може сприяти розумінню складових психічного здоров'я та його покращенню. З практичної точки зору це передбачає розробку втручань на основі тілесних практик. Такий підхід називають принципом роботи з психікою «знизу-вгору», тобто через саморегуляцію тіла до саморегуляції ментальних процесів [62].

Для України вивчення біомаркерів дистресу та його наслідків шляхом дослідження тілесної усвідомленості може бути особливо актуальним. Адже населення масово перебуває в умовах дистресу війни, що триває. Це потребує

розробки швидких, простих і зрозумілих інструментів для регуляції дистресу і покращення психічного здоров'я.

Об'єкт дослідження: Феномен тілесної усвідомленості.

Предмет дослідження: Тілесна усвідомленість жінок в умовах дистресу війни в Україні.

Мета дослідження: Дослідити тілесну усвідомленість жінок в умовах дистресу війни в Україні.

Завдання дослідження: Для досягнення поставленої мети було сформульовано такі завдання:

1. Проаналізувати наукову літературу з тематики феномену тілесної усвідомленості і її зв'язку зі станами, викликаними дистресом.
2. Організувати та провести емпіричне дослідження.
3. Проаналізувати та проінтерпретувати отримані результати.
4. Розробити та апробувати заходи психологічного впливу на основі тілесної усвідомленості з метою саморегуляції дистресу.

Методи дослідження: Для досягнення поставлених завдань нами були використані наступні методи.

1. Аналіз наукової літератури.
2. Психодіагностичне дослідження:
 - Чотиривимірний опитувальник симптомів 4FDSQ (The Four-Dimensional Symptom Questionnaire);
 - «Опитувальник тілесних відчуттів – коротка форма» BPQ-SF (Body Perception Questionnaire-Short Form);
 - «Опитувальник багатовимірної оцінки інтероцептивного усвідомлення» MAIA-2 (Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness, Version 2);
 - «П'ятифакторний опитувальник майндфулнес» FFMQ-15 (Five Facet Mindfulness Questionnaire).
3. Математико-статистична обробка даних.
4. Метод психологічного консультування.

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ТІЛЕСНОЇ УСВІДОМЛЕНОСТІ В УМОВАХ ДИСТРЕСУ

1.1 Феноменологія дистресу війни

В цьому підрозділі ми розглянемо актуальні дані по дистресу війни в Україні, торкнемося передумов та прогнозу для психологічного благополуччя, а також окреслимо найпоширеніші розлади і стани, викликані дистресом під час війни.

Передумови дистресу війни в Україні. Українське суспільство зіткнулося з викликами психологічному благополуччю через збільшення стресових факторів ще за кілька років до повномасштабної війни з РФ, що триває вже більше двох років. Серед цих стресорів можна назвати такі потужні тригери, як ситуація постковіду, бойові дії у східній частині України, вимушене переміщення, нестабільна політична і економічна ситуація. Всі ці фактори вплинули на зростання різних психічних розладів.

Так, за статистикою, в 2015 році (після початку бойових дій в східних регіонах) поширеність психічних розладів в Україні була найвищою в Європі за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). Наприклад, поширеність тривожних розладів становила 3,2%, депресивних розладів - 6,3% [5].

В 2019 році, як показало дослідження STEPS, із 3309 його учасників про симптоми депресії повідомили 12,4%. При цьому 3% мали діагностовану депресію [4].

Щодо ПТСР, то в Україні офіційна статистика посттравматичних стресових розладів ведеться з 2015 року, коли Міністерство охорони здоров'я вперше впровадило збір таких даних, зокрема серед військовослужбовців.

Окремо треба зазначити, що пандемія COVID-19 в 2020 році стала ще одним викликом і додатковим тригером для збільшення кількості психічних розладів. В звіті ВООЗ 2020 року «Всесвітнє психічне здоров'я» йшлося про

те, що поширеність тривоги та депресії в світі через ізоляцію, обмеження і соціальні та економічні проблеми, зросла на 25%. Не стала виключенням і Україна [19].

З 2022 року потужною психотравмуючою подією стала повномасштабна війна з РФ.

Стресові фактори під час війни. Війна – це надзвичайний стан, пов’язаний з різними типами тривалих стресових і потенційно травматичних переживань. Їх інтенсивність відрізняється в залежності від багатьох чинників. Насамперед, від ймовірності прямої загрози життю і частоти, з якою особа стикається з цією загрозою. А також від багатьох інших факторів, об’єктивних і суб’єктивних, з якими стикнулися українці під час війни, що триває.

В цілому можна окреслити наступні найбільш розповсюджені стресові фактори, що призводять до порушення фізичного і психічного благополуччя під час війни.



Рис 1.1. Фактори дистресу під час війни

Загроза життю і безпеці

- Пряма загроза життю;
- Імовірність потрапляння під обстріл/бомбардування;
- Ризик поранення;
- Повітряні тривоги;
- Необхідність перебувати в укритті;
- Перебування на окупованих територіях.

Порушення соціальних/особистісних зв'язків

- Загроза втрати або втрата близької людини;
- Вимушене роз'єднання родин;
- Розрив звичних соціальних зв'язків.

Побутово-матеріальні труднощі

- Погіршення фінансового становища;
- Переповненість місць проживання, відсутність можливості для усамітнення та відпочинку.

Інформаційний стрес

Під час війни багато громадян України, незалежно від місця перебування, зазнають впливу інформаційного стресу, коли в режимі прямого часу дізнаються про такі події, як наслідки обстрілів, про загиблих і постраждалих.

Зміна звичного способу життя

- Руйнування життєвих планів;
- Суттєва зміна звичного укладу життя;
- Вимкнення електроенергії, водопостачання, опалення.

Втрата дому

Повномасштабне вторгнення РФ в Україну в 2022 році призвело до найбільшої хвилі біженців в Європі з часів Другої світової війни. Україну залишили понад 7,9 млн осіб. Ще 5,9 млн - це внутрішньо переміщені особи, які також стикнулися з втратою дому.

Фактор втрати дому можна розглядати не лише, як факт втрати житла, а як складний феномен «втрати дому». Як зазначає британський психолог і

спеціаліст по роботі з біженцями Renos K. Papadopoulos, за вимушеною втратою дому можуть поставати такі проблеми, як втрата ідентичності і криза самоідентифікації, ностальгія за втраченим, дезорієнтація [10].

Опитування Міжнародної організації з міграції, проведене в 2022 році, продемонструвало, що серед внутрішньо переміщених осіб, а також біженців приблизно кожен четвертий українець (23%) потребує психічної та психосоціальної підтримки [19].

До всіх перелічених факторів додаються й інші щоденні стресори, не пов'язані з війною. Це в цілому складає картину, коли велика кількість населення опинилась в умовах тривалого дистресу.

Особливості ментального здоров'я. Актуальні дані. В Україні було проведено три хвилі дослідження Gradus, яке оцінювало стан ментального здоров'я під час війни - в 2022, 2023 і 2024 роках. Воно також оцінило ставлення українців до психологічної допомоги під час війни [13].



Рис 1.2. Інформація про дослідження ментального здоров'я під час війни

Основні висновки цього дослідження в 2024 році наступні:

13% опитаних громадян України назвали свій стан ментального здоров'я незадовільним, що на 2% вище, ніж у 2023 році. Задовільним свій стан назвали 36% респондентів. 51% оцінили свій стан ментального здоров'я на середньому рівні.



Рис 1.3 Оцінка ментального здоров'я в опитуванні Gradus

Три найчастіші емоції, які відчувають українці:

- втома (46%),
- напруженість (44%),
- надія (31%).

Найчастіше причинами стресу респонденти називали:

- війну (72%),
- фінансові труднощі (41%),
- соціально-політичну ситуацію в країні (38%).

Майже чверть опитаних повідомили, що мали досвід перебування поблизу або безпосередньо у зоні бойових дій (25%). Майже така ж кількість втратили роботу внаслідок війни (22%).

Найчастіше для подолання стресу опитані громадяни України використовували:

- сидіння в інтернеті (39%),
- перегляд фільмів і серіалів по телебаченню (34%),
- спілкування з рідними і друзями (32%).

Щодо психологічної допомоги, то 78% опитуваних ніколи не звертались до психолога.

При цьому 40% відзначили, що за останні півроку відчували необхідність у психологічній допомозі.

Дистрес та його вплив на психічне здоров'я. Пропонуємо більш детально зануритись у визначення дистресу і його впливу на організм.

Основоположник позитивістського підходу до вивчення стресу, де розглядається об'єктивна пара стимул-реакція, Hans Selye, запропонував погляд на стрес, як на стан організму, що знаходиться під загрозою порушення гомеостазу [57].

Selye визначив, що є два способи реагування на стресову ситуацію: подолання і використання її, як генеруючої сили для конструктивних дій (еустрес), або ж стрес домінує і людина поступово входить в стан виснаження (дистрес).

Безумовно, що довготривалий вплив стресових факторів в умовах війни, в багатьох випадках може бути підґрунтям для виникнення дистресу.

Теорія Selye передбачає три умовні стадії реагування на стрес.

Табл. 1.1.

Стадії реагування на стрес

Стадії	Мобілізації	Опору	Виснаження
Прояви	Гострі фізіологічні і емоційні реакції на стрес	Еустрес переходить в дистрес. Дезорганізація, руйнування цілеспрямованої активності	Відбуваються особистісні деформації, розвиваються психосоматичні захворювання
Прогноз	Можливе гомеостатичне регулювання і повернення до достресового стану	Якщо не провести втручання, то виникає стан виснаження	Виснаження може перейти в стани, що ставлять під загрозу нормальну життєдіяльність

Існують фізичні, психологічні та поведінкові ознаки стресу, який переживає людина.

Фізичними ознаками стресу є сухість у роті, пітливість, головний біль, тахікардія, утруднене дихання, діарея, безсоння.

До **психологічних ознак** належать загальмованість, роздратованість, хвилювання, відчуття безнадійності, пригніченості.

Поведінкові ознаки стресу – погіршення гігієни, зміни апетиту, зміна поглядів на життя, релігію, погана продуктивність, зловживання.

Характерні розлади та реакції, пов'язані зі стресом. У МКХ-11, розлади, обумовлені впливом стресу, виокремлені в рубрику 6В4 «Розлади, специфічно пов'язані зі стресом».

Їх особливість у тому, що береться до уваги не лише симптоматика, обумовлена впливом стресу, а й наявність таких причинних факторів:

- Виняткова психотравматична життєва подія;
- Значні зміни у житті, що призводять до тривалих неприємних обставин (розлучення, міграція, вимушене переселення, інвалідизація тощо).

Серед характерних розладів та реакцій, пов'язаних зі стресом, можна виділити такі основні групи: гострі реакції на стрес, розлади адаптації, депресію, тривожний розлад та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [2].

Розладами адаптації вважають стани, що виникають в період адаптації до стресових подій некритичного для особистості рівня, тобто тих, що не загрожували життю. Важливий критерій таких розладів - суб'єктивне переживання нездатності самостійно справитись з проблемою. В результаті виникає відчуття розпачу, соціальної ізолюваності, втрати перспективи. При цьому соціальне функціонування порушується не грубо, переважно спостерігається лише зниження продуктивності. Симптоматично розлади адаптації проявляються порушеннями сну, астеною, емоційною лабільністю, тривожністю, відчуттям втоми [8].

Гострою реакцією на стрес називають розлад, який розвивається у відповідь на надзвичайний фізичний чи психічний стрес протягом кількох хвилин або годин після події. Симптоми гострої реакції на стрес змішані. Може спостерігатись, як заціпеніння і дезадаптація, так і підвищена збудливість, тривожність. Фізіологічно можуть спостерігатися ознаки панічної тривоги (прискорене серцебиття, підвищена пітливість, почервоніння обличчя). Протягом двох-трьох днів ці симптоми проходять [14].

Депресивні розлади. Наведемо типові клінічні ознаки депресивних розладів:

- знижений настрій,
- втрата інтересів,
- наявність песимістичних думок,
- суїцидальні думки,
- порушення сну.

До додаткових симптомів належать:

- неспроможність отримувати задоволення,
- зниження життєвої активності,
- погіршення концентрації уваги,
- почуття провини,
- нездатність приймати рішення,
- зміна маси тіла (збільшення або зменшення).

При цьому у депресивних розладів, зумовлених війною, є свої особливості, які створюють додаткові труднощі для діагностування [11]:

- відтермінований розвиток симптомів;
- в скаргах переважають переживання стосовно того, що відбувається і невизначеності щодо того, коли закінчиться війна;
- присутнє хвилювання за близьких;
- тривожне очікування повітряної тривоги та обстрілів;
- в структурі депресивних розладів можуть спостерігатися симптоми ПТСР.

Також діагностику депресивних розладів в умовах війни може ускладнювати несвоєчасне звернення, через те, що люди схильні розглядати депресивні прояви, як безпосередній вплив війни.

Може мати місце і нерозуміння того, де саме шукати психологічну допомогу. Наприклад в ситуаціях проживання в зоні бойових дій, де зруйновані лікарні чи при переїзді за кордон під час зовнішньої міграції.

Тривожні розлади. Свою специфіку, зумовлену війною, мають і тривожні розлади. Їх можуть супроводжувати похмурі думки про майбутнє, напруженість, надмірна турбота про безпеку в ситуаціях, що цього не потребують, почуття провини.

Посттравматичний стресовий розлад. ПТСР (код 6B40 в МКХ-11) визначається як відтермінована чи затяжна реакція на стресогенні події або ситуацію винятково загрозливого чи катастрофічного характеру. На відміну від гострого стресового розладу, ПТСР діагностується не раніше, ніж через місяць після травмуючої події.

За МКХ-11 виділяють чотири типи ознак ПТСР:

1. Повторне переживання події,
2. Уникання ситуацій, які нагадують травмуючий чинник,
3. Зростання негативних почуттів порівняно з їх кількістю до екстремальної ситуації,
4. Гіперзбудження.

Фізіологічно при ПТСР гіперактивність гіпоталамо-гіпофізарно-наднирковій осі призводить до дисбалансу гормонів і посилює стрес, тривогу, спричиняє виникнення депресії. Мигдалеподібне тіло запускає реакцію автономної нервової системи типу «боротьба чи втеча» навіть у разі спогадів або думок про небезпеку, коли фактично людина знаходиться в безпеці.

В МКХ-11 також додали **комплексний посттравматичний стресовий розлад (6B41)**. Він, як і ПТСР, може розвинутих після впливу події або серії подій надзвичайно загрозливого характеру. Відмінність в тому, що ці події найчастіше були не одноразові, а тривалі або повторювані, і від них було важко або неможливо втекти. Під час війни причинами КПТСР можуть бути катування, перебування в полоні, неодноразове сексуальне або фізичне насильство.

Крім ознак характерних для ПТСР, КПТСР супроводжується:

- Стійкими проблемами в регуляції афекту;
- Переконанням щодо себе як приниженого або нікчемного, що супроводжується почуттям сорому, провини;
- Труднощами у підтримці стосунків і у відчутті близькості з іншими.

Наведені симптоми спричиняють значні порушення в особистих, сімейних, соціальних, освітніх, професійних чи інших важливих сферах життя [14].

Довгострокові наслідки впливу дистресу війни. Щодо довгострокових наслідків впливу дистресу війни на психічне здоров'я, то результати досліджень свідчать, що існує зв'язок між досвідом війни та підвищеним рівнем психічних розладів через кілька років після подій. Зокрема зростає рівень ПТСР, тривожних розладів і депресії.

Наприклад, дослідження психічного здоров'я постраждалих від війни цивільних осіб в Лівані [39], Камбоджі [46] та Руанді [24] показали підвищення рівня поширеності ПТСР (16-37%), розладів настрою (5-23%) і тривожних розладів (10-40%).

Дослідження, проведене у Нідерландах показало, що досвід Другої світової війни негативно впливав на психічне здоров'я навіть через 50 років після закінчення війни. Щоправда у дослідженні використовувалась комплексна діагностична оцінка лише ПТСР [46].

Через вісім років після закінчення війни в колишній Югославії було проведено дослідження психологічного стану жителів п'яти країн (Боснії та Герцеговині, Хорватії, Косово, Республіці Македонія та Сербії), які безпосередньо пережили принаймні одну потенційно травматичну подію, пов'язану з війною, і проживали в регіонах, які безпосередньо піддавалися воєнним діям [54]. Стан 3113 досліджених оцінили за допомогою міні-міжнародного нейропсихіатричного інтерв'ю (Mini-International Neuropsychiatric Interview). Учасники повідомили про порушення прав і інший стресовий досвід війни. У 22,8% учасників було діагностовано поточний ПТСР, а також у 22,8% – депресію.

Також в дослідженні взяли участь біженці з країн колишньої Югославії, що проживали в Німеччині, Італії та Великій Британії. Були оцінені і виділені фактори ризику розладів настрою та тривожності серед біженців.

Серед них:

- старший вік;
- жіноча стать;
- наявність більш потенційно травматичного досвіду під час і після війни;
- безробіття;
- нижчий рівень освіти.

В 2022 році був опублікований мета аналіз досліджень психічних розладів, асоційованих з війнами та збройними конфліктами. Його результати демонструють, що загальна поширеність депресії під час війни становить приблизно 38,7%. Після війни – 29,1%. Сукупна поширеність тривожності під час війни - 43,4%, після війни – 30,3% [47].

Також цей мета аналіз, показав, що підвищена вразливість до дистресу війни ймовірно була пов'язана зі зростанням тривожності. В той час, як при вразливості до депресії більшу роль відігравали соціально-економічні чинники.

Ще один висновок цього мета аналізу, що серед цивільних осіб була більше поширена депресія (34,7%) та тривожність (38,6%), ніж у військовослужбовців (відповідно 21,1% і 16,2%). Але щодо ПТСР, то така різниця була незначущою (у цивільних 25,7%, у військовослужбовців 21,3%).

Інший мета-аналіз, який стосувався опитувань населення, постраждалого від війни, виявив, що найсильнішим фактором, пов'язаним із ПТСР і депресією, були катування [60]. Також серед найбільш потужних факторів ПТСР та депресії - ув'язнення в концентраційних таборах, викрадення, втрата близьких.

Прогнози. За прогнозом Міністерства охорони здоров'я, через війну психологічна підтримка знадобиться близько 15 мільйонам громадян України. Також близько 3-4 мільйони потребуватимуть призначення медикаментозного лікування [19].

1.2 Теоретичний аналіз тілесної усвідомленості як психологічного явища

На початку пропонуємо загальне визначення такого психологічного явища, як тілесна усвідомленість (body awareness). В широкому розумінні це безперервне відстеження поточних тілесних відчуттів; стан, в якому суб'єкт фокусується на переживанні теперішнього моменту через усвідомлення сигналів тіла. Це здатність свідомості до інтроспекції власних фізіологічних станів.

Ми розглянемо тілесну усвідомленість в трьох аспектах - в фокусі таких явищ, як інтероцептивне усвідомлення, нейроцепція, а також в концепції майндфулнес (практики самоусвідомленості).

Схематично тілесну усвідомленість і її складові в рамках цих трьох напрямків, можна представити таким чином:



Рис 1.4. Тілесна усвідомленість в трьох концепціях

Інтероцептивне усвідомлення (Interoceptive awareness). В останнє десятиліття спостерігається стрімке збільшення публікацій на тему інтероцепції. Феномен інтероцепції дедалі більше вивчають в психіатрії, психології, нейробіології. З'являються різні ідеї щодо явища інтероцепції. Наприклад, інтероцепція є основою сучасного погляду на алостаз і алостатичне навантаження.

