

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ІЗМАЇЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра загальної та практичної психології

**ПРОЯВИ НЕВРОТИЧНИХ СТАНІВ У ВНУТРІШНЬО
ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ**

Кваліфікаційна робота здобувача

освітнього ступеня магістр

спеціальності 053 Психологія

освітньої програми Психологія

Соляниченко В.В.

Керівник к.психол.н., доцент кафедри

загальної та практичної психології, ІДГУ

Мазоха І.С.

Рецензент: к. п. н, доцент кафедри права і

соціальної роботи, Замашкіна О. Д.

Робота допущена до захисту
на засіданні кафедри загальної та практичної психології
протокол № 6 від «12» грудня 2024 р.

Завідувач кафедри

Мазоха Т.С.
(підпис) (прізвище, ініціали)

Робота пройшла публічний захист
на відкритому засіданні ЕК

«27» грудня 2024 р.

Оцінка 80 відм
(за стобальною шкалою) (за традиційною шкалою)

Голова ЕК

Макаричук Н.О.
(підпис) (прізвище, ініціали)

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1.ТЕОРЕТИКО - МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ.....	6
1.1. Основні підходи до розуміння невротичних розладів особистості.....	6
1.2. Поняття неврозу, основні види й причини.....	15
1.3. Особливості проявів невротичних станів у внутрішньо переміщених осіб.....	30
Висновки до розділу 1.....	39
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ.....	40
2.1. Методики вивчення невротичних розладів особистості.....	40
2.2. Аналіз і інтерпретація результатів дослідження особливостей невротичних розладів ВПО.....	43
Висновки до розділу 2.....	55
РОЗДІЛ 3. МЕТОДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВПО З НЕВРОТИЧНИМИ СТАНАМИ.....	56
3.1. Сучасні підходи до психологічної підтримки внутрішньо переміщених осіб з невротичними розладами.....	56
3.2. Методики та програми психологічної допомоги ВПО з невротичними станами.....	66
Висновки до розділу 3.....	75
ВИСНОВКИ.....	76
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	78

ВСТУП

Актуальність теми. У сучасних умовах збройних конфліктів і соціальних криз проблема внутрішнього переміщення осіб є надзвичайно актуальною для України. Вимушене переселення, втрата житла, відрив від звичного середовища, невизначеність майбутнього та економічна нестабільність створюють потужні стресогенні фактори, які провокують розвиток невротичних станів, зокрема тривоги, депресії, психосоматичних розладів. Прояви цих станів суттєво ускладнюють адаптацію внутрішньо переміщених осіб до нових умов, їхню інтеграцію в громади та зниження рівня соціальної напруженості. Попри значний вплив цієї проблеми на психічне здоров'я населення, питання системного аналізу, профілактики та психокорекції невротичних станів у ВПО досі недостатньо досліджене, що знижує ефективність допомоги цій вразливій групі.

Дослідження невротичних станів було об'єктом уваги багатьох зарубіжних і вітчизняних науковців. Серед них можна виокремити таких дослідників, як О. Басюк, Р. М. Гнатюк, М.Дж. Грей, Г. О. Гулько, О. В. Костюк, Б.Т.Літц, С.Магуен, Є. М. Марченко, Н. О. Марута, Н. Павлик, Ф.Рупперт, І. І. Савенков, О. С. Чабан, які вивчали невротичні стани як наслідок впливу психотравмуючих ситуацій. Водночас питання соціально-психологічних особливостей та психоемоційного стану внутрішньо переміщених осіб досліджували Д. О. Александров, А. В. Гальченко, Л. М. Карамушка, В. В. Кердивар, Г. П. Лазос, О. Міхеєва, О. Ф. Новікова, Б. В. Плєскач, В. Середа, З. В. Спринська, О. С. Чабан.

Мета дослідження полягає в теоретико-емпіричному обґрунтуванні психологічних особливостей невротизації особистості; виявлення основних напрямків її вивчення; дослідження проявів невротичних станів у внутрішньо переміщених осіб.

Для досягнення мети кваліфікаційного дослідження були поставлені такі **завдання**:

- 1) на підставі аналізу психологічної літератури визначити поняття «невротичний розлад», «невротизація», «неврозоподібні стани», «невротичні риси характеру»; виділити й описати основні прояви та причини виникнення;
- 2) на основі аналізу психологічної літератури означити поняття «невроз», виділити його види, структуру та чинники;
- 3) аналізуючи літературу, визначити психологічні особливості невротичних станів у внутрішньо переміщених осіб;
- 4) розробити систему методів та психодіагностичних підходів, спрямованих на дослідження специфіки прояву невротичних розладів, а також здійснити відбір психодіагностичних інструментів, які відповідають меті дослідження та характеризуються високою надійністю;
- 5) експериментально дослідити особливості невротичних станів у внутрішньо переміщених осіб;
- 6) надати психокорекційну тренінгову програму та рекомендації, спрямовані на психологічну підтримку внутрішньо переміщених осіб, які страждають на невротичні розлади.

Об'єкт дослідження – невротичні розлади як психогенні захворювання.

Предмет дослідження – прояви невротичних станів у внутрішньо переміщених осіб.

Методи дослідження. У магістерському дослідженні застосовувалася система методів, серед яких теоретичні методи, такі як аналіз, синтез, порівняння, узагальнення та систематизація теоретичних концепцій і положень, що стосуються проблематики невротичних станів. Крім того, було використано методи психологічної діагностики, представлені відповідними психодіагностичними методиками: «Експрес – методика виявлення невротичного розладу» Х.Хека і Х.Хеса, «Методика вивчення рівня невротизації» Л. Васермана, «Методики вивчення типу невроза» МКБ – 10.

Теоретичне значення отриманих результатів засноване на аналізі проявів невротичних станів у внутрішньо переміщених осіб та розробці теоретико-методологічної основи для вивчення цієї проблематики.