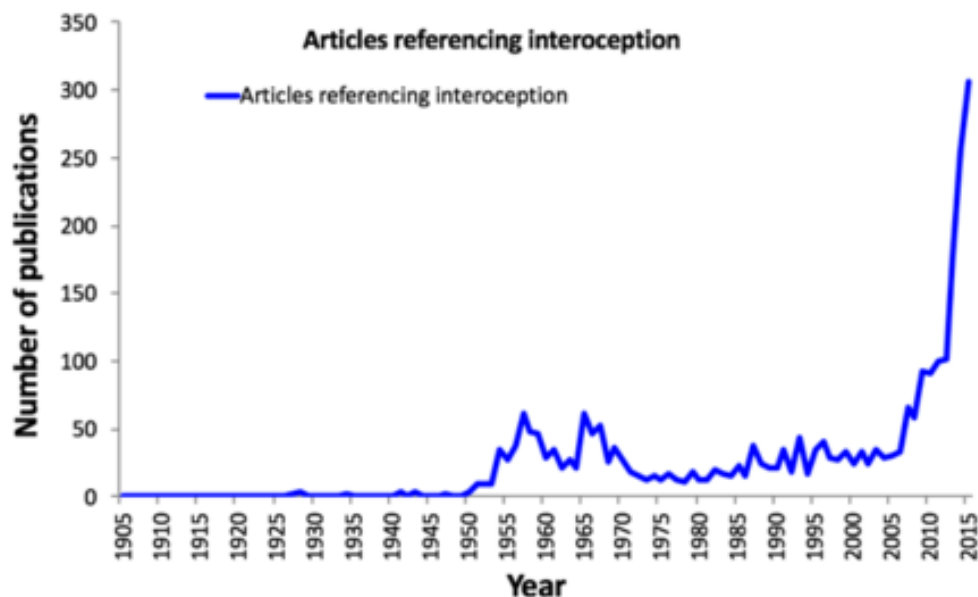


Рис. 1.5 Кількість статей зі згадкою про інтероцепцію з 1905 по 2015 рік

Інтероцепція - це здатність усвідомлювати внутрішні відчуття в тілі, включаючи частоту серцевих скорочень, дихання, відчуття голоду, температуру, біль, а також емоційні відчуття [66].

Інтероцепція стає можливою завдяки процесу інтеграції інформації, що надходить зсередини тіла, у центральну нервову систему.

Обробка внутрішніх станів тіла нервовою системою важлива для виживання, оскільки дозволяє нервовій системі отримувати інформацію про фізіологічні потреби та підтримувати гомеостаз [25]. Вважається, що інтероцепція може грати вирішальну роль в емоційній ідентифікації [27] і регуляції [33], а також в таких психологічних явищах, як прийняття рішень і володіння тілом [65]. Таким чином потенційно може пояснюватися зв'язок між інтероцептивними здібностями та психічним здоров'ям [52].

При цьому треба зазначити, що інтероцепція – це не просто безпосереднє зчитування сигналів від внутрішніх рецепторів, а процес сприйняття, який регулює мозок. Вона охоплює як свідомий так і несвідомий рівні обробки інформації.

Наприклад, те, що ми бачимо, і як ми це бачимо, пов'язано з відстеженням серцебиття мозком, яке є частиною інтероцепції. Коли серце скорочується і виштовхує кров до артерій, мозок отримує менше візуальної інформації з навколишнього світу. Також мозок «передбачає» те, що ймовірно можна побачити до того, як це сталося, на основі минулого досвіду, стану тіла і поточної ситуації. Мозок поєднує прогнози з вхідними сенсорними даними від сітківки ока, щоб створити ваш візуальний досвід навколишнього світу. Тобто ми усвідомлюємо інтероцептивні відчуття не органами чуття, а мозком [23].

Одним із важливих каналів інтероцепції традиційно вважається серцево-судинна система, показники діяльності якої можуть частково служити біомаркерами нейропсихіатричних розладів, відображаючи, наприклад, стан вегетативної нервової системи. Таким чином, інтероцепція є цікавим для клінічних досліджень феноменом із біомаркерами, які можна виміряти.

Нейроцепція. Термін нейроцептивного усвідомлення запропонував автор полівагальної теорії Stephen Porges.

Полівагальна теорія пропонує набір еволюційних, нейронаукових і психологічних конструкцій, що стосуються ролі блукаючого нерва (nervus vagus) в регуляції емоцій, соціальних зв'язків і реакції на страх. Porges припустив, що філогенетично у ссавців виникла ієрархічна регуляторна система стрес-відповідь, яка спирається не лише на симпатичну і парасимпатичні системи, але і на те, що ці системи модифікуються мієліновим вагусом і черепно-мозковими нервами, що керують мімікою і становлять систему соціальної взаємодії. Ця система виходить з ладу в умовах екстремального стресу [12].

Porges ввів термін «нейроцепція», щоб описати, як нервова система розпізнає, чи безпечне оточуюче середовище. Нейроцепція відбувається в примітивних відділах мозку без участі свідомості.

Згідно полівагальної теорії, обробляючи інформацію за допомогою органів чуття, нервова система постійно оцінює ризик. У стані небезпеки стають задіяними нейронні ланцюги, які сформувались для забезпечення адаптивної оборонної поведінки у архаїчних хребтових. Ці нервові ланцюги забезпечують фізіологічні механізми, що рефлекторно організують поведінкові реакції, перед тим, як людина усвідомить, що відбувається [12].

Також полівагальна теорія запропонувала погляд, що люди з ослабленими системами соціальної взаємодії (наприклад внаслідок хронічної психотравми) схильні помилково трактувати безпеку, як загрозу, а об'єктивну небезпеку, як безпеку. Їх внутрішня система зворотного зв'язку не в змозі їх захистити.

Стрес і стресостійкість Porges пропонує розглядати, як фізіологічний процес. В якості модулятора стресової вразливості і реактивності він називає парасимпатичну нервову систему. Його модель припускає, що моніторинг стану парасимпатичної нервової системи дозволяє оцінити рівень стресу. Щоб це визначити, Porges пропонує оцінити тонус блукаючого нерву по коливанням

серцевого ритму. На його думку тонус блукаючого нерву є фізіологічним маркером вразливості до стресу.

В США полівагальна теорія емоцій вплинула на організацію допомоги дітям, які зазнали насильства, та травмованим дорослим.

При цьому треба зауважити, що з 1994 року, коли вона була вперше висунута [53], полівагальна теорія не була остаточно підтверджена і залишається гіпотезою. Критики цієї теорії серед науковців називають фізіологічне припущення полівагальної теорії неспроможним, через те, що вона може неправильно описувати роль різних вагусних ядер у реакції завмирання при небезпеці [36].

Майндфулнес (Mindfulness). Майндфулнес або самоусвідомлення - це когнітивна здатність підтримувати мета-увагу на вмісті власного розуму в поточний момент. Різні дослідники визначають це як миттєвий стан або рису (тобто уважне ставлення до повсякденного життя загалом) [64].

Концепцію майндфулнес в 1970-х роках запропонував професор Массачусетського університету Jon Kabat-Zinn. Він створив напрямок усвідомленої медитації для саморегуляції та зменшення стресу.

Практика майндфулнес передбачає постійне повернення уваги до відчуттів та вражень за допомогою усвідомленого дихання. Результати деяких досліджень свідчать, що втручання, пов'язані з усвідомленістю, мали здатність впливати на пластичність нейронів у областях мозку, пов'язаних з кращою модуляцією болю та підвищеною стійкою увагою [59].

Щоправда, як свідчить мета аналіз досліджень, проведений в 2023 році, загальна достовірність подібних доказів обмежена невеликою кількістю досліджень [37].

На основі майндфулнес розроблена майндфулнес-орієнтована когнітивна терапія (МОКПТ). Вона поєднує концепцію усвідомленості з ідеями когнітивно-поведінкової психології. Головна мета терапії на основі майндфулнес - перервати автоматичні реакції на думки, емоції, події. Її

використовують при депресіях, підвищеній тривожності, синдромі хронічної втоми, порушеннях харчової поведінки та ін.

На сьогодні програма МОПКТ визнана на офіційному рівні і, наприклад, рекомендується National Institute for Clinical and Health Excellence (NICE) в Великій Британії.

В Україні використовувати техніки майндфулнес рекомендує Міністерство охорони здоров'я [6].

1.3 Особливості тілесної усвідомленості при депресії, тривозі та ПТСР

За останнє десятиліття дослідження інтероцепції стрімко зросли. Зараз дослідники знаходять зв'язки інтероцептивної усвідомленості з усіма видами розладів, включаючи депресію, obsesивно-компульсивні розлади, травми, вживання психоактивних речовин і суїцидальність.

Інтероцептивна усвідомленість розглядається, як трансдіагностичний фактор ризику багатьох психічних захворювань.

Вважається, що розрив між сигналами тіла та їх інтерпретацією мозком спостерігається під час таких станів, як:

тривога,

депресія,

панічний розлад,

нервова анорексія,

нервова булімія,

посттравматичний стресовий розлад (ПТСР),

obsesивно-компульсивний розлад (ОКР),

розлад дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ),

алекситимія,

тривожний розлад.

Інтероцепція при тривожних розладах. Дослідження інтероцепції та психічного здоров'я показали, що надмірне усвідомлення внутрішніх відчуттів, таких як серцебиття, може сприяти тривожним розладам.

Дослідження, які вивчають зв'язок між інтероцептивним усвідомленням і тривожними розладами, показали, що при тривожних розладах може спостерігатись підвищена увага і точність у визначенні інтероцептивних процесів. Про це свідчить гіперактивація передньої поясної кори (області мозку, пов'язаної з інтероцепцією) при кількох різних видах тривожних розладів[66].

Зокрема про підвищену інтероцептивну точність у пацієнтів з тривожним розладом свідчила їх краща здатність у задачах виявлення серцебиття порівняно зі здоровими особами з контрольної групи [32].

Інтероцептивне усвідомлення при депресії.

Великий депресивний розлад теоретично може бути пов'язаним з інтероцептивною дисфункцією. Дослідження показали, що жінки з депресією менш точно підраховували серцебиття, ніж чоловіки з депресією [31], і що загалом такі пацієнти менш точно підраховують серцебиття, ніж пацієнти з панічними або тривожними розладами [35]. Однак пацієнти з діагностованим великим депресивним розладом не завжди виявляють знижену інтероцептивну точність при усвідомленні серцебиття. Пацієнти з депресією, які відчувають високий рівень тривоги, можуть бути більш точними у задачах виявлення серцебиття, ніж пацієнти з депресією з нижчим рівнем тривоги.

В цьому контексті вже з'являються дослідження, які вивчають, як тілесне усвідомлення може впливати на самопочуття пацієнтів з депресією. Наприклад, в США було проведено рандомізоване клінічне дослідження, яке показало, що гіпертермія всього тіла потенційно може використовуватись для лікування великого депресивного розладу [39].

Один сеанс гіпертермії з нагріванням всього тіла до 41°C зменшив симптоми депресії і мав ефект антидепресанту. Вважається, що чутливі до тепла термосенсорні шляхи, що проходять від шкіри (та інших епітеліальних

оболонки) до певних підкіркових і кортикальних областей мозку, можуть впливати на нейронну активність і поведінку. Ці та інші області мозку, що беруть участь у реагуванні на приємні теплові сигнали, демонструють зниження активності у пацієнтів із великим депресивним розладом.

Крім того, як зазначається у дослідженні, у пацієнтів із великим депресивним розладом може спостерігатися порушення терморегуляції, що характеризується підвищенням внутрішньої температури тіла та зниженням здатності до потовиділення. Обидва ці прояви, як повідомляється, нормалізуються після успішного лікування депресії.

При цьому автори зазначають, що відсутність плацебо-контролю підвищує ймовірність того, що спостережувані ефекти були результатом не гіпертермії як такої, а неспецифічних аспектів втручання. При цьому на їх думку, гіпертермія всього тіла може бути перспективним, безпечним, швидкодіючим антидепресивним методом із тривалим терапевтичним ефектом.

Інтероцептивна дисфункція і розлади харчової поведінки.

Інтероцептивну дисфункцію також пов'язують з розладами харчової поведінки. Вважається, що неусвідомлення відчуття голоду може сприяти обмеженню їжі, а якщо усвідомлення відчуття ситості порушене, то це може сприяти переїданню.

Дослідження показують, що пацієнти з булімією демонструють знижене інтероцептивне усвідомлення [44]. Зокрема, в дослідженнях вони повідомляли про знижену чутливість до багатьох видів внутрішніх і зовнішніх відчуттів порівняно зі здоровими суб'єктами [22].

Інтероцептивна усвідомленість при ПТСР. Функціональні нейровізуалізаційні дослідження показали, що пацієнти з ПТСР демонстрували знижену активацію правого переднього острівця (області мозку, яка значною мірою відповідає за визначення невідповідності між когнітивними та інтероцептивними станами) [47].

Пацієнти з **розладами соматичних симптомів** у дослідженнях демонстрували нижчі результати у завданнях на визначення серцебиття, ніж

здорові особи з контрольної групи. Це може свідчити про те, що інтероцептивна точність може бути низькою при психосоматичних розладах[51]. Було також виявлено, що пацієнти з психосоматичними розладами у стані тривоги або стресу повідомляли про фізичні симптоми дискомфорту при нижчій частоті серцевих скорочень під час тренувальних тестів на біговій доріжці. Це може вказувати на гіршу толерантність до інтероцептивного дистресу при розладах соматичних симптомів із коморбідними психіатричними захворюваннями [24].

Концепція нейроцепції при тривозі і стресі. Полівагальна теорія визначає, що неусвідомлений сигнал про те, чи є небезпека, чи ні, залежить від нейроцепції. Якщо вона визначає обставини, як небезпечні, то через симпатичну нервову систему вмикаються реакції тривоги і страху, які спонукають до дії. Симптоматично з боку фізіології це проявляється у прискоренні серцебиття, поверхневому диханні. При систематичних реакціях може підвищитись артеріальний тиск, порушитись сон.

Якщо нейроцепція оцінить ситуацію, як вкрай небезпечну, і таку, що захищатися чи втікати не можна, то нижня гілка парасимпатичної системи включає стан завмирання (імобілізації). Серед фізіологічних симптомів може спостерігатися напруження м'язів, перехоплене дихання, низький тиск, хронічна втома. Психологічно може виникнути відчуття безпомічності, неспроможності щось змінити. З цим механізмом імобілізації деякі дослідники пояснюють виникнення таких розладів, викликаних стресом, як ПТСР та КПТСР.

Якщо три частини вегетативної нервової системи працюють узгоджено, і верхня гілка парасимпатичної системи домінує, то вдається досягнути гомеостазу в результаті творчого пристосування до обставин і пошуку відповідних рішень [17].

Висновки до розділу 1

Громадяни України вже більше 10 років масово перебувають в ситуації дистресу. Спочатку його викликали бойові дії на сході України і пандемія COVID-19, а потім додався такий потужний стресор, як повномасштабна війна з РФ.

Опитування 2024 року, яке оцінювало стан ментального здоров'я українців, показало, що майже половина опитаних відчувають втому і напруженість. Більше половини респондентів оцінили свій стан ментального здоров'я, як середній і незадовільний. При цьому за психологічною допомогою звертались лише 22% опитаних.

Вже зараз, спираючись на дослідження ментального здоров'я цивільних осіб, які мали досвід перебування в зоні бойових дій, можна прогнозувати зростання розладів і станів, викликаних дією дистресу. Серед них – депресії, ПТСР, тривожний розлад, розлади адаптації.

Існуючі дослідження свідчать про те, що ряд досвідів з більшою ймовірністю призведе до посттравматичних стресових розладів, ніж інші загальні переживання війни. Це участь у бойових діях, перебування в полоні, катування, втрата близьких. Але так чи інакше всі українці перебувають під впливом дистресу, чи то через міграцію, переселення, погіршення фінансового становища чи під впливом постійного інформаційного стресу.

За прогнозами Міністерства охорони здоров'я, майже 15 мільйонам українців знадобиться психологічна допомога.

Відповідно до таких викликів перспективним і цікавим напрямком виглядає вивчення зв'язку і впливу дистресу на тілесне усвідомлення. Теоретичне підґрунтя в цій парадигмі закладають такі явища, як інтероцепція і нейроцепція.

З одного боку вони можуть використовуватись як біомаркер рівня стресу, а також певних розладів, викликаних стресом. З іншого боку напрацювання в цій сфері можуть використовуватись практично - для втручань на рівні «розум-тіло», спрямованих на саморегуляцію і реабілітацію осіб, що зазнали впливу

дистресу. Наприклад, такий досвід вже активно використовується протягом останніх десятиліть в США під час роботи з ветеранами та особами, що зазнали психічних травм. Тілесні вправи використовуються для кризової психологічної допомоги в Ізраїлі. Зараз практики на основі тілесного усвідомлення використовуються і в Україні, наприклад, при реабілітації військових в госпіталі для ветеранів «Лісова поляна» (Київ).

Розділ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТІЛЕСНОЇ УСВІДОМЛЕННОСТІ У ЖІНОК В УМОВАХ ДИСТРЕСУ ВІЙНИ

2.1 Підходи до дослідження тілесної усвідомленості

В дослідженнях останніх десятиліть є два підходи до вимірювання тілесної усвідомленості – за допомогою вимірювання фізіологічних показників і суб'єктивного оцінювання шляхом опитувань. Серед найвідоміших опитувальників можна назвати The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA), Interoception Sensory Questionnaire (ISQ), Body Responsiveness Questionnaire (BRQ).



Рис 2.1. Схема методів вимірювання інтероцепції

Біологічні маркери інтероцепції. Якщо казати про інтероцептивні сигнали, то вони виникають від багатьох різних фізіологічних систем організму. Найбільш часто досліджуваною системою є серцево-судинна інтероцепція, яка зазвичай вимірюється шляхом спрямування уваги на відчуття серцебиття під час виконання різних завдань [34].

Серцеву інтероцепцію можна визначити як процес сприйняття, зберігання та представлення інформації про стан серцево-судинної системи. Як і всі інтероцептивні модальності, серцева інтероцепція є процесом, який можна деконструювати на різні аспекти, такі як увага, поріг виявлення, величина симптомів, точність, розрізнення або самооцінка. Кожну грань можна досліджувати.

Для вимірювання інтероцептивного усвідомлення на прикладі серцево-судинної системи, використовують електрокардіограми або пульсоксиметри. Усі вони запрошують людей спрямовувати увагу на відчуття серцебиття (тобто інтероцептивну увагу), а також вимагають певної форми самозвіту для оцінки суб'єктивного досвіду.

Перші завдання, розроблені для систематичного вивчення інтероцепції серця людини, були неінвазивними. Вони передбачали безшумний підрахунок серцебиття протягом заздалегідь визначених періодів часу («підрахунок серцебиття»).

Інші фізіологічні системи, невід'ємні від інтероцептивної обробки, включають дихальну систему, шлунково-кишкову та сечостатеву системи, систему терморегуляції, ендокринну та імунну системи. Ще одним сенсорним каналом, який часто включається в інтероцептивну систему обробки, є м'який шкірний дотик [62].

Треба зазначити, що наразі немає чіткого консенсусу щодо того, що саме таке інтероцепція, або найкращих способів її вимірювання, більшість досліджень і анкет на цю тему вимірюють лише окремі аспекти інтероцепції.

Суб'єктивне оцінювання інтероцепції. На свідомому рівні інтероцепції були запропоновані різні її виміри, а таксономія цих параметрів сильно відрізнялася між дослідниками.

Історично інтероцепцію оцінювали за допомогою поведінкових тестів на точність, вимірювань самооцінки або шляхом характеристики нейронних сигналів, що лежать в основі інтероцептивної обробки. Більш пізні концептуалізації інтероцепції включають інтероцептивну увагу та заходи

вищого порядку, пов'язані з інтерпретацією інтероцептивних сигналів. В даний час ці інтероцептивні параметри в основному оцінюються ізольовано. При цьому не вдається охопити всю складність інтероцепції [61].

В 2013 році британський нейробіолог Sara Garfinkel та її колеги запропонували тривимірну модель інтероцепції. Ця модель була широко схвалена науковою спільнотою, що демонструють її цитування у базі даних Scopus. Головною метою Garfinkel та її колег було розрізнення між об'єктивними, суб'єктивними та "метакогнітивними" інтероцептивними процесами.

Тож модель, запропонована британською науковицею, охоплює три виміри, які можна визначити наступним чином.

Інтероцептивна точність — це здатність точно виявляти та відстежувати внутрішні відчуття. Це оцінюється поведінковими показниками.

Інтероцептивна чутливість - схильність зосереджуватися на внутрішніх відчуттях і здатність їх виявляти.

Інтероцептивне усвідомлення - метакогнітивне усвідомлення інтероцептивної точності, відповідність між об'єктивними показниками точності та суб'єктивним сприйняттям [34].

В 2017 році група експертів з інтероцепції сформулювала й іншу таксономію інтероцепції, що включає вісім ознак [43]:

Noticing - усвідомлення дискомфортих, комфортних і нейтральних відчуттів тіла.

Not-Distracting - схильність не ігнорувати або відволікатися від відчуттів болю чи дискомфорту.

Not-Worrying - схильність не хвилюватися або не відчувати емоційного стресу з відчуттям болю або дискомфорту.

Attention Regulation - здатність підтримувати і контролювати увагу до відчуттів тіла.

Emotional Awareness - усвідомлення зв'язку між відчуттями тіла та емоційними станами.

Self-Regulation - здатність регулювати дистрес шляхом уваги до відчуттів тіла.

Body Listening - активне прислуховування до тіла для інсайту.

Trusting – досвід сприйняття свого тіла як безпечного та надійного [42].

Відповідно до Sahib S. Khalsa та його колег, цю конструкцію добре відтворює опитувальник багатовимірної оцінки інтероцептивного усвідомлення Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA) [49].

Також на концепцію інтероцептивної чутливості спирається анкета сприйняття тіла Body Perception Questionnaire (BPQ) [53].

Загалом найбільш відомі анкети для самооцінки інтероцептивної чутливості зараз – це вищезазначені MAIA, BPQ, The Body Awareness Questionnaire (BAQ) та перелік розладів харчової поведінки The Eating Disorders Inventory (EDI). Це найчастіше цитовані опитувальники інтероцептивної чутливості або інтероцептивних шкал самооцінки.

На сьогодні розробляються і проводяться втручання, направлені на відновлення зв'язку з внутрішніми відчуттями та досвідом. Є результати, що такі програми були пов'язані із покращенням кількох аспектів інтероцепції, а також із зменшенням симптомів депресії та тривоги та значним зниженням суїцидальних думок.

2.2 Організація та проведення емпіричного дослідження

Загальна ціль нашої роботи – дослідити тілесну усвідомленість в умовах дистресу війни. Результати досліджень цивільного населення, яке зазнало впливу перебування в умовах війн і військових конфліктів [55] показало, що жіноча стать була одним із факторів ризику, якщо казати про ріст рівня депресії і тривожності. Зважаючи на можливість зібрати невелику вибірку для дослідження, було вирішено дослідити тему тілесної усвідомленості на більш вузькій вибірці – жінках.

В попередніх розділах ми проаналізували такі теоретичні аспекти, які стали підґрунтям для подальшого побудування моделі емпіричного дослідження:

- 1) Особливості впливу дистресу війни на психічне здоров'я;
- 2) Що таке тілесна усвідомленість, як психологічний феномен;
- 3) Які особливості тілесної усвідомленості при тривозі, депресії, соматичних розладах.

Ми побудували теоретичну модель нашого дослідження представлену графічно:

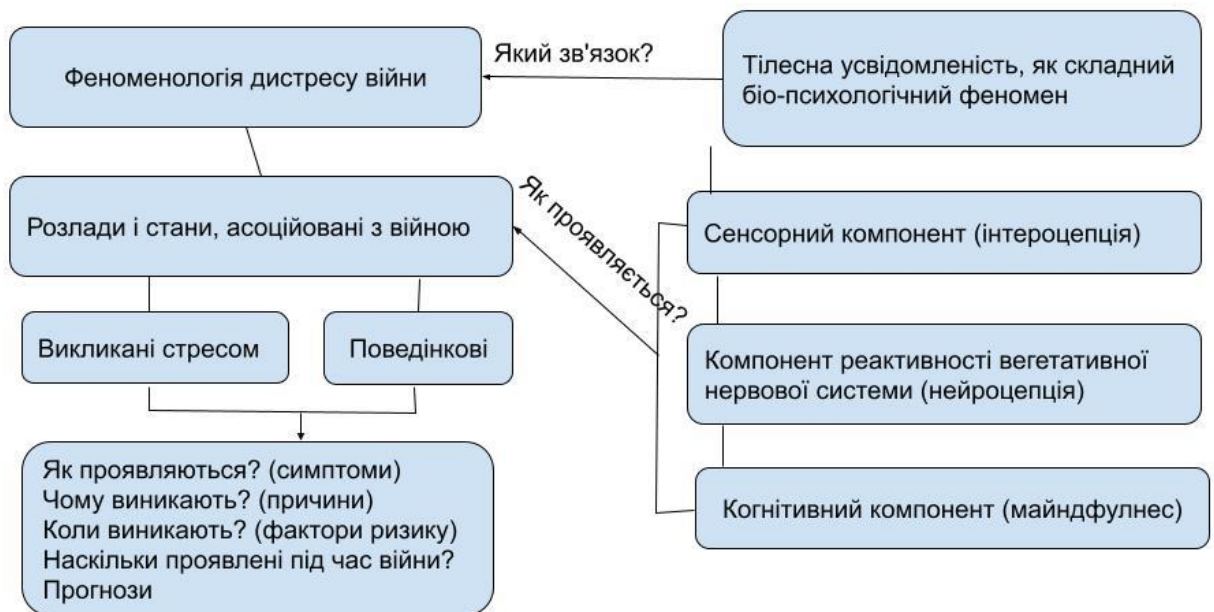


Рис. 2.2 Теоретична модель дослідження тілесного усвідомлення в умовах дистресу війни

Також ми побудували модель емпіричного дослідження. Вона складається з теоретичного, діагностичного, емпіричного та аналітичного блоків.

Нашою гіпотезою було, що рівень тілесної усвідомленості змінюється в залежності від рівня дистресу, депресії, соматизації чи тривожності. Тобто в тих станах, в яких може перебувати значна кількість українців.

Ми хотіли також перевірити, чи залежить рівень психічного благополуччя від певного досвіду переживання конкретних стресових факторів. А також від

таких обставин, як місцеперебування і таких змінних, як вік, сімейний стан, наявність неповнолітніх дітей та досвіду звернення за психологічною допомогою чи практик усвідомлення.

Це дозволило би виділити групи ризику, якщо будуть виявлені відповідні кореляції, мати більше розуміння про «тілесний» бік станів, викликаних дистресом, і спланувати програму заходів психологічного впливу для регуляції дистресу на основі тілесних практик. Для цього ми застосували чотири опитувальника, математико-статистичну обробку даних та аналіз результатів, що дозволило зробити висновки.

Також на основі аналізу зібраних даних ми змогли би:

1. Розробити програму психологічних заходів для регуляції дистресу.
2. Провести її апробацію на експериментальній групі.
3. Зробити повторне вимірювання рівня соматизації, дистресу, тривоги та депресії в експериментальній та контрольній групах.
4. Проаналізувати отримані дані.
5. Зробити висновки.

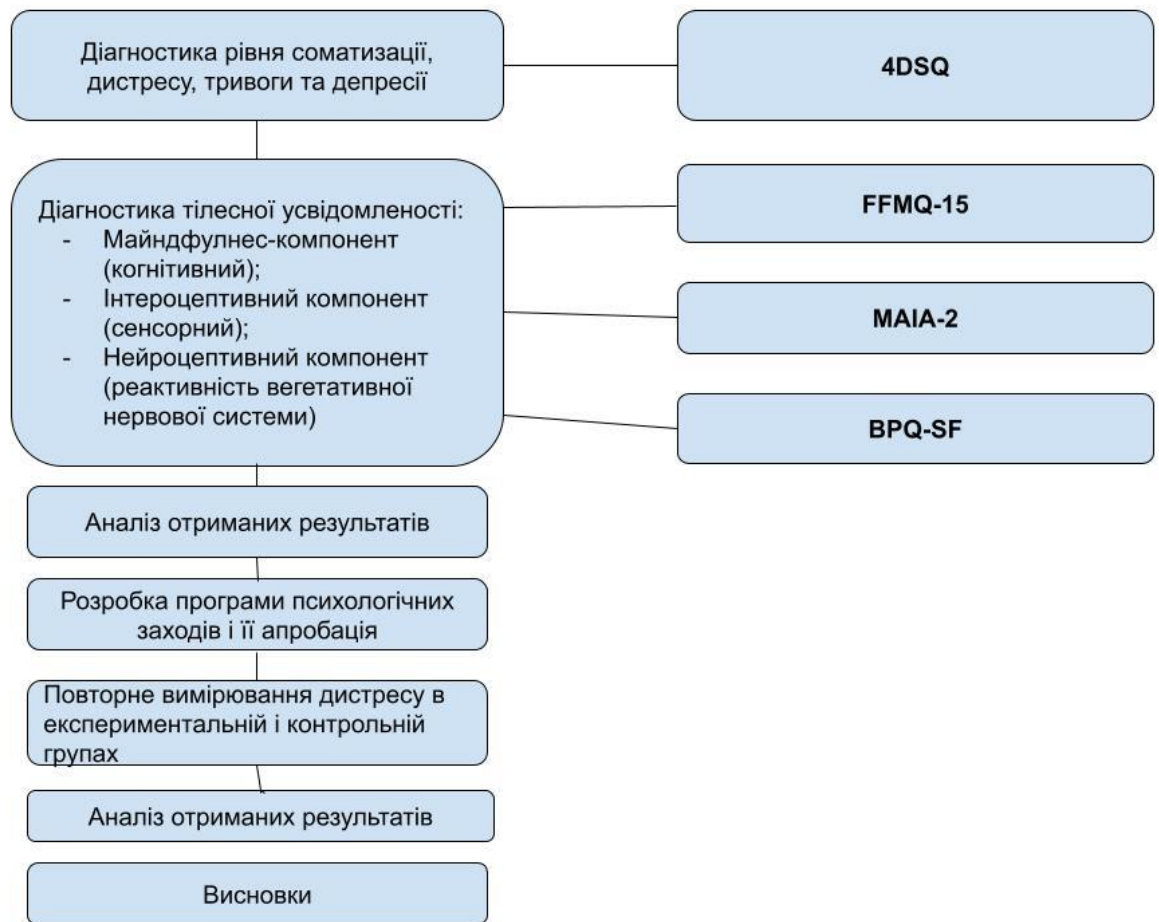


Рис. 2.3. Емпірична модель дослідження тілесної усвідомленості в умовах дистресу війни

Методики дослідження. Для того, щоб виконати задачі дослідження, ми використали чотири опитувальника. Один з них мав діагностичну мету і вимірював одразу чотири показника – рівень дистресу, соматизації, тривоги і депресії. Інші три вимірювали різні аспекти тілесної усвідомленості з точки зору трьох різних концепцій – інтероцепції, нейроцепції та майндфулнес.

Чотиривимірний опитувальник симптомів 4DSQ (The Four-Dimensional Symptom Questionnaire). Цей опитувальник був розроблений у 1994 році в Нідерландах і рекомендований для використання лікарям загальної практики. Його автори Berend Terluin, Maartje Terluin, Katinka Prince, Harm van Marwijk [63].

Опитувальник містить чотири шкали для оцінки дистресу, депресії, тривоги та соматизації. Його мета - допомогти диференціювати синдроми,

пов'язані зі стресом (нервовий зрив, вигорання) та поведінкові розлади (депресія, тривожний розлад).

При обробці опитувальника кожен шкалу визначають по загальній сумі балів її пунктів. В залежності від кількості балів автори методики пропонують розділити результати кожної шкали на три групи: низький рівень, помірно високий рівень, дуже високий рівень.

Дистрес. Оцінка дистресу показує, яку напругу (стрес) відчуває опитуваний.

Депресія. Чим вищий показник депресії, тим більший ризик наявності депресивного розладу.

Тривога. Чим вищий показник тривожності, тим більший ризик виникнення тривожного розладу.

Соматизація. Передбачає оцінювання того, наскільки сильно організм реагує на напругу та стрес.

Опитувальник багатовимірної оцінки інтероцептивного усвідомлення Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness, Version 2 (MAIA-2)

На сьогодні це один із найвживаніших методів для оцінки рівня інтероцептивного усвідомлення шляхом самооцінки.

Цей опитувальник містить 8 шкал, що загалом складаються з 37 питань. Він призначений для дорослих осіб віком від 18 років. Розробка опитувальника була профінансована американським Національним інститутом здоров'я (NCCAM/NCCIH). Він був опублікований в 2018 році. Авторські права належать Каліфорнійському університету в Сан-Франциско. Автори цієї шкали - Mehling WE, Acree M, Stewart A, Silas J, Jones A [49].

У MAIA-2 відповіді збираються за наступними шкалами:

Noticing (навичка помічати)

Not-Distracting (навичка не відволікатися)

Not-Worrying (навичка не турбуватися)

Attention Regulation (навичка регулювати увагу)

Emotional Awareness (навичка усвідомлювати емоції)

Self-Regulation (навичка саморегулювання)

Body Listening (навичка прислухатися до тіла)

Trusting (навичка довіряти).

Опитувальник був валідований 18 мовами, в тому числі українською. В Україні він адаптований в 2023 році, автор адаптації Юрій Волощенко [1].

«Опитувальник тілесних відчуттів – коротка форма»

Body Perception Questionnaire-Short Form (BPQ-SF)

Цей інструмент був розроблений для вимірювання суб'єктивного досвіду тілесного усвідомлення організму та сприймання тілесних відчуттів. Його розробив Stephen Porges з колегами в 1993 році [26].

Коротка форма опитувальника налічує 46 тверджень. Він містить три шкали:

1. Тілесна усвідомленість
2. Реактивність автономної системи над діафрагмою
3. Реактивність автономної нервової системи під діафрагмою.

Іншими словами реактивність автономної нервової системи можна назвати вегетативною реактивністю. Під нею маються на увазі специфічні реакції на стрес в органах, які іннервуються вегетативною нервовою системою. Автори інструменту зазначають, що об'єднані показники органів по всьому тілу дають змогу оцінити вегетативні моделі реакції на стрес.

В Україні BPQ-SF був адаптований в 2020 році Анною Денісієвською [3].

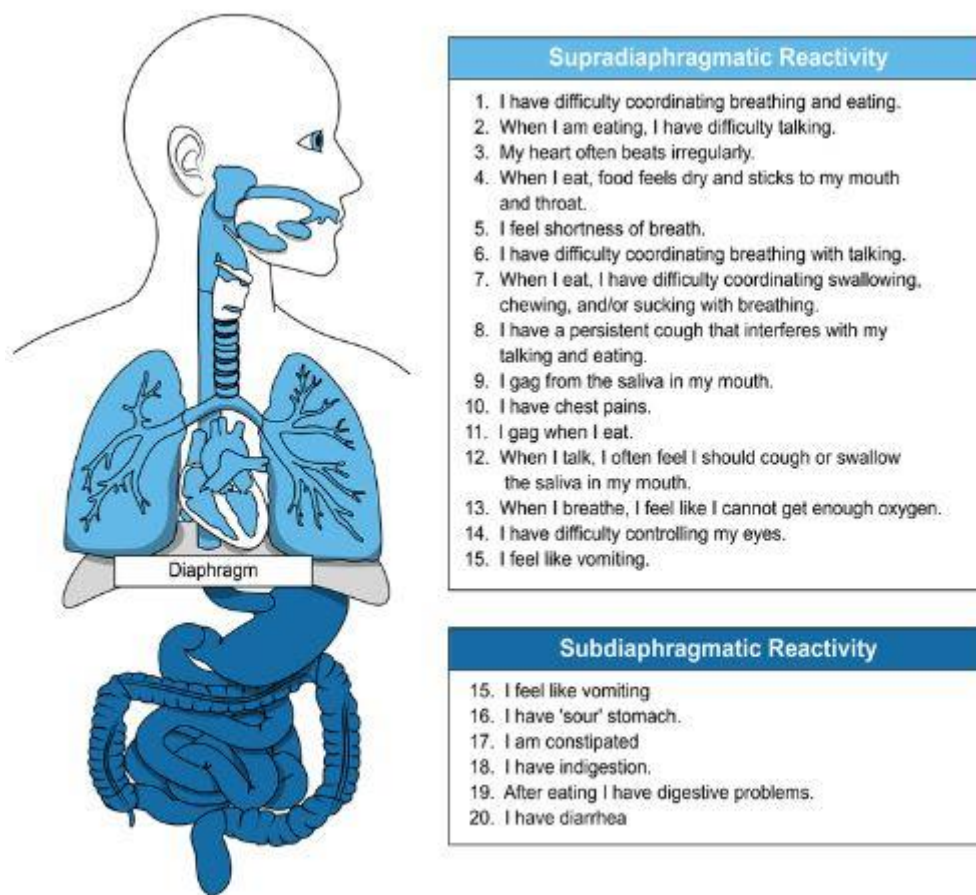


Рис 2.4 Схематичне зображення органів і систем, пов'язаних з реактивністю вегетативної нервової системи над і під діафрагмою

«П'ятифакторний опитувальник майдфулнес» Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ–15).

Автор цього опитувальника Ruth A. Baer та її колеги. Він був опублікований в 2006 році. Його коротка форма складається з 15 тверджень і вимірює такі п'ять складових майдфулнес:

1. Спостереження за зовнішнім та внутрішнім досвідом.
2. Здатність вербалізувати цей досвід.
3. Усвідомленість власних дій
4. Неосудливе прийняття.
5. Здатність не реагувати на негативні стимули.

Треба зауважити, що існує критика, яка полягає в тому, що всередині FFMQ має негативні та позитивні формулювання запитань, що вносить дисперсію, не пов'язану з вимірюваними конструктами. Результати одного із досліджень

зазначають, що FFMQ вимірює компоненти, які можуть бути пов'язані з латентною змінною усвідомленості, але, здається, не відображають її безпосередньо. Автори цього дослідження не рекомендують використовувати загальну оцінку FFMQ, віддаючи перевагу оцінкам за окремими шкалами [67]. В Україні «П'ятифакторний опитувальник майндфулнес» був адаптований в 2023 році Яриною Каплуненко та Валерією Кучиною. В результаті аналізу даних було визначено хорошу внутрішню узгодженість всіх шкал [7].

Перед тим, як перейти до подальшого аналізу ми перевірили надійність застосовуваних шкал, вирахувавши коефіцієнт альфа Кронбаха.

Табл. 2.1.

Перевірка надійності шкал за коефіцієнтом альфа Кронбаха

Шкала	α Кронбаха
Чотиривимірний опитувальник симптомів (4DSQ)	
Дистрес	0,888
Депресії	0,853
Соматизації	0,881
П'ятифакторний опитувальник майндфулнес	
Спостереження	0,648
Вербальний опис	-1,07
Усвідомлена дія	0,757
Неосудливість	0,770
Нереагування	0,631
Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness Version 2	
Noticing	0,799
Not-Distracting	0,805
Not-Worrying	0,423
Attention Regulation	0,867
Emotional Awareness	0,920
Self-Regulation	0,831

Body Listening	0,879
Trusting	0,874
Body Perception Questionnaire-Short Form	
Тілесна усвідомленість	0,957
Реагування над діафрагмою	0,894
Реагування під діафрагмою	0,788

Як бачимо, в опитувальнику майндфулнес шкала «вербальний опис» показала негативний показник. Про невідповідність окремих шкал в FFMQ–15 через негативні формулювання деяких питань згадували раніше деякі дослідження [66]. Було вирішено при аналізі не брати до уваги результати цієї шкали.

Також в опитувальнику BPQ-SF шкала «Not-Worrying» мала низьке значення (0,423), тому також було вирішено не використовувати цю шкалу при аналізі.

Опис досліджуваної групи. В цій роботі ми зосередимося на дослідженні особливостей усвідомлення тілесних відчуттів і проявів дистресу у цивільних осіб, жінок з громадянством України, незалежно від місця їх перебування (на території України або за її межами).

Всього в опитуванні прийняли участь 70 осіб.

Вік:

18-28 років – 9 осіб;

29-39 років – 31 особа;

40-50 років – 23 особи;

51-61 рік – 5 осіб;

Від 62 років – 2 особи.

70 відповідей

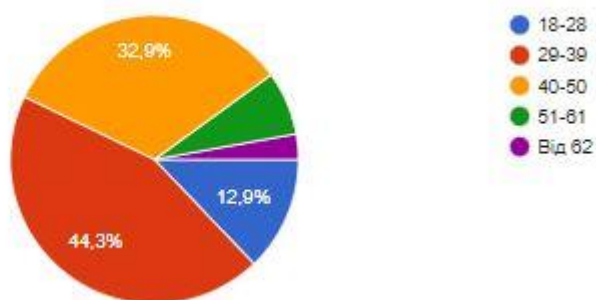


Рис. 2.5. Розподіл по віку

Місце проживання на момент заповнення анкети:

На території України – 54 особи;

За межами України – 15 осіб;

На окупованій території – 1 особа.