Практичне значення кваліфікаційної роботи полягає в розробці конкретних заходів, спрямованих на подолання проявів невротичних станів у внутрішньо переміщених осіб. Отримані результати слугують основою для створення програм психологічної допомоги, які враховують особливості психоемоційного стану цієї категорії населення. Ці практичні заходи сприятимуть зниженню рівня психоемоційного напруження, підвищенню адаптивних можливостей та інтеграції внутрішньо переміщених осіб у соціальне середовище, що є важливим елементом загального підходу до вирішення психологічних проблем, обумовлених вимушеним переміщенням та кризовими життєвими обставинами.

Результати апробації дослідження відбувались через участь у науково-практичній конференції:

1. Специфіка проявів невротичних станів у внутрішньо переміщених осіб. *Сучасна психологія: проблеми та перспективи. Збірник наукових праць за матеріалами Всеукраїнської науково-практичної конференції «Сучасна психологія: проблеми і перспективи» (10 травня 2024 р.).* Ізмаїл: РВВ ІДГУ. 2024.
2. Теоретико - методологічні аспекти вивчення проблеми невротичних розладів особистості. *Сучасна психологія: проблеми та перспективи. Збірник наукових праць за матеріалами Всеукраїнської науково-практичної конференції «Сучасна психологія: проблеми і перспективи» (5 грудня 2024 р.).* Ізмаїл: РВВ ІДГУ. 2023.

Структура роботи представлена вступом, трьома розділами; висновками, списком використаних джерел (всього 80 найменувань). Робота містить чотири рисунки, чотири таблиці, загальний обсяг кваліфікаційної роботи становить 77 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО - МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ

1.1. Основні підходи до розуміння невротичних розладів особистості

Аналіз психологічної літератури свідчить, що розуміння невротичних розладів особистості базується на об'єднанні різноманітних теоретичних концепцій, які дозволяють дослідити їхню природу через аспекти психодинамічних, когнітивно-біхевіоральних, біологічних і соціокультурних чинників. Згідно з цими концепціями, невротичні розлади пов'язані не лише з постійними стресовими станами, але й із порушенням механізмів адаптації, що призводить до зниження психоемоційного благополуччя та ускладнення взаємодії особистості із соціальним середовищем. Такі стани, як тривожні, депресивні, соматоформні та інші невротичні розлади, виникають унаслідок складної взаємодії внутрішніх психологічних процесів і зовнішніх стресових обставин, що часто стає причиною збоїв у нормальній соціальній адаптації [5].

З позиції психодинамічного підходу, невротичні розлади розглядаються як результат глибинних внутрішніх конфліктів, що виникають через незадоволення основних психологічних потреб або дисбаланс між різними психічними структурами. У психоаналітичній концепції З. Фрейда причиною виникнення неврозу є порушення процесу переходу від первинних сексуальних потягів до їх сублімованих форм. Це породжує конфлікт між інтегрованими в «Его» (Я) потягами, які успішно адаптовані, та витісненими несвідомими імпульсами, що прагнуть до безпосереднього задоволення.

Невроз є складним і багатогранним явищем, оскільки відображає різні типи відносин між «Его» (Я) та об'єктом, включаючи ті, в яких об'єкт зберігається, втрачається або асимілюється всередині «Его» (Я). Крім того, він охоплює суперечності між «Его» (Я) та «Суперего» (Я-ідеалом), формуючи багатосаровий психодинамічний зміст [77]. Захворювання на

невроз, за Фрейдом, виникає внаслідок обмеження можливості задоволення лібідо через так звану «вимушену відмову», яка є важливою умовою розвитку цього стану. Симптоматика неврозів, у свою чергу, розглядається як символічна заміна потенційного задоволення, що не було реалізоване [31].

Згідно з концепцією З. Фрейда, неврози є унікальною характеристикою людини, яка вирізняє її серед інших живих істот, і належать до захворювань особистості, маючи також соціальний вимір. Вчений вважав, що невроз, подібно до психозу, супроводжується заміщенням або втратою реальності, що проявляється у відчуженні людини від реального світу. Він підкреслював: «Кожен невроз призводить до дистанціювання хворого від реального життя, створюючи його відчуження від дійсності» [77]. Відповідно до З.Фрейда, певні форми неврозів виникають внаслідок глибинних внутрішніх конфліктів і соціальних суперечностей, що знаходять свій прояв у психіці людини. Невроз, за його словами, може виступати своєрідною альтернативою для тих, хто розчарувався у житті або не здатний ефективно справлятися з його викликами, подібно до ролі монастиря. Крім того, він розглядав невроз як своєрідний «негатив» перверсії.

Психоаналітичні ідеї З.Фрейда отримали подальший розвиток у працях його учнів і послідовників, які переглянули та доповнили базові положення, створивши власні концепції. Наприклад, К. Хорні трактувала поведінку як наслідок «базової тривоги», що виникає в результаті конфлікту між потребами особистості та обмеженнями в їхньому задоволенні [46]. К. Хорні розглядала невроз як захисну реакцію на негативні соціальні впливи, такі як приниження, соціальна ізоляція або надмірний контроль з боку батьків у дитинстві. Для адаптації до таких умов дитина розвиває три ключові стратегії захисту: «рух до людей», «рух проти людей» і «рух від людей». Ці стратегії пов'язані з різними типами потреб: прагненням до підпорядкування і любові, бажанням домогтися успіху і визнання, або потребою в незалежності та ізоляції. На думку К.Хорні, кожен невротик використовує всі три стратегії,

але одна з них зазвичай переважає. Це дозволяє класифікувати невротиків на три типи: «підлеглих», «агресивних» і «відсторонених» [27].

А. Адлер, учень З.Фрейда, підкреслював, що основою поведінки є почуття неповноцінності, яке виникає через дитячу залежність від батьків та оточення. К.Г. Юнг, в свою чергу, вважав, що психіка людини формується не лише під впливом ранніх конфліктів, але й містить образи минулих поколінь, архетипи, що передаються через покоління [3].

Теорії З. Фрейда та його учнів акцентують увагу на тому, що неврози виникають як результат неусвідомлених внутрішніх конфліктів, зумовлених суперечностями між бажаннями, страхами та моральними нормами. У межах психодинамічного підходу симптоми невротичних розладів розглядаються як захисні механізми, що допомагають впоратися з нестерпним емоційним болем чи стресом. Відповідно, терапія передбачає роботу над усвідомленням цих конфліктів і гармонізацією захисних механізмів для відновлення психічної рівноваги.

Е. Фромм, розвиваючи психоаналітичну теорію, критично ставився до буквального трактування ідей З.Фрейда, розширюючи їх і додаючи до аналізу етичні, моральні, релігійні та екзистенційні аспекти [27]. Вчений доповнював традиційну психоаналітичну теорію, інтегруючи до неї смислові категорії та приділяючи особливу увагу аспектам моралі, свободи та вибору. На його думку, психічно здорова особистість характеризується свободою від впливу інфантильного досвіду та здатністю творчо самореалізовуватися через працю на благо суспільства. У той же час, невроз розглядався ним як ознака незрілості особистості, яка проявляється через моральний конфлікт між інфантильними прагненнями та соціальними вимогами. Е.Фромм також наголошував, що психічне здоров'я не повинно оцінюватися лише через здатність людини адаптуватися до соціальних норм. Навпаки, саме структура суспільства та характер соціальних взаємодій значною мірою впливають на формування здорової або патологічно організованої особистості [46].

Згідно з основними положеннями гуманістичної психології, яка наголошує на важливості відкритості, унікальності, цілісності особистості, її свободі вибору поведінки та безперервному розвитку, можна виокремити концепцію, що фокусується на самоактуалізованій особистості. Така особистість вирізняється прийняттям себе і навколишнього світу, включаючи взаємини з іншими людьми, як підкреслює А. Маслоу [14]. У його дослідженнях стверджується, що більшість невротичних особистостей — це люди, які не усвідомлюють або не розвивають свою потребу в самореалізації. Цей аспект теорії називається «комплекс Іони», який характеризується відмовою від реалізації своїх природних здібностей [18]. Невроз, за А. Маслоу, є «хворобою позбавлення», яка виникає через незадоволення базових потреб, подібно до фізичних захворювань, викликаних нестачею вітамінів. Цікавою є паралель з ідеями Е. Фрома, викладеними у його роботі «Втеча від свободи». З одного боку, суспільство необхідне для самоактуалізації, адже людина може повною мірою реалізувати себе лише через взаємодію з іншими. З іншого боку, соціальна структура може заважати цьому процесу, намагаючись інтегрувати індивіда в колектив, позбавляючи його індивідуальності та підштовхуючи до конформізму. Водночас, відчуження особистості, яке дозволяє зберегти її індивідуальність, ставить її в конфлікт з суспільством, що теж гальмує її самоактуалізацію. Таким чином, для гармонійного розвитку особистості важливо підтримувати баланс між цими двома чинниками, щоб уникнути втрати індивідуальності.

К. Роджерс вважав, що досвід людини є унікальним та індивідуальним, і він може або відповідати реальному світу, або не збігатися з ним, оскільки не всі аспекти навколишньої реальності сприймаються свідомо. Вчений визначав ступінь узгодженості між внутрішнім досвідом людини та реальними подіями терміном «конгруентність». Коли конгруентність високий, інформація, яку людина надає іншим, більше співпадає з тим, що вона усвідомлює про реальність, і з тим, що відбувається насправді. Якщо конгруентність порушується, людина може втратити зв'язок з реальністю або

не висловлювати свої думки, що спричиняє підвищену напруженість, тривожність та, в результаті, невротизацію. Відхід від власної індивідуальності та відмова від самоактуалізації також можуть призвести до невротичних проявів, що, як і А. Маслоу, К. Роджерс вважав однією з основних потреб людини [27].

В. Франкл, представник екзистенціалізму, підкреслював, що кожна епоха має свої специфічні форми неврозів, що вимагають індивідуального підходу до психотерапії. За його словами, сучасне суспільство переживає глибоке відчуття втрати сенсу життя, яке є наслідком екзистенційного вакууму — стану порожнечі, у якому людина втрачає чіткість у своїх прагненнях та цілях. Вчений ввів поняття «ноогенних неврозів», які відрізняються від традиційних психогенних тим, що не пов'язані з класичними конфліктами чи комплексами, а виникають через моральні сумніви, конфлікти цінностей і, зокрема, екзистенціальну фрустрацію, що може проявлятися у вигляді невротичних симптомів.

Вчений критикував традиційне розмежування психічних розладів на психогенні та соматогенні, вважаючи цей підхід обмеженим для повного розуміння стану хворої людини [14]. Він пропонував додавання нового виміру – ноетичного (духовного) — для глибшого аналізу етіології психічних розладів і створення ефективніших методів психотерапії. Франкл вважав, що психічні розлади можуть бути спричинені не лише фізичними чи психічними факторами, а й духовними проблемами, серед яких особливо важливою є фрустрація волі до смислу. Психотерапія для лікування "ноогенних неврозів", яку автор назвав «екзистенційним аналізом» або «логотерапією», спрямована на допомогу пацієнту у пошуку сенсу його життя [46].

І. Ялом вважає, що невротичний психічний розлад є формою психологічного захисту від тривоги, спричиненої зіткненням особистості з «екзистенційними реаліями». На його думку, невроз виникає, коли індивід не може впоратися з «стресом екзистенційного жаху» через нестачу внутрішніх психічних ресурсів. Захист від екзистенціальної тривоги в межах неврозу

може проявлятися у двох формах: через культивування почуття власної унікальності або через пошук всемогутнього спасителя. У першому випадку людина намагається захистити себе, заперечуючи реальність, у другому — перекладає відповідальність за своє життя на інших [27]. Підсумовуючи сказане, варто зазначити, що А. Маслоу не вважав невроз психічною патологією в клінічному сенсі та пропонував замінити цей термін на «зниження людяності». Р. Мей розглядав невроз як стан, який руйнує здатність людини до реалізації свого буття. Ф. Перлз і К. Роджерс визначали невроз як відмову від власного «я» на користь вимог зовнішнього середовища [18]. Психологи-екзистенціалісти, відмовляючись від середовищного детермінізму, властивого іншим психологічним школам, вважають особистість здатною самостійно обирати між адаптивним чи дизадаптивним типом функціонування.