70 відповідей

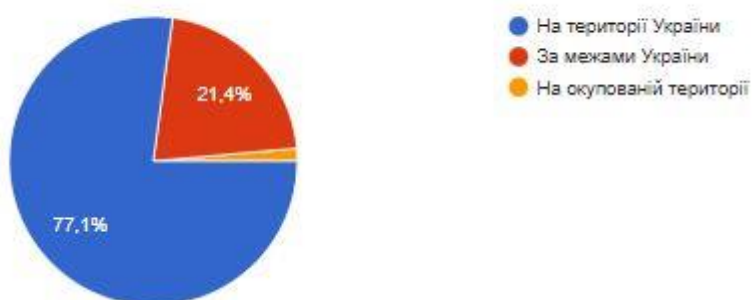


Рис. 2.6. Розподіл по місцю перебування

Сімейний стан:

В шлюбі – 27 осіб;

В стосунках – 18 осіб;

Вільна – 25 осіб.

Наявність (дитини) дітей віком до 21 року:

Є діти (дитина) до 21 року – 31 особа;

Немає дітей (дитини) віком до 21 року – 39 осіб.

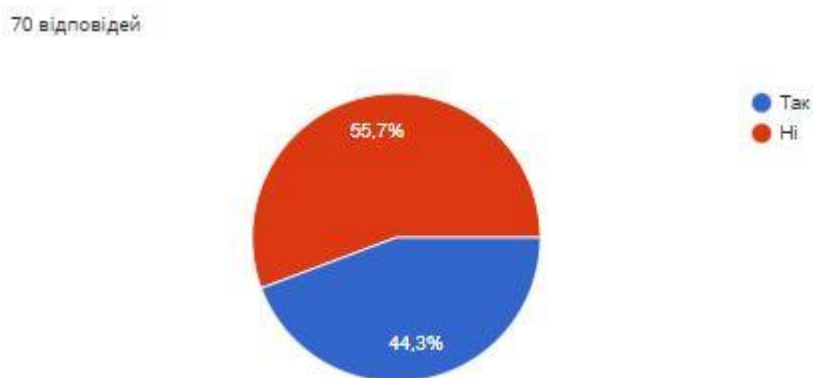


Рис. 2.7. Розподіл по наявності неповнолітніх дітей

Також в анкеті учасниці вказали додатково, чи був у них **досвід наступних стресогенних подій**, пов'язаних з війною:

- Втрата або пошкодження житла – 18,6% (13)
- Вимушена зміна місця проживання – 31,4% (22)
- Втрата близької людини – 25,7% (18)
- Поранення – 1,4 % (1)
- Перебування на окупованій території – 7,1% (5)
- Розлучення родини – 30% (21)
- Втрата роботи або суттєве погіршення фінансового становища – 42,9% (30)
- Перебування близько до місць влучання при обстрілах – 48,6% (34)
- Суттєве погіршення умов проживання – 12,9% (9)
- Переживання за рідних/знайомих у лавах ЗСУ – 52,9% (37)
- Інформаційний стрес – 64,3% (45)
- Нічого з переліченого – 1,4% (1).

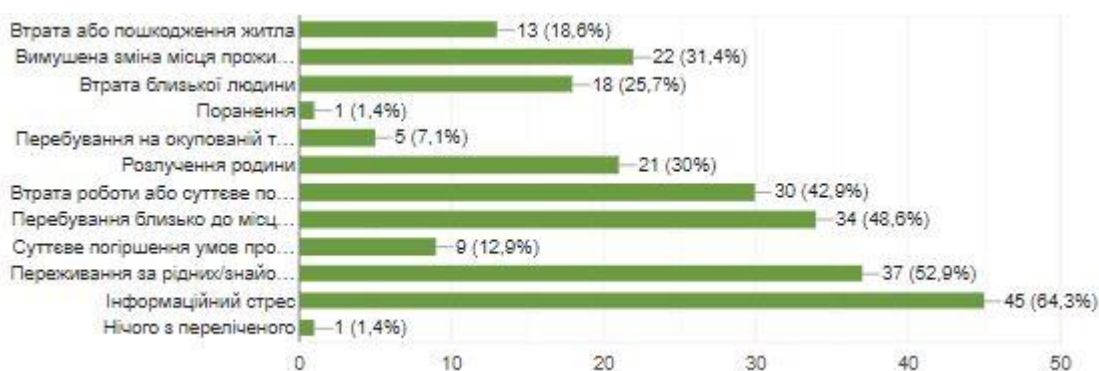


Рис. 2.8. Розподіл по стресогенним факторам

В анкеті учасниці також вказали, чи проходять вони зараз індивідуальну або групову терапію.

Проходять – 8 осіб;

Не проходять – 62 особи.

70 відповідей

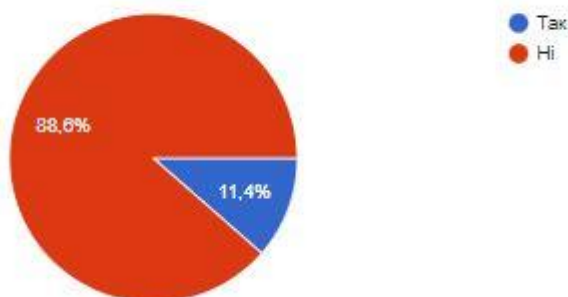


Рис. 2.9. Досвід психотерапії на момент опитування

Також опитувані зазначили, чи використовували вони протягом останнього місяця такі практики усвідомлення, як йога, майндфулнес або медитація.

Не практикують – 50 осіб;

Практикують, але не регулярно – 13 осіб;

Практикують регулярно – 7 осіб.

Чи практикували Ви протягом останнього місяця медитацію, йогу, майндфулнес або інші практики усвідомлення?

70 відповідей

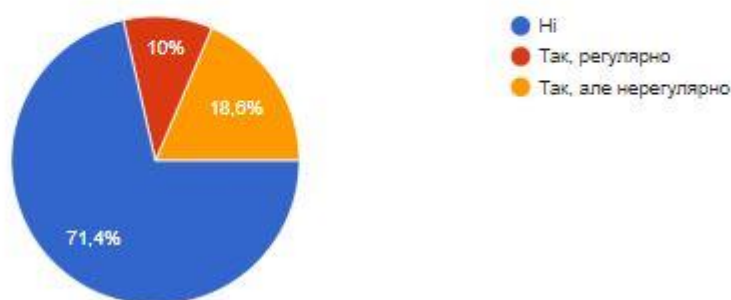


Рис. 2.10. Досвід практик усвідомлення

Час проведення. Опитування було проведено з 3 квітня по 20 травня 2024 року.

Форма проведення. Опитування було проведене онлайн, шляхом розміщення посилання на Google-форму на платформах соцмереж.

Етапи проведення. Спочатку було опитано 70 осіб. Далі була розроблена програма психологічного впливу для саморегуляції дистресу. Серед учасниць опитування була виділена експериментальна група (15 осіб). Вони пройшли онлайн програму з чотирьох занять і домашніх завдань між ними, спрямованих на підвищення тілесної усвідомленості. Після цього в них був повторно вимірний рівень дистресу, соматизації та депресії.

Також була виділена контрольна група з 17 осіб. Вони не брали участь у програмі психологічних заходів. Через півтора місяці в них був теж повторно вимірний рівень дистресу, соматизації та депресії.

2.3 Аналіз та інтерпретація отриманих даних

Масиви даних було перевірено за тестом Шапіро-Уїлка. Значення вищі за 0,05 дозволяють казати, що у вибірці нормальний розподіл, отже можна застосовувати Т-критерії для аналізу і коефіцієнт Пірсона при підрахунках.

Рівень соматизації, дистресу, депресії і тривоги. Аналіз даних показав, що в середньому у опитуваних помірно високий рівень дистресу, депресії і соматизації. Середній рівень тривоги – низький.

Табл. 2.2.

Середні показники дистресу, депресії, соматизації та тривоги

	Середнє значення	Рівень
Дистрес	14,8	Помірно високий
Депресія	3,91	Помірно високий
Соматизація	10,9	Помірно високий
Тривога	6,43	Низький

При цьому **дуже високий рівень депресії** (6-12 балів) був у 25,71% опитуваних (18 осіб).

Помірно високий рівень депресії (3-5 балів) у 32,86% (23 особи).

Низький рівень депресії (0-2 бали) у 41,43% (29 осіб).

Дуже високий рівень тривоги (13-24 балів) у 12,86% опитуваних (9 осіб).

Помірно високий рівень тривоги (8-12 балів) у 18,57% (13 осіб).

Низький рівень тривоги (0-7 балів) у 68,57% (48 осіб).

Дуже високий рівень дистресу (21-32 бали) у 25,71% опитуваних (18 осіб).

Помірно високий рівень дистресу (11-20 балів) у 41,43% (29 осіб).

Низький рівень дистресу (0-10 балів) у 32,86% (23 особи).

Дуже високий рівень соматизації (21-32 бали) у 7,14% опитуваних (5 осіб).

Помірно високий рівень соматизації (11-20 балів) у 45,71% (32 особи).

Низький рівень соматизації (0-10 балів) у 47,14% (33 особи).

Якщо порівнювати групи опитуваних, які знаходяться в Україні і які виїхали, то у тих, хто перебуває на території України, вищий середній рівень дистресу, депресії, тривоги і соматизації.

Середній рівень депресії – 4,02 (в Україні), 3,53 (з межами).

Середній рівень дистресу – 15 (в Україні). 13,9 (за межами).

Середній рівень тривоги – 6,83 (в Україні), 4,73 (за межами).

Середній рівень соматизації – 11,6 (в Україні), 8,13 (за межами).

Але це лише характеристика окремої вибірки, адже аналіз не показав, що це має кореляцію в популяції ($p > 0,05$).

Кореляційна матриця показала, що **депресія, тривога, соматизація і дистрес корелюють між собою** ($p < 0,01$).

Депресія і соматизація з середньою силою зв'язку (Pearson's r 0,398).

Депресія і тривога з сильним зв'язком (Pearson's r 0,619).

Депресія і дистрес з сильним зв'язком (Pearson's r 0,773).

Соматизація і тривога з сильним зв'язком (Pearson's r 0,556).

Соматизація і дистрес з сильним зв'язком (Pearson's r 0,617).

Тривога і дистрес з сильним зв'язком (Pearson's r 0,774).

Табл. 2.3.

Кореляція депресії, соматизації, тривоги і дистресу

		Депресія	Соматизація	Тривога	Дистрес
Депресія	Pearson's r	-	-	-	-
Соматизація	Pearson's r	0,398	-	-	-
Тривога	Pearson's r	0,619	0,556	-	-
Дистрес	Pearson's r	0,773	0,617	0,774	-

* У всіх кореляціях $p < 0,01$

Також середній рівень депресії був нижчий у тих опитуваних, хто не мав дітей віком до 21 року (3,69), ніж у тих, хто мав (4,19). Але це теж не показало кореляції значущої сили в популяції ($p > 0,05$).

Не було виявлено кореляції між рівнем соматизації, дистресу, тривоги та депресії з тим, чи мали опитувані досвід психотерапії і чи практикували вони йогу, медитацію або інші практики усвідомлення.

Тілесна усвідомленість і рівень соматизації, дистресу, депресії і тривоги.

BPQ-SF (нейроцепція). Аналіз тілесної усвідомленості за опитувальником BPQ-SF не виявив кореляції з рівнем дистресу, депресії і тривоги.

Інша шкала цього ж опитувальника «Реактивність автономної нервової системи над діафрагмою» показала кореляцію з рівнем соматизації ($p > 0,01$, Pearson's r 0,597), тривоги ($p > 0,01$, Pearson's r 0,528), депресії ($p > 0,01$, Pearson's r 0,492) і з дистресом ($p > 0,01$, Pearson's r 0,557).

«Реактивність автономної нервової системи над діафрагмою» має кореляцію лише з соматизацією ($p = 0,02$, Pearson's r 0,372).

Табл. 2.4.

Кореляція реактивності над діафрагмою і під діафрагмою з рівнем дистресу, соматизації, депресії і тривоги

		Дистрес	Депресія	Тривога	Соматизація	Bodyawarness	Under	Below
Дистрес	Pearson's r	—						
	p-value	—						
Депресія	Pearson's r	0.750	—					
	p-value	< .001	—					
Тривога	Pearson's r	0.763	0.620	—				
	p-value	< .001	< .001	—				
Соматизація	Pearson's r	0.625	0.398	0.556	—			
	p-value	< .001	< .001	< .001	—			
Bodyawarness	Pearson's r	0.177	0.171	0.232	0.242	—		
	p-value	0.143	0.157	0.053	0.043	—		
Under	Pearson's r	0.557	0.492	0.528	0.597	0.431	—	
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—	
Below	Pearson's r	0.228	0.197	0.261	0.372	0.399	0.404	—
	p-value	0.057	0.103	0.029	0.002	< .001	< .001	—

МАІА-2 (інтероцепція). В опитувальнику, що вимірює різні аспекти інтероцептивного усвідомлення з рівнем соматизації, дистресу, тривоги і депресії корелювала лише шкала «Емоційне усвідомлення».

Табл. 2.5.

Кореляція емоційного усвідомлення з рівнем соматизації, дистресу, тривоги і депресії

Paired Samples T-Test			статистика	df (ступенів свободи)	p
Emotional Awareness	Депресія	Стьюдент t	15.3	69.0	< .001
	Дистрес	Стьюдент t	14.0	69.0	< .001
	Соматизація	Стьюдент t	16.6	69.0	< .001
	Тривога	Стьюдент t	16.4	69.0	< .001

FFMQ (Майндфулнес). За опитувальником майндфулнес було виявлено кореляцію шкали «Усвідомлена дія» з дистресом ($p > 0,01$, Pearson's r 0,399) і тривогою ($p > 0,01$, Pearson's r 0,532).

Шкала «Неосудливість» корелює з рівнем дистресу ($p > 0,01$, Pearson's r 0,491), тривоги ($p > 0,01$, Pearson's r 0,531), депресії ($p > 0,01$, Pearson's r 0,404), але не соматизації.

Табл. 2.6.

Кореляція «Неосудливості» і «Усвідомленої дії» з рівнем дистресу, депресії, соматизації і тривоги

		Дистрес	Депресія	Соматизація	Тривога
Дистрес	Pearson's r	—			
	p-value	—			
Депресія	Pearson's r	0.750	—		
	p-value	< .001	—		
Соматизація	Pearson's r	0.625	0.398	—	
	p-value	< .001	< .001	—	
Тривога	Pearson's r	0.763	0.620	0.556	—
	p-value	< .001	< .001	< .001	—
Усвідомлена дія	Pearson's r	0.399	0.318	0.335	0.532
	p-value	< .001	0.007	0.005	< .001
Неосудливість	Pearson's r	0.491	0.404	0.279	0.531
	p-value	< .001	< .001	0.019	< .001

Окремі стресори і рівень соматизації, дистресу, тривоги і депресії.

Знайдена кореляція стресора «Суттєве погіршення умов проживання» з дистресом і депресією.

Табл. 2.7.

Кореляція стресора «Суттєве погіршення умов проживання» з дистресом і депресією

One-Way ANOVA (Welch's)				
	F	df1	df2	p
Дистрес	30.28	1	12.60	< .001
Депресія	22.69	1	10.16	< .001
Соматизація	14.29	1	8.98	0.004
Тривога	5.10	1	8.52	0.052

Частотний аналіз виявив кореляцію стресора «Суттєве погіршення умов проживання» з чотирма з семи тверджень шкали депресії. Частотний аналіз показав, що опитувані з групи тих, у кого суттєво погіршились умови

проживання, на відміну від тих, у кого такі умови не погіршилися, в більшості погоджувались з такими твердженнями шкали депресії:

«Відсутність сенсу будь-чого»

«Що життя нічого не варте»

«Що більше нічого не приносить задоволення»

«Що Ви у безвихідному становищі».

Табл. 2.8.

Частотний аналіз кореляції стрес-факторів з питаннями шкали депресії

	Втрата дому	Переміщення	Розлучення Родини	Втрата	Фінстан	Обстріл	Умови проживання	Інфострес
28. Відсутність сенсу будь-чого	p = 0.294 Крамер V 0.187	p = 0.291 Крамер V 0.188	p = 0.672 Крамер V 0.107	p = 0.732 Крамер V 0.0945	p = 0.046 Крамер V 0.297	p = 0.244 Крамер V 0.201	p < 0.001 Крамер V 0.451	p = 0.668 Крамер V 0.107
30. Що життя нічого не варте	p = 0.424 Крамер V 0.157	p = 0.965 Крамер V 0.0318	p = 0.527 Крамер V 0.135	p = 0.468 Крамер V 0.147	p = 0.734 Крамер V 0.0940	p = 0.920 Крамер V 0.0487	p = 0.011 Крамер V 0.359	p = 0.849 Крамер V 0.0685
33. Що Вам би було легше, якби Ви померли	p = 0.424 Крамер V 0.157	p = 0.536 Крамер V 0.134	p = 0.328 Крамер V 0.179	p = 0.623 Крамер V 0.116	p = 0.969 Крамер V 0.0299	p = 0.227 Крамер V 0.206	p = 0.050 Крамер V 0.292	p = 0.459 Крамер V 0.149
34. Що нічого більше не приносить задоволення	p = 0.301 Крамер V 0.185	p = 0.798 Крамер V 0.0803	p = 0.828 Крамер V 0.0733	p = 0.540 Крамер V 0.133	p = 0.351 Крамер V 0.173	p = 0.853 Крамер V 0.0675	p = 0.002 Крамер V 0.415	p = 0.615 Крамер V 0.118
35. Що Ви у безвихідному становищі	p = 0.301 Крамер V 0.185	p = 0.798 Крамер V 0.803	p = 0.828 Крамер V 0.0733	p = 0.540 Крамер V 0.133	p = 0.351 Крамер V 0.173	p = 0.853 Крамер V 0.0675	p = 0.002 Крамер V 0.415	p = 0.615 Крамер V 0.118
46. У Вас були думки «Якби ж я помер»?	p = 0.279 Крамер V 0.191	p = 0.842 Крамер V 0.701	p = 0.917 Крамер V 0.0497	p = 0.501 Крамер V 0.140	p = 0.464 Крамер V 0.148	p = 0.838 Крамер V 0.0711	p = 0.084 Крамер V 0.266	p = 0.238 Крамер V 0.203
47. Ви прокручували думки/спогади про подію (-іі) Вашого життя, які Вас засмучували?	p = 0.207 Крамер V 0.212	p = 0.334 Крамер V 0.177	p = 0.551 Крамер V 0.130	p = 0.351 Крамер V 0.140	p = 0.602 Крамер V 0.120	p = 0.770 Крамер V 0.0863	p = 0.418 Крамер V 0.158	p = 0.552 Крамер V 0.130

Подивимось детальніше на розподіл відповідей на твердження «Відсутність сенсу будь-чого» зі шкали депресії в Чотиривимірному опитувальнику симптомів (4DSQ).

Більшість опитуваних, умови проживання яких суттєво не погіршились, обрали варіанти відповіді, що не відчували «відсутності сенсу будь-чого» (40,3%) або відчували іноді (48,4%).

Переважає більшість опитуваних, умови проживання яких суттєво погіршились, обрали варіанти відповіді, що часто відчували «відсутність сенсу будь-чого» (62,5%) або відчували іноді (37,5%). Варіант «не відчував відсутність сенсу» не обрав жоден з цієї групи опитуваних.

Табл. 2.9.

Кореляція «Суттєвого погіршення умов проживання» з твердженням шкали депресії «Відсутність сенсу будь-чого»

Відсутність сенсу будь-чого (варіанти відповіді)	Суттєве погіршення умов проживання	
	Не мало місця	Мало місце
Ні	40,3%	0%
Іноді	48,4%	37,5%
Часто	11,3%	62,5%

Розподіл відповідей на твердження зі шкали депресії «Що життя нічого не варте» теж був різний серед тих, хто зазнав суттєвого погіршення життєвих умов за останні два роки і не зазнав, теж різний.

Переважає більшість опитуваних, умови проживання яких суттєво не погіршились, обрали варіанти відповіді, що не відчували «що життя нічого не варте» (66,1%) або відчували іноді (27,4%).