Отже, концепція неврозу з психологічної точки зору розглядається через призму психоаналітичної теорії та гуманістичної психології. Цей розлад інтерпретується як результат внутрішнього конфлікту між «Его» та «Ід» (З. Фрейд), наслідок захисної реакції на несприятливі соціальні умови (К. Хорні), спроба подолати почуття неповноцінності (А. Адлер), нездатність адаптуватися до життя (К. Юнг), руйнування «Я» через невдалі спроби відповідати соціальним стандартам (В. Райх), порушення конгруентності та відмова від власної індивідуальності (К. Роджерс). Представники екзистенціальної та гуманістичної психології виступають своєрідними мостами між філософією та психологією, оскільки їхні наукові роботи об'єднують обидві дисципліни. А. Маслоу розглядав невроз як наслідок відсутності потреби в самоактуалізації, В. Франкл — як фрустрацію екзистенційних потреб, а Е. Фромм — як конфлікт між прагненням до самоактуалізації і неможливістю цього через соціальну «шаблонність». Пояснення неврозу різними психологами мають певні спільні риси, залежно від школи чи напрямку, але їх можна умовно поділити на два основні підходи: внутрішні порушення особистості, що більше притаманні

психології, та проблеми соціальної функціональності особистості, які є характерними для філософського підходу до неврозу [14].

Когнітивно-біхевіоральний підхід зосереджується на дослідженні ролі дисфункціональних переконань та негативних когнітивних патернів у розвитку невротичних розладів. Згідно з цією теорією, люди з невротичними порушеннями мають схильність до спотвореного сприйняття реальності, що проявляється у хибних переконаннях і інтерпретаціях ситуацій як загрозливих або небезпечних. Такі спотворення, зокрема катастрофічне мислення та негативна самооцінка, підтримують постійний стан тривоги, депресії та невпевненості. Когнітивно-біхевіоральна терапія орієнтована на корекцію цих переконань та зміну неадаптивних поведінкових стратегій, таких як уникання, що дозволяє знижувати рівень стресу та покращувати адаптацію до життя [6].

В рамках поведінкової психології дослідження нормального та патологічного розвитку психіки здійснюється через практичний підхід до прогнозування та контролю поведінки, при цьому акцент робиться на вивченні конкретних поведінкових реакцій як відповіді на певні стимулюючі фактори. З позиції радикального біхевіоризму людська психіка розглядається як набір реакцій, без детального аналізу внутрішніх процесів. У теорії патогенезу психічних розладів радикальні біхевіористи спираються на рефлексологічну концепцію І. Павлова [21]. Психогенний розлад, згідно з цією теорією, виникає через «формування неправильних або неадекватних реакцій на об'єкти і ситуації, що виникають у повсякденному житті». У такому контексті психічний розлад інтерпретується як сукупність умовних рефлексів, прояви яких відхиляються від соціально прийнятих норм.

Теоретична позиція А. Елліса підкреслює важливість інтерпретації досвіду, при цьому він чітко розрізняє раціональні та ірраціональні когнітивні структури, вказуючи на біологічну схильність людини до формування останніх [27]. Погляди когнітивістів щодо причин психічних розладів та методів психотерапії мають спільну основу. Згідно з когнітивною

психологією, психічний розлад є результатом формування у особи неадекватних, ірраціональних та жорстких когнітивних схем, що призводять до дисфункціональних стратегій поведінки через помилки в тлумаченні подій та явищ об'єктивної реальності [46].

Біологічний підхід до розуміння невротичних порушень особистості фокусується на нейробіологічних та генетичних аспектах. Дослідження в цій сфері показують важливість порушень у нейрохімічних системах, зокрема дисфункцій серотонінових, допамінових та інших нейротрансмітерних систем, що можуть спричиняти розвиток тривожних і депресивних симптомів. Генетична схильність також відіграє важливу роль у виникненні неврозів, оскільки деякі люди можуть бути більш схильними до стресу через спадкові фактори. Цей підхід акцентує увагу на значенні фармакологічного лікування, яке допомагає нормалізувати рівень нейротрансмітерів у мозку, зменшуючи симптоми. В.Н. Мясіщев відзначає, що невроз є захворюванням особистості, яке виникає, коли психотравмуюча ситуація співвідноситься з індивідом «як ключ до замка». Психотравма, в свою чергу, є ситуацією або інформацією, що суперечить особистості, викликаючи внутрішній чи міжособистісний конфлікт, який є нерозв'язуваним для конкретного індивіда. У разі нераціонального чи непродуктивного вирішення цього конфлікту розвивається нервово-психічне захворювання [14].

Патогенними можуть бути ситуації, що принижують гідність особистості, викликають страх, ставлять під загрозу її життя, а також втрата морального престижу чи повідомлення про смерть близьких. Постійна емоційна напруга веде до перевантаження адаптивних механізмів та соматовегетативної сфери. Поведінка особи в таких умовах визначається не стільки реальною ситуацією, скільки функціонуванням системи психологічного захисту, що проявляється через невротичні реакції, які з часом можуть ставати більш вираженими або аномальними. Психотравма може спричинити зрив системи психологічного захисту, порушення адаптивних і соматовегетативних механізмів, що призводить до розвитку

психопатологічної симптоматики, яка стає своєрідною формою психологічного захисту [33].

Сучасні дослідження, проведені в рамках експериментального вивчення неврозів, підтвердили, що важливу роль у їх патогенезі відіграють порушення вищих форм пристосувальної діяльності, таких як психоемоційна та психофізіологічна адаптація. Встановлено, що зміни в адаптивних механізмах, локалізованих у лімбічній системі головного мозку, ведуть до функціональних розладів у симпатичній, парасимпатичній та нейроендокринній системах. Крім того, основним проявом невротичного процесу на всіх етапах його розвитку є порушення емоційного реагування [75]. А.М. Вейн зазначає, що невроз є психогенним розладом, який виникає на основі індивідуальних особливостей особистості, що призводить до розвитку психічного конфлікту та порушень у емоційній, соматичній і вегетативній сферах. Для діагностики неврозів необхідно враховувати такі критерії: 1) наявність психотравмуючої ситуації; 2) специфічні риси структури особистості; 3) наявність психічного конфлікту; 4) наявність клінічних проявів хвороби [74].

Соціокультурний підхід до розуміння невротичних розладів підкреслює важливість зовнішніх соціальних і культурних умов, які можуть бути провокуючими факторами для розвитку цих розладів. Соціальні стресори, такі як конфлікти в родині, професійні невдачі, бідність, соціальна ізоляція або дискримінація, можуть стати потужними тригерами для розвитку невротичних симптомів. Крім того, культурні норми, соціальні очікування та соціальна підтримка значною мірою визначають стратегії подолання стресу і здатність до адаптації. Людина, що перебуває в умовах соціальних потрясінь або коли її індивідуальність не сприймається, може стикатися з посиленням симптомів, що впливає на її психоемоційний стан.

Соціальна орієнтація є важливою складовою теорії неврозогенезу К. Хорні. Вона підтримує думку З. Фрейда про значущість конфлікту між інстинктивними потягами та вимогами Супер-Его для розвитку неврозу,

проте не вважає цей конфлікт головною причиною. К. Хорні визначала основну причину неврозу як конфлікт між різними «атитюдами» щодо інших людей — «рух до людей», «проти людей» та «від людей», які виконують роль захисту від «базальної тривоги» — загального почуття тривоги. На її думку, невротик через свою ригідність не може адаптивно використовувати ці атитюди, що є необхідними для нормальної соціальної взаємодії. Як результат, один з атитюдів домінує і стає характерним для особистості, що призводить до розвитку неврозу як неадекватної реакції на реальність [27].

Таким чином, розуміння невротичних розладів вимагає комплексного підходу, який поєднує інтра-індивідуальні (психодинамічні, когнітивно-біхевіоральні), біологічні та соціокультурні аспекти. Врахування цих факторів дозволяє розглядати невротичні розлади не як окреме явище, а як результат складної взаємодії між внутрішніми і зовнішніми умовами, що визначають характер та тяжкість порушень, а також сприяють створенню більш ефективних методів їх лікування та корекції.

1.2. Поняття неврозу, основні види й причини

Розвиток наукового розуміння неврозів та невротичних рис характеру ґрунтується на значному внеску трьох основних концептуальних підходів, які стали основою для сучасного тлумачення цих явищ. Перш за все, концепція Х. Хартмана, що розвивалася на основі пізніших робіт З. Фрейда, передбачає наявність психологічних структур, які функціонують незалежно від інстинктивних потягів і внутрішніх конфліктів. Х.Хартман виділяв вроджені психічні структури, такі як пам'ять і когнітивні механізми, які мають вирішальне значення для психологічної адаптації людини. За його поглядом, ці структури становлять основу адаптивної діяльності, визначаючи вибір стратегій для вирішення конфліктів і застосування захисних механізмів. Ключовим моментом цього підходу є інтеграція біологічного компонента

психологічної структури, що впливає на розвиток адаптивних і захисних функцій під впливом як внутрішніх, так і зовнішніх факторів [17].

По-друге, дослідження Е. Еріксона значно доповнили теорію розвитку Его. Вчений не лише інтегрував концепцію психологічних структур, що залежать від інстинктивних потягів, але й створив нове розуміння узагальнених способів діяльності. У його теорії розвитку визначальну роль відіграють три основних джерела: інстинктивні процеси, розвиток зрілих здібностей та соціальні умови, що виникають на кожному етапі розвитку. Така інтеграція дозволила розширити психоаналітичне уявлення про адаптаційну діяльність людини, враховуючи як внутрішньоособистісні, так і соціокультурні впливи. По-третє, дослідження Дж. Кляйна, Р. Гарднера та їхніх колег значно вплинули на розуміння принципів контролю і їхнього прояву в способах пізнання. Ці дослідження зосереджені на вивченні того, як загальні пізнавальні механізми впливають на адаптивну поведінку та формування рис характеру [67].

Отже, можна зробити висновок, що невроз виникає як результат порушення нормального розвитку особистості та її функцій. Ці порушення спричинені дисгармонією між біологічними, психологічними та соціальними факторами. Відхилення у формуванні ментальних структур, невідповідність адаптивних стратегій особистості умовам навколишнього середовища та конфлікт між інстинктивними потягами, зрілими здібностями й соціальними умовами створюють основу для розвитку невротичних станів. Такий підхід підкреслює важливість багатовимірного аналізу неврозів, що враховує біологічні основи психічних процесів, когнітивні механізми адаптації та соціокультурний контекст, що є ключовим для створення ефективних методів профілактики та лікування невротичних розладів [68].

Так, Г.О. Гулько зазначає, що розвиток теорії про неврози має три основні напрямки: біологічний, особистісно-психологічний та біхевіоральний. В перші десятиліття XX століття психологічний підхід став панівним, що призвело до виникнення численних шкіл і концепцій, які по-

різному трактують суть неврозів і пропонують нові методи терапії. Французькі дослідники Ж. Шарко та І. Бернгейм визначали неврози як різновид психічних розладів. Водночас Дж. Бірд розглядав неврастенію як патологію, пов'язану з особливостями цивілізаційного розвитку, а П. Жане вважав неврози розладами невідомого походження, що виникають і зникають без видимих причин, залишаючись незрозумілими [18].

Кілька науковців, зокрема С.Н. Доценко, О.В. Кербіков, Д.С. Озерецковський, Е.А. Попов, А.О. Портнов, А.М. Свядощ, А.В. Снежнєвський, Д.Д. Федотов, запропонували обмежити використання терміну «невроз» лише до випадків, коли захворювання має психогенну етіологію, спричинену психічною травмою, таким чином відносячи його до психогенних розладів [10].