Опитувані, умови проживання яких суттєво погіршились, порівну обрали варіанти відповіді, що часто відчували «відсутність сенсу будь-чого» (37,5%) або відчували іноді (37,5%). Варіант «не відчували, що життя нічого не варте» обрали 25% з цієї групи.

Табл. 2.10.

Кореляція «Суттєвого погіршення умов проживання» з твердженням шкали депресії «Що життя нічого не варте»

Що життя нічого не варте	Суттєве погіршення умов проживання	
	Не мало місця	Мало місце
Ні	66,1%	25%
Іноді	27,4%	37,5%
Часто	6,5%	37,5%

Розподіл відповідей на твердження зі шкали депресії «Що нічого більше не приносить задоволення» був наступним.

Переважає більшість опитуваних, умови проживання яких суттєво не погіршились, обрала варіант відповіді, що не відчувала «що нічого більше не приносить задоволення» (62,9%) або відчувала іноді (27,4%).

Переважає більшість опитуваних, у яких суттєво погіршились умови проживання, обрала варіант відповідь іноді (62,5%). Також, що часто відчують «що нічого більше не приносить задоволення» зазначили 37,5% з цієї групи. Жоден опитуваний з цієї групи не обрав варіант, що зовсім не відчуває втрату задоволення.

Табл. 2.11.

Кореляція «Суттєвого погіршення умов проживання» з твердженням шкали депресії «Нічого більше не приносить задоволення»

Що нічого більше не приносить задоволення	Суттєве погіршення умов проживання	
	Не мало місця	Мало місце
Ні	62,9%	0%
Іноді	27,4%	62,5%
Часто	9,7%	37,5%

Розподіл відповідей на твердження зі шкали депресії «Що Ви знаходитеся у безвихідному становищі».

Група опитуваних, умови проживання яких суттєво не погіршилися, в переважній більшості обрала варіант відповіді, що не відчувала такого (62,9%) або відчувала іноді (27,4%).

Більшість опитуваних в групі, де суттєво погіршилися умови проживання, обрала варіант відповідь «іноді» (62,5%) бо часто» (37,5%). Жоден опитуваний з цієї групи не обрав варіант, що зовсім не відчуває, що знаходиться у безвихідному становищі.

Табл 2.12.

Кореляція «Суттєвого погіршення умов проживання» з твердженням шкали депресії «Що Ви знаходитеся у безвихідному становищі»

Що Ви знаходитеся у безвихідному становищі	Суттєве погіршення умов проживання	
	Не мало місця	Мало місце
Ні	62,9%	0%
Іноді	27,4%	62,5%
Часто	9,7%	37,5%

При частотному аналізі окремих тверджень шкали тривоги була виявлена кореляція з двома стресорами:

«Суттєве погіршення умов проживання»

«Інформаційний стрес».

Це стосується двох тверджень шкали тривоги з дванадцяти:

21. «Страх незрозумілого походження»

24. «Тривога/панічні атаки».

Коефіцієнт Крамер V показав середню силу знайденої кореляції.

Табл. 2.13.

Частотний аналіз кореляції стрес-факторів з питаннями шкали тривоги

	Втрата Дому	Переїзд	Розлучення Родини	Втрата	Фінстан	Обстріл	Умови проживання	Інфо Стрес
21. Страх незрозумілого походження	p =0.634 Крамер V 0.114	p =0.915 Крамер V 0.0503	p =0.828 Крамер V 0.0734	p =0.254 Крамер V 0.198	p =0.311 Крамер V 0.183	p =0.124 Крамер V 0.244	p <0.001 Крамер V 0.469	p = 0.008 Крамер V 0.371
24.Тривога /панічні атаки	p =0.802 Крамер V 0.0793	p =0.291 Крамер V 0.188	p =0.237 Крамер V 0.203	p =0.356 Крамер V 0.172	p =0.527 Крамер V 0.125	p =0.965 Крамер V 0.317	p = 0.001 Крамер V 0.433	p = 0.031 Крамер V 0.316

Детальніший розподіл згоди з твердженням «Страх незрозумілого походження» зі шкали тривоги показав наступну частотність.

Інформаційний стрес:

З групи тих, хто не зазнав, більшість зазначили, що не мають страху незрозумілого походження (68%).

З групи тих, хто зазнав, більшість відповіла «іноді» (42,2%).

Суттєве погіршення життєвих умов:

З групи тих, хто не зазнав, більшість зазначили, що не мають страху незрозумілого походження (50%).

З групи тих, хто зазнав, більшість відповіла «часто» (62,5%).

Табл. 2.14.

Кореляція «Суттєвого погіршення умов проживання» і «Інформаційного стресу» з твердженням шкали тривоги «Страх незрозумілого походження»

Страх незрозумілого походження	Інформаційний стрес		Погіршення умов проживання	
	Не мало місця	Мало місце	Не мало місця	Мало місце
Ні	68%	35,6%	50%	25%
Іноді	24%	42,2%	38,7%	12,5%
Часто	8%	22,2%	11,3%	62,5%

Детальніший розподіл згоди з твердженням «Тривога/панічні атаки» зі шкали тривоги показав наступну частотність.

Інформаційний стрес:

З групи тих, хто не зазнав, більшість зазначили, що не мають тривоги чи панічних атак (64%).

З тих, хто зазнав, більшість відповіла «іноді» (48,9%).

Суттєве погіршення життєвих умов:

З групи тих, хто не зазнав, більшість зазначили, що в них не було тривоги чи панічних атак (43.5%) або були «іноді» (41.9%).

З групи тих, хто зазнав, більшість відповіла «часто» (75%).

Табл. 2.15.

Кореляція «Суттєвого погіршення умов проживання» і «Інформаційного стресу» з твердженням шкали тривоги «Тривога/панічні атаки»

Тривога/ панічні атаки	Інформаційний стрес		Погіршення умов проживання	
	Не мало місця	Мало місце	Не мало місця	Мало місце
Ні	64%	26,7%	43,5%	12,5%
Іноді	20%	48,9%	41,9%	12,5%
Часто	16%	24,4%	14,5%	75%

Тілесна усвідомленість і стресори. Якщо дивитись на зв'язок рівня тілесної усвідомленості з різними стресорами, де $p < 0,05$, то була виявлена множинна кореляція з середньою силою зв'язку ($R = 0,361$) з «інформаційним стресом». При цьому коефіцієнт детермінації $R^2 = 0,130$, що свідчить про середню силу моделі (зв'язок тілесної усвідомленості з таким фактором впливу, як інформаційний стрес).

Табл. 2.16.

Кореляція «Тілесної усвідомленості» з «Інформаційним стресом»

Модель	R	R ²
1	0.361	0.130

Коефіцієнти моделі - Bodyawareness

Predictor	Оцінити	SE	t	p
Перехват	1.605	0.173	9.25	< .001
Inform Stress	0.691	0.216	3.19	0.002

Порівняння груп з різним рівнем соматизації, дистресу, депресії і тривоги.

Не виявлено кореляції з місцем проживання, віком і сімейним станом.

Зі стресором «Суттєве погіршення умов проживання» корелює «дуже високий рівень депресії».

Табл. 2.17.

Кореляція стресора «Суттєве погіршення умов проживання» з різними рівнями депресії

Корреляционная матрица

		Депресія помірна	Депресія висока	Депресія дуже висока
Депресія помірна	Pearson's r	—		
	p-value	—		
Депресія висока	Pearson's r	-0.571	—	
	p-value	< .001	—	
Депресія дуже висока	Pearson's r	-0.498	-0.427	—
	p-value	< .001	< .001	—
Living-	Pearson's r	-0.293	-0.156	0.488
	p-value	0.014	0.198	< .001

Стресор «Суттєве погіршення умов проживання» корелює з дуже високим рівнем соматизації.

Табл. 2.18.

Кореляція стресора «Суттєве погіршення умов проживання» з різними рівнями соматизації

		Living-
Living-	Pearson's r	—
	p-value	—
Соматизація помірна	Pearson's r	-0.256
	p-value	0.034
Соматизація висока	Pearson's r	0.031
	p-value	0.800
Соматизація дуже висока	Pearson's r	0.423
	p-value	< .001

«Реактивність над діафрагмою» корелює з дуже високим рівнем депресії.

Табл. 2.19.

Кореляція «Реактивності над діафрагмою» з різними рівнями депресії

Корреляционная матрица

		Депресія помірна	Депресія висока	Депресія дуже висока
Депресія помірна	Pearson's r	—		
	p-value	—		
Депресія висока	Pearson's r	-0.571	—	
	p-value	< .001	—	
Депресія дуже висока	Pearson's r	-0.498	-0.427	—
	p-value	< .001	< .001	—
Реагування над діафрагмою	Pearson's r	-0.389	0.016	0.412
	p-value	< .001	0.894	< .001

«Реактивність над діафрагмою» корелює з дуже високим рівнем тривоги.

Табл. 2.20.

Кореляція «Реактивності над діафрагмою» з різними рівнями тривоги

Реагування над діафрагмою		
Реагування над діафрагмою	Pearson's r	—
	p-value	—
Living-	Pearson's r	0.457
	p-value	< .001
Тривога помірна	Pearson's r	-0.607
	p-value	< .001
Тривога висока	Pearson's r	0.356
	p-value	0.003
Тривога дуже висока	Pearson's r	0.417
	p-value	< .001

«Реактивність над діафрагмою» корелює з дуже високим дистресом.

Табл. 2.21.

Кореляція стресора «Реактивності над діафрагмою» з різними рівнями дистресу

Корреляційна матриця		
Реагування над діафрагмою		
Реагування над діафрагмою	Pearson's r	—
	p-value	—
Дистрес помірний	Pearson's r	-0.340
	p-value	0.004
Дистрес високий	Pearson's r	-0.127
	p-value	0.294
Дистрес дуже високий	Pearson's r	0.513
	p-value	< .001

«Реактивність над діафрагмою» корелювала з дуже високою соматизацією.

Табл. 2.22.

Кореляція «Реактивності над діафрагмою» з різними рівнями соматизації

Корреляційна матриця		Реагування над діафрагмою
Реагування над діафрагмою	Pearson's r	—
	p-value	—
Соматизація помірна	Pearson's r	-0.445
	p-value	< .001
Соматизація висока	Pearson's r	0.111
	p-value	0.360
Соматизація дуже висока	Pearson's r	0.634
	p-value	< .001

Ми проаналізували середні бали шкали «Реактивності над діафрагмою» відповідно до кожного стресора, наведеного в анкеті. У вибірці ми бачимо найвище реагування автономної нервової системи над діафрагмою у випадку «суттєвого погіршення умов проживання», на другому місці «погіршення фінансового стану», третю сходинку ділять «інформаційний стрес» і «перебування близько до місць влучання під час обстрілів».

Табл. 2.23.

Середній рівень «Реактивності над діафрагмою» відповідно до різних стресорів

Стрес-фактори	Реакція АНС над діафрагмою	
	Стрес-фактор присутній	Стрес-фактор відсутній
Втрата житла	0,984	0,946
Втрата близького	1,07	0,906
Переміщення	0,990	0,936
Перебування близько до обстрілу	1,09	0,818
Роз'єднання родини	1,08	0,908
Погіршення фінансів	1,10	0,850
Погіршення умов проживання	1,82	0,841

Близький в ЗСУ	0,934	0,962
Інформаційний стрес	1,09	0,714

Проте лінійна регресія показала значущу в популяцію кореляцію тільки по умовам проживання з реагуванням автономної нервової системи.

Табл. 2.24.

Кореляція «Реактивності над діафрагмою» зі стресором «Суттєве погіршення умов проживання»

Показники відповідності моделі

Модель	R	R ²
1	0,457	0,209

Коефіцієнти моделі - Реагування над діафрагмою

Predictor	Оцінити	SE	t	p
Перехват ^a	0,841	0,0782	10,75	< .001
Living-:				
1 - 0	0,980	0,2314	4,24	< .001

Висновки до розділу 2

Українці зараз масово переживають досвід дистресу війни. Його характеризує тривалий час впливу і невизначеність щодо того, коли джерело дистресу (війна) припиниться. Це стосується, як українців на території країни, так і за її межами.

Всі вони переживають вплив різних стресогенних факторів потужної сили. Дані анкети перед опитуванням показали, що з 70 цивільних осіб нашої вибірки протягом останніх двох років:

- 64,3% зазначили, що зазнають впливу інформаційного стресу;
- 52,9% вказали, що переживають за рідних і знайомих в лавах ЗСУ, які служать в зоні бойових дій;
- 48,6% мали досвід перебування близько до місць влучання під час обстрілів;

- 42,9% втратили роботу або зазнали суттєве погіршення фінансового становища;
- 31,4% вимушено змінили місце проживання;
- 30% повідомили про факт роз'єднання родини;
- 25,7% пережили втрату близької людини;
- 18,6% повідомили про пошкодження або втрату житла;
- 12,9% мали досвід суттєвого погіршення умов проживання;
- 7,1% перебували на окупованій території;
- 1,4% стрес-факторів це поранення.

Лише одна з опитуваних (1,4%) вказала, що не мав місце жоден з перелічених стрес-факторів.

Всі ці фактори вплинули на рівень дистресу, тривоги, депресії і соматизації, що показали результати опитування:

- Дуже високий рівень депресії – у 25,71%;
- Дуже високий рівень дистресу – у 25,71%;
- Дуже високий рівень тривоги – у 12,86%;
- Дуже високий рівень соматизації – у 7,14%.

Щодо середніх показників, то депресія, дистрес і соматизація були на помірному рівні, тривога – низький рівень. Такі дані в цілому підтверджують результати мета аналізу щодо рівня психічних розладів під час війни.

Відповідно до інтерпретації опитувальника 4DSQ, це може свідчити про поширеність під час війни, як поведінкових розладів, так і синдромів, пов'язаних зі стресом.

При цьому за психологічною допомогою звертались 11,4% опитаних, 88,6% не звертались (у опитуванні Gradus 2024 року ці показники були відповідно 22% проти 78%).

Рівень депресії, дистресу, тривоги і соматизації корелював між собою. Тобто можна припустити, що наявність поведінкового розладу може сприяти і реактивності у відповідь на стрес і навпаки.

Була виявлена кореляція віку з рівнем дистресу і соматизації, але не з депресією і тривогою. Це дає підстави для того, щоб вважати вік фактором ризику для таких станів, як нервовий зрив, вигорання, розлад адаптації – тобто тих, що пов'язані з реакцією на стрес.

В теоретичній частині ми зазначили, що феномен тілесної усвідомленості – широке поняття, в емпіричній частині ми виміряли різні її аспекти у світлі конструктів інтероцепції, нейроцепції та майндфулнес. Особливо нас цікавило питання, як тілесна усвідомленість пов'язана з рівнем дистресу, соматизації, тривоги та депресії.

В концепції нейроцепції (опитувальник BPQ-SF) конструкт «тілесна усвідомленість» не мав таких кореляцій. Зате кореляцію з рівнем усіх цих розладів мав конструкт «реактивність вегетативної нервової системи над діафрагмою». Конструкт «реактивності вегетативної нервової системи під діафрагмою» мав кореляцію лише з соматизацією.

В концепції інтероцепції (опитувальник MAIA-2) з рівнем дистресу, депресії, тривоги і соматизації корелював один вимірюваний конструкт – «Емоційне усвідомлення».

В концепції майндфулнес (опитувальник FFMQ) з п'яти шкал було знайдено кореляцію двох вимірюваних конструктів. «Неосудливість» корелювала з депресією, дистресом і тривогою, але не соматизацією. «Усвідомлена дія» - з тривогою і дистресом.

Щодо стресових подій, то була виявлена кореляція стрес-фактора «Суттєве погіршення умов проживання» з рівнем депресії і тривоги. А саме з дуже високим рівнем депресії і тривоги. В шкалі депресії з «Суттєвим погіршення умов проживання» корелювали такі твердження, як «Відсутність сенсу бідь-чого», «Що життя нічого не варте», «Що більше нічого не приносить задоволення», «Що ви у безвихідному стані». В шкалі тривоги – твердження «Безпричинний страх» та «Тривога/панічні атаки». Ці результати дають змогу висунути кілька припущень. Мета аналіз досліджень розладів, асоційованих з війною, показав, що депресія частіше була пов'язана з соціально-

психологічними чинниками, тривога – зі стресом. В цьому світлі «Значне погіршення життєвих умов» можна розглядати, як значний фактор ризику для розвитку депресії. У цього може бути багато пояснень. Висунемо кілька гіпотез. По-перше, «значне погіршення умов проживання» це щоденний довготривалий стресор. По-друге, він може включати в себе і безліч інших стресорів, коли поставити питання, чому значно погіршились умови проживання. Це може бути через вимушене переміщення, втрату житла, погіршення фінансового становища. Суттєвим погіршенням умов проживання також може бути перебування в умовах відключення світла, води, інтернету, тобто тих реалій, з якими стикаються українці. В цьому плані на ці «незручності» можна подивитись, як на недооцінений по силі впливу фактор ризику розвитку депресії і тривоги.

Що стосується конструкту «тілесної усвідомленості» (в фокусі нейроцепції), то була знайдена його кореляція з практикою йоги та медитації. Також серед стресорів була знайдена кореляція «тілесної усвідомленості» з «інформаційним стресом». Оскільки статистичний аналіз не визначає казуацій, а лише кореляції, то ми можемо висунути кілька гіпотез. Перша – інформаційний стрес знижує «тілесну усвідомленість», тобто уважність до сигналів тіла, а отже і до себе. Також, пам'ятаючи, що «інформаційний» стрес корелював з тривогою, а саме такими її проявами, як «страх незрозумілого походження» і «тривога/панічні атаки», можна припустити, що реакції тривоги сукупні зниженню усвідомленості тіла (дисоціації). Друга гіпотеза – знижена «тілесна усвідомленість» сама по собі стає чинником, який підвищує реагування на інформаційний стрес і виникнення «страху незрозумілого походження». З цієї точки зору практика йоги та медитації, що корелюють з рівнем тілесної усвідомленості, опосередковано могли би зменшити вплив «інформаційного стресу».

Проведений аналіз і зроблені висновки дають змогу розробити рекомендації для саморегуляції на основі практик, спрямованих на розвиток тілесної усвідомленості. На етапі експерименту ми впровадимо таку програму

психологічних заходів і проаналізуємо, чи мала вона вплив на рівень дистресу, тривоги і депресії.

РОЗДІЛ 3. ЗАХОДИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ВПЛИВУ З МЕТОЮ ПІДВИЩЕННЯ ТІЛЕСНОЇ УСВІДОМЛЕННОСТІ ДЛЯ РЕГУЛЯЦІЇ ДИСТРЕСУ

3.1 Психологічна робота з клієнтами з проявами депресії, тривожності на основі тілесної усвідомленості

Як показало наше емпіричне дослідження, а також, як зазначають спеціалісти в галузі психологічного здоров'я, часто може спостерігатися поєднання психопатологічних феноменів тривоги та депресії, детерміноване «чинником загального дистресу». Високий ризик коморбідності цих розладів може відбуватися через схожі дисфункції нейрофізіологічних систем при цих захворюваннях [11].

Як зазначають психологи, більшість пацієнтів з проявами депресії, тривоги, а також різних реакцій на стрес, потребують комплексного персоналізованого підходу. Він включає в себе психоедукацію, психотерапію, психологічну підтримку, фармако-терапію. Застосування одразу кількох ресурсів допоможе досягти максимально ефекту за короткий проміжок часу [15].

За міжнародними стандартами лікування депресивних і тривожних розладах, оптимальною тактикою є поєднання фармако- та психотерапії. Психотерапія вважається першою лінією терапії тривожних розладів. Для терапії депресивного розладу, клінічний підхід, який дозволяє встановити ступінь тяжкості і призначити антидепресанти, також має поєднуватися з психологічною допомогою, психоедукацією пацієнта і його рідних [9].

За наявності у пацієнта одночасно депресії і тривоги міжнародні настанови рекомендують першою лікувати депресію [11].

Щодо лікування тривожних розладів, то також бажаний комплексний підхід, як і у випадку з депресією. При виборі психотерапії найчастіше рекомендують травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію (КПТ). Її переваги в тому, що це дасть змогу працювати з травматичними спогадами,

емоціями, реструктуризувати поняття, пов'язані з травмою. Поведінково КПТ спрямована на допомогу в подоланні поведінкового уникнення і підтримку в адаптації.