В сучасній науковій парадигмі, яка спирається на міжнародні стандарти класифікації психічних розладів, зокрема в Міжнародній класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10), термін «невроз» фактично втратив своє колишнє застосування, поступившись більш конкретними діагностичними категоріями. Це відображає еволюцію психіатричної номенклатури, орієнтованої на уточнення клінічних діагнозів, де основна увага приділяється конкретним формам тривожних або тривожно-фобічних розладів з чітко визначеними критеріями. Відмова від терміну «невроз» в офіційній класифікації психічних розладів є свідченням переходу до більш точного відображення природи психопатологічних станів, що сприяє покращенню діагностики та терапії [29].

Незважаючи на це, поняття «невроз» продовжує використовуватися в ряді наукових досліджень, де воно описує певний клас функціональних порушень психіки, що мають тимчасовий і зворотний характер. Зазвичай неврози трактуються як патологічні стани, що виникають через перевантаження нервової системи, пов'язане з порушенням балансу між процесами збудження і гальмування. Хоча це визначення поступово виходить з клінічного вжитку, воно залишається важливим для теоретичних

розробок, практичної психології та психотерапії. Його значення підкреслюється в роботах вчених, які розглядають невроз як ключовий елемент розуміння психогенних механізмів адаптаційних розладів [57]. Отже, незважаючи на зміни в термінології, зумовлені стандартизацією медичних класифікацій, термін «невроз» продовжує бути предметом значного наукового інтересу. Це пов'язано з його здатністю концептуально охоплювати широкий спектр психофізіологічних явищ, які не обмежуються лише вузько визначеними діагностичними категоріями сучасних класифікаційних систем.

Термін «невроз» (від грецького *neurōn* – жила, нерв) використовується для позначення групи психогенних функціональних розладів, що проявляються в порушеннях нервово-психічної діяльності, спричинених психотравмуючими факторами. Згідно з прийнятим в Україні визначенням, невроз – це психогенний нервово-психічний розлад, що виникає внаслідок порушень у важливих сферах життєдіяльності людини. Тобто, невроз розвивається тоді, коли людина через різні обставини не може знайти продуктивного виходу зі складної ситуації, вирішити психологічно важливу проблему або пережити трагедію [67].

Основою таких розладів є невротичний конфлікт, що виникає через протиріччя між внутрішніми потребами, цілями або цінностями особистості та реальними обставинами життя, які мають для неї значення. Серед основних етіологічних чинників розвитку неврозів виділяються психічна перенапруга, сильні емоційні переживання, хронічне незадоволення життєвими умовами, а також різноманітні стресові фактори. Згідно з МКХ-10, неврози включені до категорії «Невротичні, пов'язані зі стресом, і соматоформні розлади» і включають такі групи: а) тривожно-фобічні (агорофобія, соціофобія, інші тривожно-фобічні розлади); б) інші тривожні розлади (панічний розлад, тривожний невроз тощо); в) obsесивно-компульсивні (obsесивно-компульсивний невроз); г) дисоціативні (конверсійні), зокрема істерія та конверсійна істерія. МКХ-10 відображає

сучасну практику діагностики психічних захворювань у різних країнах, що сприяє покращеному взаєморозумінню серед медичних працівників [44].

Ці стани характеризуються значною варіативністю проявів, включаючи симптоми як психічних, так і соматичних порушень. Наприклад, істерія проявляється емоційною нестабільністю, театральністю поведінки та схильністю до соматоформних симптомів; неврастенія характеризується підвищеною втомлюваністю, дратівливістю та зниженням працездатності; психастенія відзначається тривожністю, нерішучістю та схильністю до самоаналізу; неврози нав'язливих станів супроводжуються появою стійких думок чи дій, які людина усвідомлює як надмірні, але не може контролювати [68].

Таким чином, невротичний стан, який виникає в результаті невротичної поведінки, має схильність до хронічності та рецидивів. Якщо відсутнє належне лікування, ці адаптаційні стратегії можуть перетворитися на сталу невротичну властивість, яка стає частиною структури особистості. З часом це може призвести до формування невротичного характеру, що стає невід'ємною рисою особистості. Невротичний характер є психічним розладом, настільки закріпленим, що приводить до перебудови всіх аспектів особистості, включаючи її систему цінностей. Людина з таким характером сприймає свою поведінку як норму, оскільки вона інтегрована в патологічний образ, що розвивається в результаті тривалої невротизації. Важливість цього поняття було вперше зазначено В. Райхом, який розвивав ідеї З. Фрейда, доповнені іншими психоаналітиками, зокрема К. Абрахамом. Проблематика невротичної особистості залишається актуальною, незважаючи на поширення психотерапевтичних підходів, оскільки кількість осіб з невротичними розладами продовжує збільшуватись.

Науковці, зокрема Л. І. Васерман, Б. В. Іовлев, К. Р. Червінська та О. Ю. Щелкова та виділили основні риси особистості, що асоціюються з неврозоподібними, невротичними та психосоматичними розладами. До таких рис належать невпевненість у собі, когнітивна та соціальна пасивність,

надмірний контроль поведінки, емоційна нестабільність, іпохондричність, соціальна неадаптованість і схильність до інтроверсії. Ці характеристики відображають глибоку внутрішню дезадаптацію, яка стає передумовою для виникнення стійких невротичних рис особистості [17].

На сьогодні найбільш поширеним визначенням неврозів є їх розгляд як психогенних порушень, що розвиваються внаслідок конфлікту між важливими емоційними зв'язками особистості та важкими життєвими обставинами. Ці порушення формуються на основі індивідуальних особливостей нервової системи та під впливом несприятливого соціального середовища, включаючи помилки виховання в сім'ї. Таку точку зору підтримують численні відомі вчені, серед яких Б.Д. Карвасарський, М.М. Кабанов, В.В. Ковальов, А.Є. Личко, Н.І. Феминська та інші.

На думку окремих дослідників, невротичні розлади є оборотними психогенними дисфункціями психічної діяльності. Вони характеризуються емоційною нестабільністю, значним психічним виснаженням, порушенням загального самопочуття та функцій соматовегетативної системи, але при цьому не призводять до змін самосвідомості або втрати здатності усвідомлювати наявність захворювання.

До основних проявів неврозів відносять погіршення самопочуття, що супроводжується відчуттям внутрішнього дискомфорту, головним болем, слабкістю, втомою, занепадом сил, порушенням сну та неприємними фізичними відчуттями у різних частинах тіла. Емоційно-вольові порушення включають емоційну нестабільність, підвищену чутливість, схильність до афективних станів, зміни настрою, депресивні реакції, страхи, нав'язливі думки, а також зниження здатності контролювати емоції. Також можуть спостерігатися розлади інших психічних функцій, таких як пам'ять, увага, мислення, сприйняття і свідомість. Додатково до цього можливі порушення моторної сфери, включаючи тики, нав'язливі рухи, функціональні паралічі, парези, мутизм і тремор. Вегетативні прояви включають підвищену

пiтливiсть, вiдчуття жару, нестабiльнiсть пульсу та артерiального тиску, тахiкардiю, диспептичнi явища i задишку [58].

Згiдно з Мiжнародною класифiкацiєю хвороб 11-го перегляду (МКХ-11), термiн «невроз» бiльше не використовується як окремий дiагноз, що вiдрiзняється вiд пiдходу попереднiх редакцiй класифiкацiї. Натомiсть психiчнi розлади, якi ранiше входили до цiєї категорiї, тепер класифiкуються в iнших групах, що точнiше вiдображають iхню природу та симптоматику. Зокрема, стани, якi ранiше визначалися як невротичнi, нинi подiляють на тривожнi розлади, такi як генералiзований тривожний розлад, панiчний розлад, соцiальна тривога тощо; розлади, спричиненi стресом, серед яких посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та гострий стресовий розлад; а також соматоформнi розлади, для яких характерна наявнiсть фiзичних симптомiв, зумовлених психологiчними факторами. Цi змiни в МКХ-11 сприяють точнiшiй класифiкацiї психiчних захворювань, що допомагає удосконалити дiагностику та лiкування з науковим обгрунтуванням [44].

Дослiдження наукової лiтератури дозволяють розглядати невроз як функцiональний, оборотний розлад, що виникає через порушення або зрив вищої нервової дiяльностi. Такий зрив пов'язаний з перенапруженням основних процесiв кори головного мозку, таких як гальмування та збудження, або iх пiдвищеною рухливiстю, що є результатом психiчної травми чи хронiчної перевтоми. Клiнiчнi прояви неврозiв включають астеничнi симптоми, нав'язливі стани та iстеричнi розлади, при цьому зберiгається здатнiсть пацiєнта адекватно сприймати реальнiсть та усвiдомлювати свiй стан [74].

У сучаснiй психiатрiї наголошується на необхідностi чiткого розмежування неврозiв i iнших психiчних розладiв невротичного спектра, зокрема невротичних реакцiй, якi часто супроводжують соматичнi або нервовi захворювання. Невротичнi реакцiї, неврози та психопатiї становлять ключовi об'єкти дослiдження в рамках так званої малої чи межевої психiатрiї. Окрiм цього, слiд пiдкреслити важливiсть диференцiацiї неврозiв i

неврозоподібних розладів. Останні, хоча й характеризуються схожими клінічними проявами, такими як астеничні, obsесивно-фобічні або істеричні симптоми, не мають психогенного характеру походження. Неврозоподібні стани зазвичай входять до клінічних картин інших хронічних психічних чи соматичних захворювань, наприклад, вони можуть спостерігатися при шизофренії, гіпертонічній хворобі, пептичній виразці тощо. Це потребує особливої уваги при постановці діагнозу. Розмежування між цими патологічними станами є важливим для розробки ефективних терапевтичних підходів і корекції психічних порушень [33].

На думку Н. В. Терлецької, невротичні розлади являють собою функціональні порушення психічної діяльності, які виникають у відповідь на психотравмуючі фактори, зокрема конфліктні ситуації. Такі порушення пов'язані з недостатністю механізмів психологічного захисту. У пацієнтів з неврозами відзначається широкий спектр симптомів, що охоплюють усі основні пізнавальні процеси. Частими проявами є тривожний настрій, іпохондричні переживання, а також схильність перебільшувати серйозність свого стану і потенційну небезпеку хвороби. Проблема класифікації невротичних розладів досі є предметом активних наукових дискусій, і на сьогодні відсутній єдиний загальноприйнятий підхід до цього питання. Багато дослідників розглядають поняття «невроз» як синонім невротичних розладів, що характеризуються тривалим перебігом із частими рецидивами симптоматики [68].

О.С. Чабан розглядає невротичний стан як порушення в міжособистісних взаєминах, підкреслюючи роль психотравмуючої ситуації, яка виступає як каталізатор для активації раніше неадекватної системи взаємодії особистості [78]. В його теорії важливішим є не стільки факт психічної травми, скільки основні психологічні характеристики особистості, які визначають її здатність реагувати на стресові ситуації. Таким чином, типологічні особливості особистості значною мірою визначають спектр психічних і функціональних станів, що можуть виникнути через порушення

емоційної рівноваги. Це дозволяє виокремити психологічні характеристики, які можуть стати передумовою для розвитку невротичних станів.

І. І. Савенкова вказує, що неврози є порушеннями вищої нервової діяльності та нейровегетативних функцій, які, зазвичай, виникають у емоційній сфері під впливом психічних травм або тривалого емоційного стресу. Ці порушення можуть проявлятися змінами в мисленні та загальній поведінці, що виникають через афективні стани. Зриви вищої нервової діяльності, як правило, спричиняються порушенням балансу між основними нервовими процесами, зокрема між їх силою та рухливістю, коли на них накладаються надмірні вимоги. Люди з меланхолічним і холеричним темпераментами найбільш схильні до розвитку неврозів, у той час як у осіб з сангвінічним та флегматичним темпераментами такі порушення трапляються рідше. Сприятливими чинниками для розвитку неврозів є соціальні умови, психічний і соматичний стан під час травмуючої ситуації, а також загальна перевага [61].