Цікаво, що було проведене дослідження, результати якого дозволяють зробити припущення, що при роботі з тривогою і депресією ефективність КПТ та психофармакологічної корекції може бути зіставною [13].

Також комплексна психотерапія може включати терапію прийняття та прихильності (Acceptance and Commitment Therapy, АСТ), міжособистісну терапію, когнітивну терапію на основі уважності, дихальні вправи, м'язову релаксацію.

При роботі з пацієнтами з тривожними розладами слід звертати увагу на проблему вигорання, щоб людина не впала у так звану «воронку виснаження». Цей термін запропонувала професорка Каролінського університету (Швеція) Marie Esberg. Вона звернула увагу на те, що, коли збільшується кількість обов'язків і справ, першою з реакцій є відмова від незначних та неважливих справ. Але парадокс в тому, що часто для людини «неважливими справами» виявляться саме ті, які дають ресурс і натхнення. Вона рекомендує при лікуванні тривожних розладів відновити відчуття рутини, що включає в себе певний невиснажливий розпорядок дня, роботу чи навчання за планом, планування режиму харчування та сну.

При наслідках дистресу для клінічних втручань використовують роботу з тілесною усвідомленістю. Можлива інтервенція при цьому спрямована на роботу по відновленню чутливості і подоланні відчуттів дереалізації чи деперсоналізації. В межах тренування уваги до відчуттів тіла корисними можуть бути:

- спрямована увага на сенсорний досвід
- робота з диханням, заземленням, сповільненням
- практики самоспівчуття з візуалізацією [14].

Важливо зазначити, що ці підходи не підходять для діючих військових, які приймають участь у бойових діях, адже для них здатність ігнорувати біль або страх може бути адаптивною.

Але за межами цього досвіду військовим важливо знати про свої тілесні відчуття.

Зокрема, в США за фінансування від Міністерства оборони дослідники вивчають втручання для покращення інтероцепції, щоб зменшити ризик самогубства, розладів харчування та інших негативних наслідків як для військовослужбовців, так і для цивільних.

Інтероцептивні дії, які можуть допомогти: дихальні вправи, згинання пальців ніг, пляшки з водою з підказками про пиття, розумний годинник для вимірювання частоти серцевих скорочень, трекери сну, йога, усвідомленість, медитація зі сканування тіла, фізичні вправи.

3.2 Заходи психологічного впливу для саморегуляції дистресу

На основі підходів, що спираються на розвиток і повернення тілесної усвідомленості, а також на основі висновків на базі аналізу даних опитування, нами була розроблена програма, спрямована на саморегуляцію в умовах дистресу.

Нагадаємо, висновки, які ми використали, щоб розробити відповідну програму заходів.

1. Реактивність нервової системи над діафрагмою корелювала з рівнем чотирьох симптомів (дистрес, депресія, тривога, соматизація).
Реактивність під діафрагмою – з соматизацією. Відповідно було вирішено залучити тілесні практики з акцентом на верхню частину тіла (серце, дихання, доторки до грудної клітини, прогладжування плечей, соматичні вправи з застосуванням долонь).

2. В опитувальнику майндфулнес з тривогою, дистресом і депресією корелювали «Усвідомленість дій» і «Неосудливість». Було вирішено включили практики самоспівчуття.
3. В опитувальнику інтероцепції з рівнями розладів, асоційованих з війною, корелювала «Емоційна усвідомленість». В програму була включена психоедукація, а також можливість усвідомити і розділити емоції, які виникають під час стресу і тривоги.

Коротко загальні рекомендації, на які ми спиралась під час створення програми саморегуляції, були такими:

- Зменшувати реактивність вегетативної нервової системи над і під діафрагмою (вона подає сигнал про небезпеку);
- Збільшувати усвідомленість дій на протигагу автоматичним реакціям;
- Збільшувати неосудливість, як якість утримуватися від негативної оцінки своїх думок і переживань;
- Збільшувати усвідомлення своїх емоцій;
- Звернути увагу на щоденні стресори, зокрема такі, як умови проживання;
- Окреслити стани і випадки, коли краще звернутись за допомогою до психолога чи лікаря, адже одних тілесних вправ може бути недостатньо.

Етапи проведення програми заходів. Вона була реалізована онлайн і тривала два тижні з 1 по 15 травня 2024 року. Програма складалась із чотирьох занять (по два заняття на тиждень) і домашніх завдань між ними.

В програмі взяла участь експериментальна група досліджуваних із 15 жінок у віці від 18 до 50 років.

Це була змішана група, учасниці якої, як проживали на території України, так і за її межами (перемістились через війну).

Перед проходженням програми всі учасниці пройшли тест, який вимірював рівень соматизації, дистресу, тривоги та депресії.

Для реалізації програми в соцмережі була створена закрита група, куди два рази на тиждень викладались відеозаписи занять, а також домашнє завдання. Були тести для самостійного оцінювання стресу і тривоги,

можливість зворотного зв'язку і обговорень. Учасниці дослідження працювали над відео самостійно.

Перед початком був оголошений розклад програми по датам і змісту кожного заняття, а також оприлюднена інструкція для розуміння того, як буде проходити експеримент.

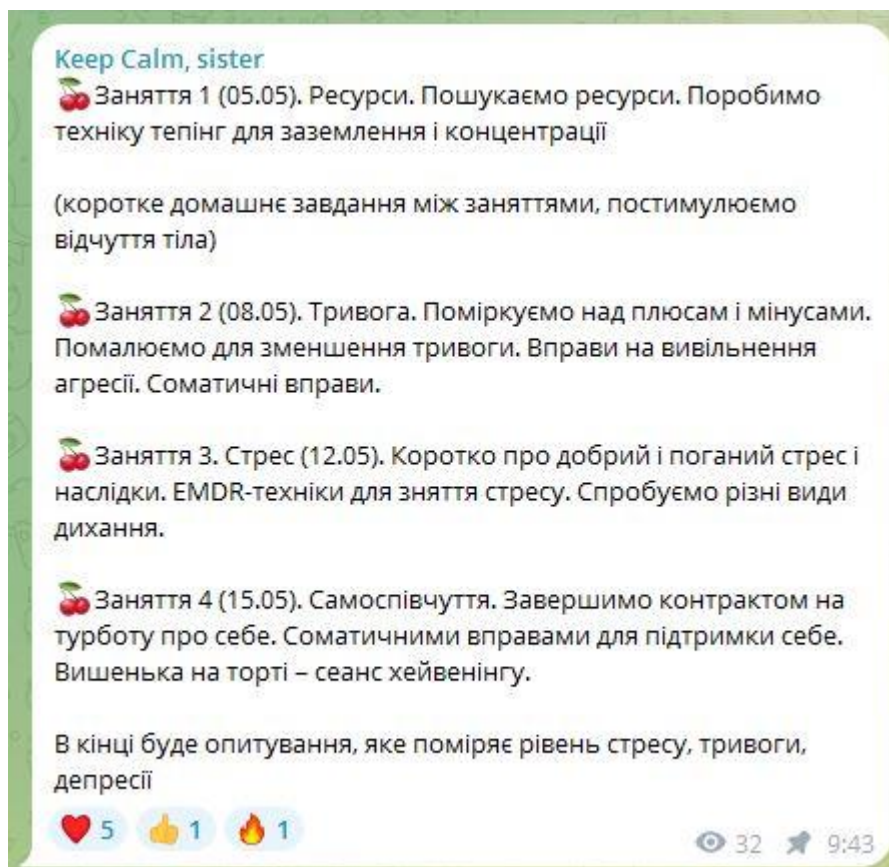


Рис. 3.1. Розклад і програма онлайн програми психологічних заходів, спрямованих на саморегуляцію в умовах дистресу війни

Також учасниці були проінформовані, що для проходження занять їм знадобиться блокнот або зошит, щоб відмічати зміни в своєму стані, та навушники для комфортного виконання домашнього завдання.

Сама програма складалась з чотирьох занять. Кожне з них було побудоване за загальною схемою:

1. Оцінювання свого стану тривожності перед заняттям по шкалі від 0 до 10.
2. Психоедукація.
3. Вправи.
4. Оцінювання свого стану тривожності після заняття по шкалі від 0 до 10.

5. Домашнє завдання між заняттями.

Теми занять були наступними:

1. «Ресурси»
2. «Стрес»
3. «Тривога»
4. «Самопідтримка і самоспівчуття».

Перше заняття «Ресурси». Воно було присвячено важливості ресурсів в умовах дистресу. Ми шукали власні ресурси, які допомагають долати стрес, бо стають джерелом сил та натхнення, допомагають наповнюватись силами. Для цього було запропоновано зробити карту власних ресурсів у вигляді малюнку. Аркуш було розділено на дев'ять секторів, де в центрі треба було намалювати себе. Довкола, у кожній клітинці намалювати один зі своїх ресурсів.

Наприклад, спілкування з близькими, заняття спортом, улюблену їжу, ранкову чашку кави, перебування на природі, музику, фільми, домашніх улюбленців тощо. Учасницям було запропоновано в часи, коли стресу стає більше, приділяти увагу цим ресурсам і знаходити час на те, щоб їх отримати. В кореляції – чим більший стрес, тим активніше треба залучати ці ресурси.

В якості вправ учасницям були запропоновані соматичні вправи на заспокоєння. Зокрема два варіанти вправи «вісімка» (малювання кіл на тильному боці долоні, яка лежить на грудній клітині та малювання «вісімок» на зап'ястку). Також було запропоновано зробити техніку тепінг (tapping) – простукування подушечками пальців обличчя. І такий різновид тепінгу, як вправа «удар каратиста» (простукування пальцями ребра долоні). Далі було запропоновано поєднати «удар каратиста» з рухом очей для активації роботи мозку.

Друге заняття «Тривога». Воно було присвячено тривозі. Ми розбирали її функцію («плюси» і «мінуси»). Шукали, як вона проявляється в тілі, думках, емоціях, поведінці. Аналізували, чим тривога відрізняється від страху і чому її складно витримувати. Також було донесено при яких станах краще звернутись за допомогою до психолога чи психіатра.

Для зниження тривожності було запропоновано помалювати. Спочатку учасниці мали намалювати ситуацію, де вони відчували тривогу. Потім розділити аркуш на дев'ять секторів, як для вправи «Ресурси» з першого заняття. Довкола намалювати свої ресурси, в центрі – тривожну ситуацію з першого малюнка. Далі пропонувалось оцінити свої відчуття при перегляді першого малюнка і при перегляді другого.

В якості соматичних вправ було запропоновано дві вправи на вивільнення агресії (за допомогою активного зіткнення пальців у переплетенні рук і активних видихів з висунутою вперед щелепою). До учасниць був донесений принцип, що у стані збудження спочатку треба вивільнитись від агресії в тілі і лише потім переходити до заспокоєння.

Третє заняття «Стрес». Воно було присвячено стресу. В рамках психоедукації ми розбирали, для чого потрібен стрес, яка його функція. Говорили про еустрес (добрий стрес, який допомагає адаптуватись) і дистрес (стан, коли стрес виснажує організм). Акцентували увагу на тому, які є етапи дистресу, симптоми і наслідки для здоров'я.

Розбирали поняття об'єктивного стресу (як вплив стрес-факторів) і суб'єктивного стресу (як індивідуальну реакцію на стрес-фактори), про те, що таке дистрес.

Під час вправ практикували EMDR-техніки («Метелик»; асиметричне прогладжування ніг; «Вісімка» у вигляді «хвиль океану»). Завершили різними видами дихання «за квадратом» (дихання «4-4-4-1» для енергійності, дихання «4-7-8» при панічних атаках). Перед цим учасницям був роз'яснений принцип дихальних вправ, який полягав в тому, що довший видих застосовують для заспокоєння, рівний вдих і видих для балансу, довший вдих для припливу сил. Це було зроблено для того, щоб розуміючи ці принципи учасниці могли застосовувати їх в саморегулюванні відповідно до своїх станів.

Четверте заняття «Самопідтримка і самоспівчуття». Обговорювали, що таке самоспівчуття, турбота про себе, в чому вони можуть проявлятися і як важливо підтримувати себе під час дистресу.

Були запропоновані такі соматичні підтримуючі вправи, як «Обійми серця» (для заспокоєння), «Метелик» (для самопідтримки), а також техніка «Хейвенінг» для відчуття безпеки.

Домашнє завдання. В якості домашнього завдання між заняттями протягом двох тижнів було запропоновано наступні щоденні активності:

1. Зранку активація стоп для заземлення і центрування.
2. Вдень кілька хвилин прослуховування білатеральної музики (bilateral music) для заспокоєння. Був запропонований плей-лист зі звуками природи від американського психотерапевта David Grand, який запропонував психотерапевтичний підхід Brainspotting.
3. Увечері аудіо вправа на сканування тіла методом почергового «напруження-розслаблення» окремих груп м'язів. Ця вправа пропонувалась з метою заспокоєння перед сном.

3.3 Аналіз ефективності заходів психологічного впливу

В контрольній групі, яка не проходила програму заходів психологічного впливу, було 17 осіб. В експериментальній групі приймали участь 15 осіб. В учасників обох груп ми виміряли рівень соматизації, дистресу, тривоги і депресії за допомогою опитувальника 4DSQ. Через півтора місяця ми знову виміряли дані по цим показникам. При цьому в експериментальній групі після двох тижнів участі в програмі заходів психологічного впливу.

Індивідуальні результати першого і другого вимірювання в контрольній групі.

На початку аналізу представимо індивідуальні результати вимірювання в контрольній групі і порівняємо перше і друге опитування.

На початку в групі з 17 осіб було:

Соматизація: низький рівень (7 осіб), помірно високий рівень (7 осіб), дуже високий рівень (3 особи).

Дистрес: низький рівень (8 осіб), помірно високий рівень (6 осіб), дуже високий рівень (3 особи).

Тривога: низький рівень (13 осіб), помірно високий рівень (1 особа), дуже високий рівень (3 особи).

Депресія: низький рівень (5 осіб), помірно високий рівень (8 осіб), дуже високий рівень (4 особи).

Табл. 3.1.

Розподіл рівня соматизації, дистресу, тривоги, депресії в контрольній групі під час першого вимірювання

	Низький	Помірно високий	Дуже високий
Соматизація	7	7	3
Дистрес	8	6	3
Тривога	13	1	3
Депресія	5	8	4

Результат повторного вимірювання через півтори місяці:

Соматизація: низький рівень (10 осіб), помірно високий рівень (5 осіб), дуже високий рівень (2 особи).

Дистрес: низький рівень (8 осіб), помірно високий рівень (6 осіб), дуже високий рівень (3 особи).

Тривога: низький рівень (14 осіб), помірно високий рівень (1 особа), дуже високий рівень (3 особи).

Депресія: низький рівень (5 осіб), помірно високий рівень (8 осіб), дуже високий рівень (4 особи).

Табл.3.2.

Розподіл рівня соматизації, дистресу, тривоги, депресії в контрольній групі під час повторного вимірювання

	Низький	Помірно високий	Дуже високий
Соматизація	10	5	2

Дистрес	8	5	4
Тривога	14	1	2
Депресія	8	6	3

Якщо порівняти ці показники, то можна констатувати наступне:

1. У 3 осіб з 17 знизився рівень соматизації ;
2. У 1 особи з 17 підвищився рівень дистресу;
3. У 1 особи з 17 знизився рівень тривоги;
4. У 3 осіб з 17 знизився рівень депресії.

Табл. 3.3.

Порівняльний розподіл рівня соматизації, дистресу, тривоги, депресії в контрольній групі під час першого і другого вимірювання

	Низький		Помірно високий		Дуже високий	
	квітень	травень	Квітень	травень	квітень	травень
Соматизація	7	10	7	5	3	2
Дистрес	8	8	6	5	3	4
Тривога	13	14	1	1	3	2
Депресія	5	8	8	6	4	3

Нижче в таблиці ми зібрали індивідуальні результати вимірювання в контрольній групі під час першого і повторного опитування.

Табл. 3.4.

Таблиця результатів в балах під час першого і повторного вимірювання в контрольній групі

	Соматизація		Дистрес		Тривога		Депресія	
	1	2	1	2	1	2	1	2
Учасник 1	3	3	10	6	5	1	4	1
Учасник 2	20	16	30	31	20	16	14	14
Учасник 3	24	14	20	21	13	8	7	5
Учасник 4	3	2	6	8	5	3	1	1

Учасник 5	13	10	8	3	3	3	0	0
Учасник 6	7	5	16	14	6	7	5	5
Учасник 7	8	9	17	15	2	4	3	3
Учасник 8	19	13	18	14	3	5	3	2
Учасник 9	14	11	8	9	0	1	1	1
Учасник 10	13	8	20	17	5	3	4	3
Учасник 11	8	4	10	10	1	0	5	8
Учасник 12	13	12	18	14	5	4	7	2
Учасник 13	5	4	9	10	3	3	3	1
Учасник 14	3	6	6	9	4	6	4	5
Учасник 15	13	17	24	25	20	15	7	6
Учасник 16	25	21	24	23	8	5	9	4
Учасник 17	14	10	10	9	4	3	0	2

Індивідуальні результати першого і другого вимірювання в експериментальній групі.

На початку в групі з 15 осіб було:

Соматизація: низький рівень (7 осіб), помірно високий рівень (8 осіб), дуже високий рівень (0 осіб).

Дистрес: низький рівень (1 особа), помірно високий рівень (9 осіб), дуже високий рівень (5 осіб).

Тривога: низький рівень (10 осіб), помірно високий рівень (4 особи), дуже високий рівень (1 особа).

Депресія: низький рівень (5 осіб), помірно високий рівень (2 особи), дуже високий рівень (8 осіб).

Табл. 3.5.

Розподіл рівня соматизації, дистресу, тривоги, депресії в експериментальній групі під час першого вимірювання

	Низький	Помірно високий	Дуже високий
Соматизація	7	8	0
Дистрес	1	9	5

Тривога	10	4	1
Депресія	5	2	8

Результат повторного вимірювання в експериментальній групі через півтори місяці:

Соматизація: низький рівень (14 осіб), помірно високий рівень (1 особа), дуже високий рівень (0 осіб).

Дистрес: низький рівень (8 осіб), помірно високий рівень (5 осіб), дуже високий рівень (2 особи).

Тривога: низький рівень (14 осіб), помірно високий рівень (0 особа), дуже високий рівень (1 особа).

Депресія: низький рівень (9 осіб), помірно високий рівень (5 осіб), дуже високий рівень (1 особа).

Табл. 3. 6

Розподіл рівня соматизації, дистресу, тривоги, депресії в експериментальній групі під час повторного вимірювання

	Низький	Помірно високий	Дуже високий
Соматизація	14	1	0
Дистрес	8	5	2
Тривога	14	0	1
Депресія	9	5	1

Якщо порівняти ці показники, то можна констатувати наступне:

1. У 7 осіб з 15 знизився рівень соматизації ;
2. У 7 осіб з 15 знизився рівень дистресу;
3. У 4 особи з 15 знизився рівень тривоги;
4. У 4 осіб з 15 знизився рівень депресії.

Табл. 3. 7.

Порівняльний розподіл рівня соматизації, дистресу, тривоги, депресії в експериментальній групі під час першого і другого вимірювання

	Низький		Помірно високий		Дуже високий	
	квітень	травень	Квітень	Травень	квітень	Травень
Соматизація	7	14	8	1	0	0
Дистрес	1	8	9	5	5	2
Тривога	10	14	4	0	1	1
Депресія	5	9	2	5	8	1

Нижче в таблиці ми зібрали індивідуальні результати вимірювання в експериментальній групі під час першого і повторного опитування.

Табл. 3. 8.

Таблиця результатів в балах під час першого і повторного вимірювання в експериментальній групі

	Соматизація		Дистрес		Тривога		Депресія	
	1	2	1	2	1	2	1	2
Учасник 1	12	4	23	3	8	0	6	0
Учасник 2	19	12	28	11	12	4	7	2
Учасник 3	12	6	6	5	3	2	1	0
Учасник 4	3	2	17	13	2	4	10	2
Учасник 5	15	9	15	9	4	5	6	3
Учасник 6	4	6	25	30	13	14	12	13
Учасник 7	4	0	16	3	6	1	1	0
Учасник 8	12	9	17	14	7	4	3	3
Учасник 9	10	7	17	7	4	0	5	2
Учасник 10	9	8	18	12	5	1	2	2
Учасник 11	14	10	22	20	10	6	8	5
Учасник 12	4	2	11	5	7	3	6	3
Учасник 13	5	3	11	7	3	2	2	1
Учасник 14	13	7	15	5	8	1	1	0
Учасник 15	12	7	27	25	7	4	8	5

Середні показники в двох групах і їх порівняння між собою. Наведемо середні показники рівня депресії, дистресу, соматизації і тривоги при першому вимірюванні:

Середній рівень соматизації – контрольна (12,1), експериментальна (9,71).

Середній рівень дистресу – контрольна група (14,9), експериментальна (17,2).

Середній рівень тривоги – контрольна група (6,29), експериментальна (6,57).

Середній рівень депресії – контрольна група (4,35), експериментальна (5).

Як ми бачимо, середній рівень дистресу і депресії в обох групах був на рівні «Помірно високий», середній рівень тривога в обох групах «Низький», середній рівень соматизації в контрольній групі «Помірно високий», в експериментальній «Низький».

Якщо дивитись окремо по балах, то в контрольній групі був трохи вищий середній рівень соматизації і відповідно нижчий рівень дистресу тривоги і депресії. В експериментальній групі в балах був трохи вищий рівень дистресу, тривоги і депресії порівняно з контрольною групою. Ці дані ми оформили в таблицю.

Табл. 3. 9.

Середній рівень соматизації, дистресу, тривоги, депресії під час першого вимірювання в двох групах

	Контрольна група	Експериментальна група
Соматизація	12.1	9,71
Дистрес	14,9	17.2
Тривога	6.29	6.57
Депресія	4.53	5,00

При повторному вимірюванні середні показники рівня депресії, дистресу, соматизації і тривоги були наступними:

Середній рівень соматизації – контрольна (9,71), експериментальна (6,07).

Середній рівень дистресу – контрольна група (14), експериментальна (10,3).

Середній рівень тривоги – контрольна група (5,12), експериментальна (3,36).

Середній рівень депресії – контрольна група (3,71), експериментальна (2,57). Як ми бачимо, середній рівень дистресу і депресії в обох групах залишився на рівні «Помірно високий», середній рівень тривоги і соматизації в обох групах «Низький».

Якщо дивитись окремо по балах, то в контрольній групі був трохи вищий середній рівень соматизації, дистресу, тривоги і депресії. В експериментальній групі по всіх показниках відповідно був трохи нижчий рівень соматизації, дистресу, тривоги і депресії порівняно з контрольною групою.

Ці дані ми оформили в таблицю.

Табл. 3. 10

Середній рівень соматизації, дистресу, тривоги, депресії під час повторного вимірювання в двох групах

	Контрольна група	Експериментальна група
Соматизація	9.71	6.07
Дистрес	14	10.3*
Тривога	5.12	3.36
Депресія	3.71	2.57**

* Згідно інструкції опитувальника 4DSQ «Низький рівень дистресу» від 0 до 10 балів, тобто, хоча ми віднесли показник 10,3 до «Помірно високого рівня» (11-20 балів), проте фактично його можна віднести і до межових показників «Низького рівня».

** Згідно інструкції опитувальника 4DSQ «Помірно високий рівень депресії» від 3 до 5 балів. Показник 2,57 може бути розглянутий і як верхній показник «Низького рівня» (0-2 бали).

Підсумково середні результати першого і другого опитування між контрольною і експериментальною групами ми зібрали в таблиці.

Табл. 3. 11.

Порівняння середнього рівня соматизації, дистресу, тривоги і депресії в контрольній і експериментальній групах під час першого і повторного вимірювання

	Перші дані контр.	Перші дані експеримент.	Другі дані контр.	Другі дані експеримент.
Соматизація	12,1	9,71	9,71	6,07
Дистрес	14,9	17,2	14	10,3
Тривога	6,29	6,57	5,12	3,36
Депресія	4,53	5	3,71	2,57

Середній рівень соматизації. В контрольній групі став на 2,39 бали менший. В експериментальній – на 3,64.

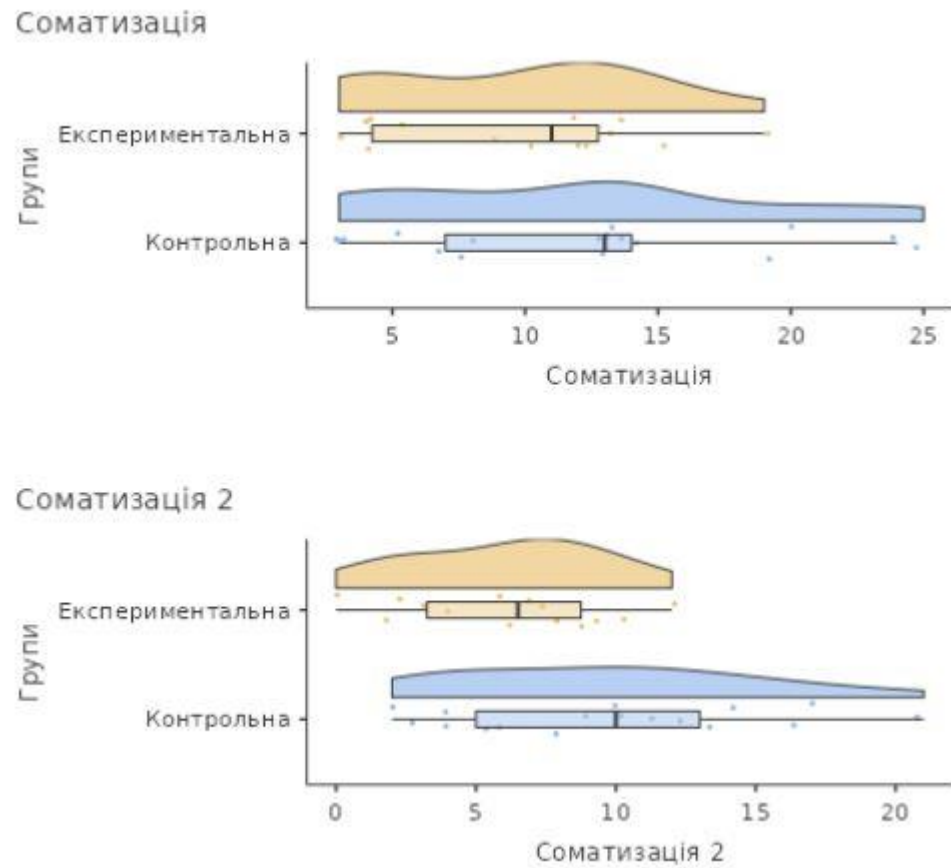


Рис. 3.2. Порівняння першого і другого вимірювання рівня соматизації в експериментальній і контрольній групах

Середній рівень дистресу. В контрольній групі став на 0,9 бала менший. В експериментальній – на 6,9.

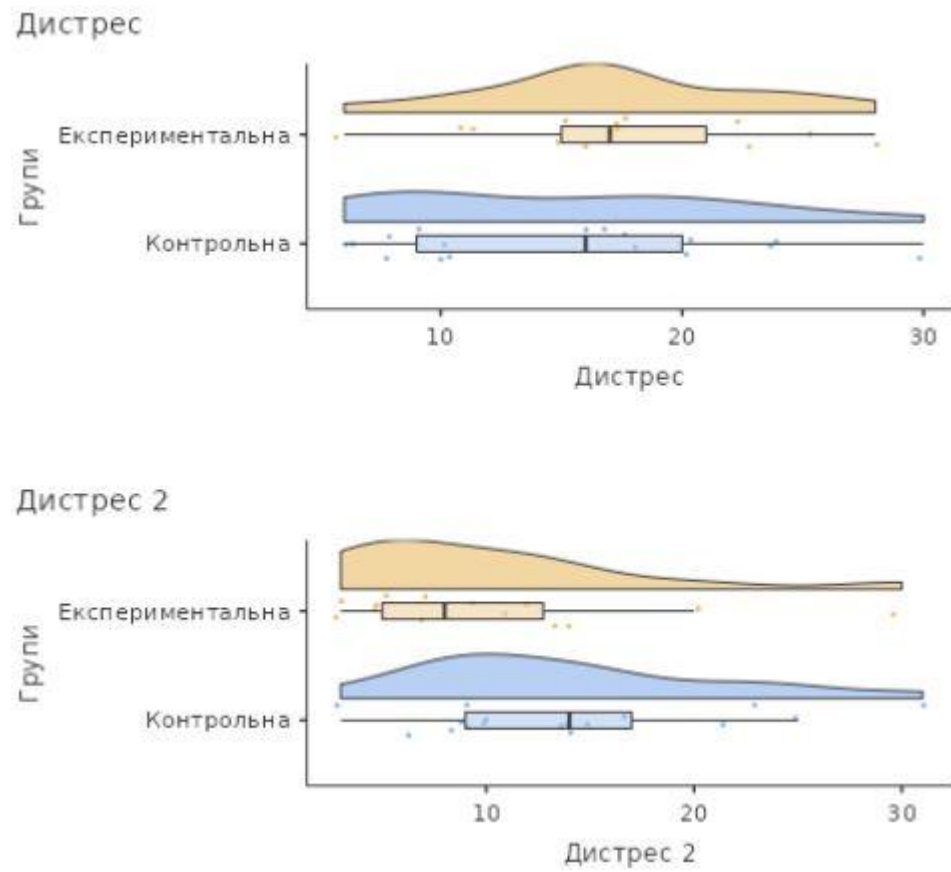


Рис. 3.3. Порівняння першого і другого вимірювання рівня дистресу в експериментальній і контрольній групах

Середній рівень тривоги. В контрольній групі став на 1,17 бала менший. В експериментальній – на 3,21.

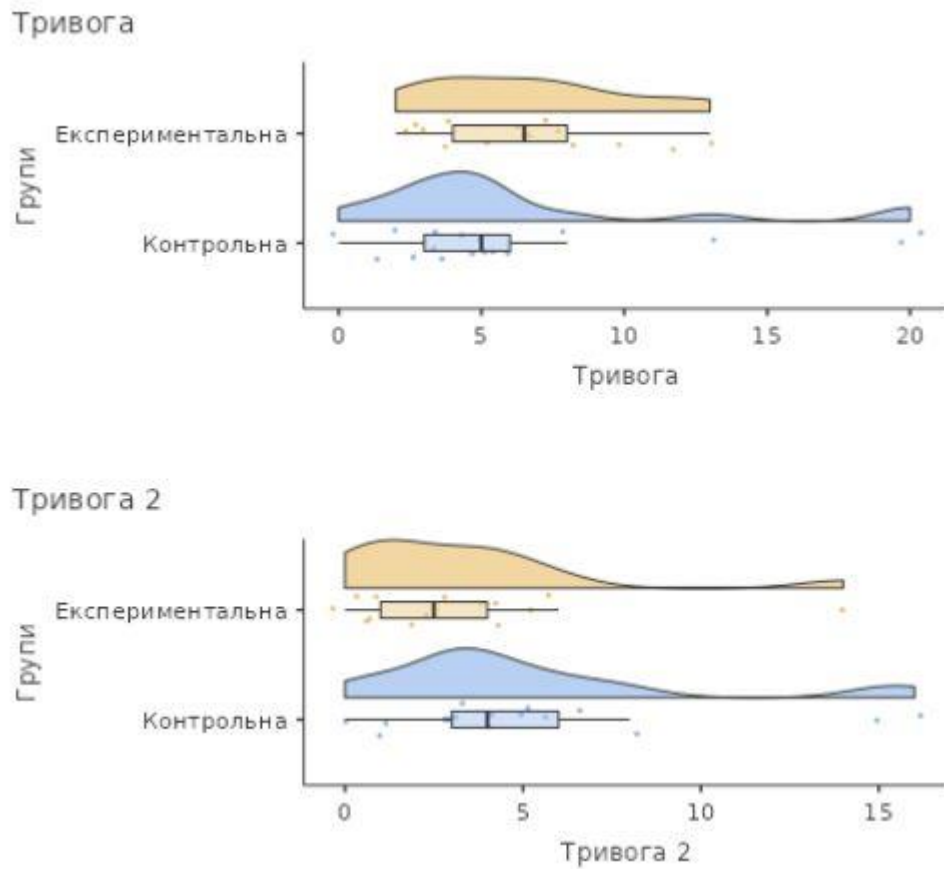


Рис. 3.4. Порівняння першого і другого вимірювання рівня тривоги в експериментальній і контрольній групах

Середній рівень депресії. В контрольній групі став на 0,82 бала менший. В експериментальній – на 2,43.

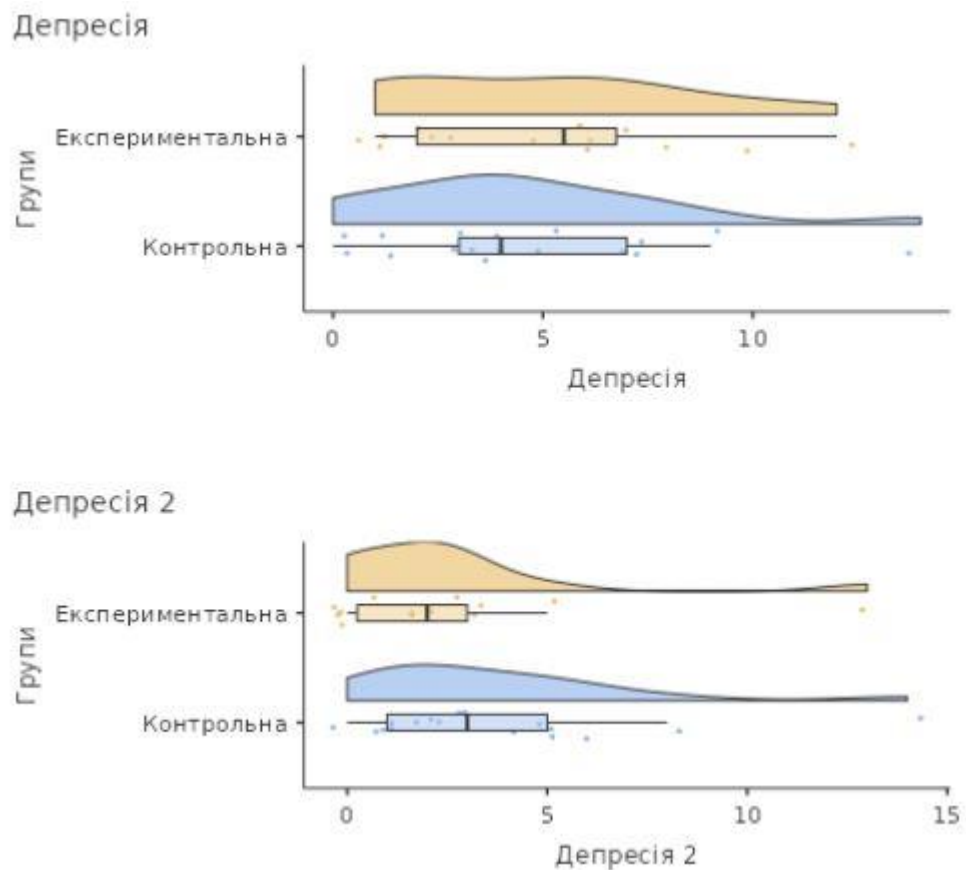


Рис. 3.5. Порівняння першого і другого вимірювання рівня соматизації в експериментальній і контрольній групах

Висновки до розділу 3

Існуючі міжнародні стандарти визначають, що при таких станах, як депресія та тривожність перша лінія допомоги передбачає лікування за допомогою фармацевтичних препаратів. Друга лінія передбачає психотерапію, найчастіше це КПТ або травмо-фокусована терапія. При чому деякі дослідження свідчать, що психотерапія по ефективності може не поступатися медикаментам.

Зважаючи на нейробіологію таких станів, як депресія та тривожність, в світі все частіше застосовують практики, спрямовані на подолання їх симптомів «знизу-вгору», тобто через тіло до заспокоєння розуму.

Наприклад, в США в програмах для ветеранів активно використовують йогу, соматичні вправи, різні техніки дихання, техніки з EMDR-терапії.

Основний вплив цих методик не лише в зміні психічного стану через стимулювання сенсорних шляхів, а і навчання саморегуляції при тривозі і стресу. Ці вправи легкі, зручні і їх можна відтворювати самостійно.

Важливою частиною навчання при цьому стає психоедукація та розвиток навичок усвідомленого ставлення до тіла і його відчуттів.

Нами був розроблений короткий базовий курс з чотирьох відео-занять для самостійного опрацювання. Він був спрямований на розвиток навичок усвідомлення відчуттів тіла і саморегуляцію при стресі. Програма складалась з психоедукаційної частини і вправ, зокрема соматичних, дихальних і вправ з використанням EMDR-технік.

Ми запропонували експериментальній групі з 15 жінок пройти розроблену програму самостійно протягом двох тижнів – з 1 по 15 травня 2024 року. Під час проходження програми вони мали можливість отримувати зворотній зв'язок, ділитися своїми враженнями. Після двох тижнів занять учасниці пройшли повторне опитування, яке вимірювало рівень соматизації, дистресу, тривоги та депресії.

В цей час також подібне повторне опитування пройшли учасниці з контрольної групи (всього 17 жінок).

Аналіз даних показав, що в обох групах знизився середній рівень по всіх показниках: соматизація, дистрес, тривога та депресія. При цьому можна було побачити різницю – в експериментальній групі такі показники були вищими.

Середній рівень соматизації знизився в експериментальній групі на 3,64, в контрольній на 2,39.

Середній рівень дистресу знизився в експериментальній групі на 6,9, в контрольній на 0,9.

Середній рівень тривоги знизився в експериментальній групі на 3,21, в контрольній на 1,17.

Середній рівень депресії знизився в експериментальній групі на 2,43, в контрольній на 0,82.

В експериментальній групі найбільше знизився рівень дистресу. В контрольній – соматизація. Тобто з тими показниками, що пов'язані з реакцією на стрес і потенційно з такими станами, як нервовий зрив, виснаження, розлади адаптації.

Найменше змінились показники середнього рівня депресії, що належить до сфери «поведінкові розлади».

Треба зазначити, що ці дані все ж поки не дозволяють провести прямі причинно-наслідкові зв'язки, адже могло бути достатньо латентних чи сторонніх факторів, як в контрольній так і в експериментальній групах, про які ми не знаємо. Наприклад, хтось міг за цей час почати приймати фармакологічне лікування, психологічну допомогу. В когось в житті могли статися потужні стресові фактори. В експериментальній групі нам було відомо про такі випадки. Також через те, що опрацювання було самостійне, то не було можливості перевірити, чи в повному обсязі виконується програма.

Ми зважаємо, що на значущість даних впливає і відносно невелика вибірка експериментальної і контрольної групи.

Але, не зважаючи на всі ці фактори, які ми усвідомлюємо, ми вважаємо результати дослідження цікавими і потенційно важливими для подальших розробок і уточнень, а психологічні засоби, які підвищують тілесну усвідомленість, корисними для саморегуляції в умовах дистресу війни.

ВИСНОВКИ

Основними напрямками нашої роботи було дослідити феномен «тілесної усвідомленості» та його зв'язки з рівнем депресії, соматизації, тривоги та дистресу у цивільного населення під час війни, а саме у жінок.

Загалом вибірка нашого дослідження показала, що під час війни поширені, як поведінкові розлади (тривога і депресія) так і синдроми, викликані реакцією на стрес (дистрес, соматизація). Найвищим був рівень депресії і дистресу, в той час, як рівень тривоги і соматизації серед учасників опитування був меншим.

1. Ми проаналізували найпоширеніші розлади і стани, асоційовані з війною. Було окреслено їх симптоматику, наведено актуальні дані по стану психічного здоров'я українців і прогнози щодо подальшого впливу війни. Так, під час воєн і бойових дій серед цивільного населення спостерігався підвищений рівень тривоги, депресії і ПТСР порівняно з довоєнними показниками. Це обумовлено впливом цілої низки потужних стрес-факторів (втрата близьких, втрата житла, вимушене переміщення, як в межах країни, так і за її межі, досвід перебування в зоні влучань під час ракетних обстрілів, погіршення фінансового становища, погіршення умов проживання, роз'єднання родин тощо). При цьому, як зазначають експерти, найсильніші стресори під час війни – перебування в полоні, катування та перебування в зоні бойових дій.
2. Також теоретичний аналіз дозволив побачити і проаналізувати концепцію «тілесної усвідомленості» з різних кутів зору, відповідно до різних конструктів - в теоріях інтероцепції (сенсорний компонент), нейроцепції (компонент реактивності вегетативної нервової системи) та майндфулнес (когнітивний компонент усвідомленості відчуттів і емоцій).
3. Ще одним фокусом уваги аналізу було дослідження теоретичних джерел щодо того, які біологічні маркери супутні депресії, тривозі, ПТСР, соматизації тощо.

4. Було організоване та провели емпіричне дослідження. Для проведення емпіричного дослідження тілесної усвідомленості було обрано опитувальники в кожній з трьох парадигм, які ми описали в теоретичній частині – інтероцепція, нейроцепція, майндфулнес. Вони дозволили виміряти різні аспекти тілесної усвідомленості. Також за допомогою мультисимптомного опитувальника ми виміряли у респондентів рівень соматизації, дистресу, тривоги та депресії.

Саме емпіричне дослідження складалось з п'яти частин. Перша – проведення онлайн опитування, яке вимірювало дистрес і інші розлади, та різні аспекти тілесної усвідомленості. Друга частина включала аналіз зібраних даних і розробку програми психологічних заходів для саморегуляції на основі підвищення тілесної усвідомленості. Третя частина – реалізація програми заходів в експериментальній групі в форматі онлайн. Четверта частина – повторне вимірювання рівня дистресу і інших симптомів в експериментальній і контрольній групах. П'ята – аналіз даних за результатами проведеної програми психологічних заходів.

5. Аналіз даних показав, що рівень дистресу, депресії, тривоги і соматизації корелює між собою. Тобто поведінкові розлади і синдроми, пов'язані з реакцією на стрес, часто можуть бути коморбідними і посилювати один одного.
6. Серед перерахованих в анкеті одинадцяти стресорів (досвідів, пережитих за останні два роки) було виявлено кореляцію лише одного з них з депресією, тривогою, дистресом і соматизацією. Це «Суттєве погіршення умов проживання». Це дозволяє розглядати суттєве погіршення умов проживання, як фактор ризику для виникнення і посилення перерахованих розладів і станів.
Ще один стресор «інформаційний стрес» корелював з окремими твердженнями шкали тривоги – «Страх незрозумілого походження» і «Тривога/панічні атаки». Тобто інформаційний стрес можна розглядати,

- як фактор ризику при виникненні страху незрозумілого походження і тривоги.
7. «Реактивність автономної нервової системи над діафрагмою» (вимірювана величина опитувальника на основі теорії про нейроцепцію) корелювала з соматизацією, дистресом, тривогою і депресією. Тобто у тих, хто мав високий рівень дистресу, тривоги чи депресії, реактивність вегетативної нервової системи була вища, ніж у тих, хто мав нижчий рівень перелічених станів.
 8. «Реактивність автономної системи під діафрагмою» корелювала з соматизацією.
 9. В опитувальнику на основі інтероцепції лише одна шкала корелювала з рівнем дистресу, соматизації, депресії і тривоги – «Емоційна усвідомленість». Здебільшого при підвищеному рівні симптомів, що могли свідчити про тривогу, дистрес чи депресію, спостерігався нижчий рівень усвідомлення своїх емоцій.
 10. В опитувальнику на основі теорії майндфулнес шкала «Неосудливість» (здатність не надавати негативних оцінок своїм думкам і почуттям) корелювала з депресією, тривогою і дистресом.
Ще одна шкала з цього опитувальника «Усвідомленість дій» корелювала з тривогою і депресією, тобто з поведінковими розладами. Можна зробити припущення, що депресії і тривозі супутнє погіршення усвідомлення своїх дій (їх автоматизація, а також підвищення негативної оцінки власних думок і почуттів).
 11. На основі цих кореляцій можна сказати, що синдроми, пов'язані зі стресом і поведінкові розлади мають порушений ментальний компонент (усвідомленість дій, неосудливість), порушений емоційний компонент (емоційна усвідомленість), тілесний компонент (реактивність нервової системи над і під діафрагмою).
 12. «Тілесна усвідомленість», як вимірюваний компонент опитувальника на основі нейроцепції, корелювала з «інформаційним стресом» і таким

чинником, як практика йоги або медитації. Теоретично це може свідчити, що можна спробувати зменшувати інформаційний вплив за допомогою розвитку тілесної усвідомленості шляхом йоги, медитацій, дихальних вправ або інших подібних практик.

13. Ми розробили та провели програму комплексу заходів психологічного впливу на основі тілесної усвідомленості з метою саморегуляції дистресу. Результати аналізу даних після проведеної програми, а саме повторне вимірювання дистресу, депресії, соматизації і тривоги в контрольній і експериментальній групі, дозволили зробити наступні висновки:
 - В обох групах знизився середній рівень депресії, тривоги, дистресу і соматизації через півтора місяця. Тут треба зауважити, що ми кажемо про середній рівень, адже деталізація по окремим учасникам показала, що в контрольній групі стало більше людей з високим рівнем дистресу.
 - В експериментальній групі різниця була більш помітною. Середній рівень по чотирьом розладам знизився на 2,43-6,9 балів, в той час, як в контрольній на 0,82-2,39 бали.
 - В експериментальній групі найбільший результат був у зниженні рівня дистресу. В контрольній – соматизації.
 - І в експериментальній і в контрольній групі найменше знизився рівень депресії. Це можна пояснити тим, що за дистресом і соматизацією стоїть реакція на стрес, за депресією – соціально-психологічні чинники.
14. В цілому для значущості і підтвердження висновків бажано повторили дослідження на більшій вибірці, а також залучити до нього чоловіків.
15. Результати дослідження підкреслюють руйнівні наслідки війни та насильства, а також необхідність втручання в психічне здоров'я для подолання та профілактики психічних проблем та станів, викликаних дистресом, тривогою і депресією.
16. Програми психологічних заходів на основі тілесного усвідомлення можна використовувати для цивільного населення, як засіб підвищення саморегуляції свого стану під час дистресу війни. Це може зменшити

напруження, викликаного впливом стресу і збільшити усвідомлення свого психічного і фізичного стану.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Волощенко Ю. Interoceptive awareness. verification of the adaptation of the Ukrainian version of the multidimensional assessment of interoceptive awareness (version 2) questionnaire among first-year students of Borys

Grinchenko Kyiv university. URL:

<https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/45198>.

2. Герасименко Л. Розлади адаптації та реакції на стрес. *Neuronews*. 2022. 9-10 (137)'. С. 22-28.
3. Денісієвська А. Адаптація україномовної версії методики «Опитувальник тілесних відчуттів – коротка форма». *Наукові записки Національного університету «Острозька академія» серія «Психологія»*. 2020. №10. с. 132-135.
4. Дослідження STEPS – поетапний підхід до нагляду за факторами ризику неінфекційних захворювань в Україні [Електронний ресурс]//Центр громадського здоров'я МОЗ України. Режим доступу:
<https://phc.org.ua/naukova-diyalnist/doslidzhennya/doslidzhennya-z-neinfekciynikh-zakhvoryuvan/nacionalne-doslidzhennya-steps-v-ukraini>
5. Дудник С. Замкнуте коло психічного здоров'я українців// Ваше здоров'я: електрон. версія жур. 2016. URL: <https://www.vz.kiev.ua/zamknute-kolo-psyhichnogo-zdorov-ya-ukrayintsiv>
6. Жити «тут і зараз» або що таке майндфулнес [Електронний ресурс]//МОЗ України. Режим доступу:<https://moz.gov.ua/article/news/zhiti-tut-i-zaraz-abo-scho-take-majndfulnes>
7. Каплуненко Я., Кучина В. Адаптація та валідація короткого п'ятифакторного опитувальника Майндфулнес (ПОМ-15)//Організаційна психологія. Економічна психологія: електрон версія жур. URL: <http://orgpsy-journal.in.ua/index.php/opep/article/view/384>
8. Марута Н., Федченко В. Тривожно-депресивні порушення в структурі розладів адаптації (клініка, діагностика, терапія). *Family Medicine*. С. 23-30
9. Панько Т. Депресія і війна// Ваше здоров'я: електрон. версія жур. URL: <https://health-ua.com/article/72686-depresya-vjna>
10. Пападопулос Р. У чужому домі. Травма вимушеного переміщення: шлях до розуміння і одужання. Київ: Лабораторія. 2023. С. 411

11. Панько Т. Організація амбулаторної та стаціонарної психіатричної допомоги під час війни//Ваше здоров'я: електрон. версія жур. URL: <https://health-ua.com/article/72686-depresya-vjna>
12. Порджес С. Полівагальна теорія. Нейрофізіологічні основи емоцій, прихильності, спілкування і саморегуляції./ Пер. з англ. С. Бабаніна. Київ: Метод, 2020. 463 с.
13. Психічне здоров'я та ставлення українців до психологічної допомоги/Gradus Research. 2024. URL: <https://gradus.app/uk/open-reports/mental-health-and-attitudes-ukrainians-towards-psychological-assistance-during-war/>
14. Старков Д., Ярий В., Олішевський О. Організація стаціонарної медикопсихологічної реабілітації розладів, пов'язаних з психічною травмою та стресом. Київ: ФОП Ямчинський О.В., 2023. 136 с.
15. Хаустова О. Тривожно-депресивні розлади в умовах дистресу війни в Україні//Неврологія. Психіатрія. Психотерапія. № 4 (63)/ 2022 р.
16. Хаустова О. Психосоматичні маски тривоги. Укр. Мед. Часопис. 2019. №4 (132) Т.1. 2-9 с.
17. Царенко Л. Особливості переживання стресових і травмівних ситуацій. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Київ, 2018. 240 с.
18. Чабан О. Помилки при веденні пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом// «Здоров'я України 21 сторіччя» № 7 (543), 2023 р <https://health-ua.com/article/72821-pomilki-pri-vedenn-patcntv-zposttravmatichnim-stresovim-rozladom>
19. Як пандемія і карантин впливають на психічне здоров'я [Електронний ресурс]//Суспільне новини. Режим доступу: <https://suspilne.media/171601-covid-19-ak-pandemia-i-karantin-vplivaut-na-psihicne-zdorova/>
20. 3-4 млн українців потребуватимуть ліків через психічні розлади внаслідок війни – Ляшко [Електронний ресурс]//Українська правда. Життя. Режим доступу: <https://life.pravda.com.ua/health/2022/06/8/249013/>

21. Ambrosecchia M.; Ardizzi M.; Russo E.; Ditaranto F.; Speciale M.; Vinai P.; Todisco P.; Maestro S.; Gallese V. (2017-05-17). "Interoception and Autonomic Correlates during Social Interactions. Implications for Anorexia"// *Frontiers in Human Neuroscience*. URL:
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnhum.2017.00219/full>
22. Barrett L. We have more than five senses. A neuroscientist explains the hidden abilities we often overlook// *BBC Science Focus*. URL:
<https://www.sciencefocus.com/the-human-body/how-many-senses-do-we-have>
23. Barsky A. Palpitations and Cardiac Awareness After Heart Transplantation// *Psychosomatic Medicine*. URL:
https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/abstract/1998/09000/palpitations_and_cardiac_awareness_after_heart.7.aspx
24. Bolton P, Neugebauer R, Ndogoni L. Prevalence of depression in rural Rwanda based on symptom and functional criteria// *J Nerv Ment Dis*. 2002. 190(9):631-637 p.
25. Björnsdotter, M.; Morrison, I.; Olausson, H. "Feeling good: on the role of C fiber mediated touch in interoception"// *Experimental Brain Research*. №207 (3–4) 149–155 p.
26. Cabrera A., Kolacz J., Pailhez G. Assessing body awareness and autonomic reactivity: Factor structure and psychometric properties of the Body Perception Questionnaire-Short Form (BPQ-SF) // *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2018. №27.
27. Craig A. Human feelings: why are some more aware than others?// *Pubmed*. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15165543/>
28. De Jong J T, Komproel H, Van Ommeren M. Common mental disorders in postconflict settings// *Lancet*. 2003. №361(9375). 2128-2130 p.
29. De Jong J T, Komproel H, Van Ommeren M, El Masri M, Araya M, Khaled N, van De Put W, Somasundaram D. Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings// *JAMA*. 2001. №286(5). 555-562 p.

30. Desmedt O., Heeren A., Corneille O., Luminet O. What Do Measures of Self-Report Interoception Measure? Insights from A Systematic Review, Latent Factor Analysis, and Network Approach//OSF.URL: <https://osf.io/gsb7t/>
31. Dunn B. Heartbeat Perception in Depression// Behaviour Research and Therapy. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005796706002105?via%3Dihub>
32. Ehlers A., Breuer P. How Good Are Patients with Panic Disorder at Perceiving Their Heartbeats?//Biological Psychology. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0301051195051538?via%3Dihub>
33. Füstös J., Gramann K., Herbert B., Pollatos O. On the embodiment of emotion regulation: interoceptive awareness facilitates reappraisal// Pubmed. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22933520/>
34. Garfinkel S., Seth A., Barrett A., Suzuki K., Critchley H. Knowing your own heart: distinguishing interoceptive accuracy from interoceptive awareness//Pubmed. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25451381/>
35. Grossi D., Longarzo M., Quarantelli M., Salvatore E., Cavaliere C. "Altered functional connectivity of interoception in illness anxiety disorder"// Cortex. Elsevier. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010945216303100?via%3Dihub>
36. Grossman P. Fundamental challenges and likely refutations of the five basic premises of the polyvagal theory//Biological Psychology. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301051123001060?via%3Dihub>
37. Han Y., Chan M., Choi C., Law M., Kwasi Ahorsu D., Tsang H. The neurobiological effects of mind–body exercise: a systematic review and meta-analysis of neuroimaging studies//Scientific Reports. URL: <https://www.nature.com/articles/s41598-023-37309-4>

38. Hanazawa H. Polyvagal Theory and Its Clinical Potential: An Overview
August 2022 // Researchgate. 2020. URL:
https://www.researchgate.net/publication/362606394_Polyvagal_Theory_and_Its_Clinical_Potential_An_Overview
39. Janssen C., Lowry C., Mehl M., Allen J., Kelly K., Gartner D. Whole-Body Hyperthermia for the Treatment of Major Depressive Disorder A Randomized Clinical Trial//JAMA Psychiatry. URL:
<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2521478>
40. Jones G. Perception of Visceral Sensations: a Review of Recent Findings, Methodologies, and Future Directions. London: Jessica Kingsley Publishers.
41. Karam E., Mneimneh Z., Karam A., Fayyad J., Nasser S., Chatterji S., Kessler R. Prevalence and treatment of mental disorders in Lebanon: a national epidemiological survey// Lancet. 2006. №367(9515). 1000-1006 p.
42. Khalsa S., Lapidus R. "Can Interoception Improve the Pragmatic Search for Biomarkers in Psychiatry?//"Frontiers in Psychiatry. 2016. №7.
43. Khalsa, S., Rudrauf D., Sandesara, C., Olshansky B., Tranel D. "Bolus isoproterenol infusions provide a reliable method for assessing interoceptive awareness"// International Journal of Psychophysiology. URL:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167876008008015?via%3Dihub345>
44. Klabunde M., Acheson D., Boutelle K., Matthews S., Kaye W. "Interoceptive sensitivity deficits in women recovered from bulimia nervosa"// Eating Behaviors. Elsevier. URL:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1471015313000962?via%3Dihub>
45. Kolacz J. Body Perception Questionnaire (BPQ) Manual. 2018.
46. Lee K., Vaillant G., Torrey W., Elder G. A 50-year prospective study of the psychological sequelae of World War II combat//Am J Psychiatry. 1995. №152 (4) 516-522 p.

47. Lim I, Tam W, Chudzicka-Czupala A., McIntyre R., Teopiz K. Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress in war- and conflict-afflicted areas: A meta-analysis// *Front Psychiatry*. URL:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36186881/>
48. Marshall G., Schell T., Elliott M., Berthold S., Chun C. Mental health of Cambodian refugees 2 decades after resettlement in the United States//*JAMA*. 2005 №294(5). 571-579 p.
49. Mehling W. Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA) Version 2 (2018). URL:
<https://osher.ucsf.edu/sites/osher.ucsf.edu/files/inlinefiles/MAIA2%202018.05.27.pdf>
50. Morton L., Cogan N., Kolacz J., Calderwood C., Porges S. A new measure of feeling safe: Developing psychometric properties of the Neuroception of Psychological Safety Scale (NPSS). *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*// Researchgate. 2022. URL:
https://www.researchgate.net/publication/210294378_Neuroception_A_Subconscious_System_for_Detecting_Threats_and_Safety
51. Mussgay L. Heart Beat Perception in Patients with Depressive, Somatoform, and Personality Disorders// *Journal of Psychophysiology*. URL:
<https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1027//0269-8803.13.1.27>
52. Paulus M.; Stein Murray B. "Interoception in anxiety and depression"// *Brain Structure and Function*// №214 (5–6). 451–463 p. URL:
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00429-010-0258-9>
53. Porges S. Orienting in a defensive world: Mammalian modifications of our evolutionary heritage. A Polyvagal Theory//*Psychophysiology*. URL:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-8986.1995.tb01213.x>
54. Priebe S., Bogic M., Ajdukovic D., Frančičković T. Mental Disorders Following War in the Balkans. A Study in 5 Countries// Researchgate. URL:
https://www.researchgate.net/publication/44570733_Mental_Disorders_Following_War_in_the_Balkans_A_Study_in_5_Countries

55. Priebe S., Bogic M., Ashcroft R., Franciskovic T., Galeazzi G., Kucukalic A., Lecic-Tosevski D., Morina N., Popovski M., Roughton M., Schützwohl M., Ajdukovic D. Experience of human rights violations and subsequent mental disorders – A study following the war in the Balkans// Sciencedirect. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953610006933>
56. Rainer S. "Heart Beat Perception and Emotional Experience"// Psychophysiology. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-8986.1981.tb02486.x>
57. Selye H. Stress Without Distress. Lippincott Williams & Wilkins. 1974
58. Shah P., Hall R., Catmur C., Bird G. "Alexithymia, not autism, is associated with impaired interoception"// Cortex. Elsevier. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010945216300594?via%3Dihub>
59. Siew S., Yu J. Mindfulness-based randomized controlled trials led to brain structural changes: an anatomical likelihood meta-analysis//Scientific Reports. URL: <https://www.nature.com/articles/s41598-023-45765-1>
60. Steel Z., Chey T., Silove D., Marnane C., Bryant R., Van Ommeren M. 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. 2009 №302(5). 537-49 p.
61. Suksasilp C., Garfinkel S. Towards a comprehensive assessment of interoception in a multi-dimensional framework//Pubmed. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35026353/>
62. Taylor A., Goehler L., Bourguignon C. Top-Down and Bottom-Up Mechanisms in Mind-Body Medicine: Development of an Integrative Framework for Psychophysiological Research// PMC Disclaimer. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2818254/>
63. Terluin B., Terluin M., Prince K., van Marwijk H. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) detects psychological problems. URL:

<https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=ae5c6d106c5da599a1213b00ee3ed013cbbdabeb>

64. Treves I., Tello L., Davidson R., Goldberg S. The relationship between mindfulness and objective measures of body awareness: A meta-analysis//URL: <https://www.nature.com/articles/s41598-019-53978-6>
65. Tsakiris M. Just a heartbeat away from one's body: interoceptive sensitivity predicts malleability of body-representations//Pubmed. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21208964/>
66. Van der Does W. Heartbeat Perception in Panic Disorder: A Reanalysis// Behaviour Research and Therapy. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005796798001843?via%3Dihub>
67. Van Dam N. Mind Your Words: Positive and Negative Items Create Method Effects on the Five Facet Mindfulness Questionnaire//Sage Journals. URL: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1073191112438743>
68. Weir K. What is interoception, and how does it affect mental health?// American Psychological Association. URL: <https://www.apa.org/monitor/2023/04/sensations-eating-disorders-suicidal-behavior>
69. Wilkinson R. Manual for FFMQ-NSF//Researchgate. URL: https://www.researchgate.net/publication/346474338_Manual_for_FFMQ-NSF