У науковій літературі загальновизнано, що важливою характеристикою неврозу як психогенного розладу є наявність психологічно осмисленого зв'язку між особистістю, ситуацією та хворобою [16]. Психотравмуюча ситуація, яка супроводжує невротичний стан, не завжди є об'єктивно травматичною, оскільки подібні обставини можуть зустрічатися в житті багатьох людей. Однак виникнення неврозу залежить від індивідуальних особливостей особистості, які визначають так званого «потенційного невротика», а також від рис, що сприяють опору невротичним конфліктам, формуючи певний рівень «неврозостійкості» особистості. Таким чином, невротична особистість характеризується деякими недоліками в механізмах антиципації та психологічної компенсації, що призводить до сприйняття психотравмуючої ситуації як неможливої для подолання, що сприяє розвитку невротичних розладів.

Основними клінічними ознаками неврозів є порушення самоконтролю, емоційні зміни, зміни в ефекторно-вольовій сфері, а також порушення інших

психічних функцій. До порушень самоконтролю відносяться симптоми, такі як головний біль, відчуття розбитості, підвищена стомлюваність і зниження працездатності. В емоційній сфері спостерігаються коливання настрою, схильність до депресивних станів, страхи, а також неадекватність емоційних реакцій. Окрім того, можуть виникати розлади апетиту, сексуальної функції, настирливі потяги і дії. Важливими також є порушення уваги, пам'яті, мислення, сприймання та свідомості. Серед сомато-вегетативних порушень найпоширенішими є гіпергідроз, тахікардія, зміни артеріального тиску, закрепи, нудота, функціональні парези та паралічі [61].

У вітчизняній класичній класифікації неврозів виділяють три основні форми: істеричний невроз, неврастенію та невроз нав'язливих станів. Водночас, у Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) термін «невроз» був замінений на «невротичні розлади», що призвело до змін у класифікації цих станів. Зокрема, невроз нав'язливих станів отримав назву «обсесивно-компульсивний розлад», істеричний невроз був переведений у категорію «дисоціативні (конверсійні) розлади», тоді як термін «неврастенія» залишився незмінним. Окрім цього, в МКХ-10 окремо виділяються такі розлади, як невроз страху, іпохондричний і депресивний неврози, що дозволяє більш детально описати спектр невротичних розладів [64].

Тривале впливання психотравмуючої ситуації може призвести до хронізації невротичних розладів, що в свою чергу сприяє формуванню невротичного розвитку особистості. У таких випадках клінічна картина характеризується домінуванням астенічних, обсесивно-фобічних і істеричних розладів, які значною мірою знижують адаптаційний потенціал особистості та викликають соціальну дезадаптацію пацієнта. Тому хронізація невротичних станів є важливим аспектом в контексті діагностики, профілактики та лікування цих патологій.

Серед різних форм невротичних розладів найпоширенішою є неврастенія, або «нервова слабкість». Це психогенний розлад, основою якого є астенічний синдром. Зазвичай причиною виникнення цього стану є

перевтома, яка виникає внаслідок тривалого недосипання або надмірних інтелектуальних навантажень. Симптоми неврастенії зазвичай з'являються поступово. Основний прояв захворювання полягає в дратівливій слабкості, що поєднує підвищену збудливість із швидкою втомлюваністю. Пацієнти нерідко відзначають появу головного болю, підвищену чутливість до зовнішніх подразників, таких як яскраве світло або гучні звуки, а також порушення вегетативних функцій. Спостерігається схильність до зростання тривожності, іпохондричних переживань і емоційних реакцій, які можуть провокувати конфлікти з оточенням. У таких випадках хворі мають тенденцію до надмірного фокусування на власних відчуттях, що, своєю чергою, сприяє посиленню тривоги та іпохондричних настроїв [61].

Розрізняють дві основні форми неврастенії: перша — це невроз виснаження, що виникає через надмірні інтелектуальні навантаження, друга — реактивна неврастенія, яка розвивається як відповідь на психотравмуючі обставини, що зазвичай супроводжуються попередньою перевтомою або наявністю [64].

Невроз нав'язливих станів, або нав'язливість, зазвичай виникає після психічної травми і характеризується синдромом нав'язливих думок і дій. Цей розлад охоплює різноманітні типи нав'язливих переживань, серед яких сумніви, спогади, уявлення, потяги та страхи, що виникають в опозиції до логічного мислення або бажання їх подолати. Відчуття невизначеності супроводжує пацієнта, навіть коли він упевнений у правильності своїх дій на раціональному рівні. Нав'язливі спогади є ще однією ознакою цього розладу, коли людина не може позбутися спогадів про неприємні чи ганьбливі події, незважаючи на спроби уникнути думок про них. Подібним чином нав'язливі уявлення можуть включати абсурдні або нереальні ідеї, які хворий сприймає як реальність. Наприклад, пацієнт може бути переконаний, що померлий родич насправді живий, і переживати болісні уявлення про «померлого», який знаходиться в могилі [74].

Ще однією особливістю цього розладу є нав'язливі потяги, що включають сильне бажання здійснити небажану або шкідливу дію, наприклад, вчинити насильство або заподіяти шкоду собі чи іншим. Ці потяги часто супроводжуються відчуттям жаху та паніки, оскільки людина не може позбутися їх, хоча усвідомлює їх безглуздість. Нав'язливі страхи або фобії також є типовими для цього виду неврозу. Пацієнти можуть переживати безпідставний страх перед різними ситуаціями, такими як висота, великі вулиці, відкриті чи замкнуті простори, скупчення людей, а також боязнь невиліковних хвороб або раптової смерті. Ці страхи часто супроводжуються ритуальними діями, які людина виконує з метою уникнути лиха чи нещастя, навіть якщо критично ставиться до своїх вчинків [67].

Психастенія та психастенічний невроз, що згідно з МКХ-10 належать до категорії «Інші специфічні невротичні розлади», мають клінічні ознаки, схожі на невроз нав'язливих станів. Ці розлади характеризуються відчуттям втомленості, постійною напругою та тривожними передчуттями, супроводжуваними відчуттям соціальної нездатності, низької привабливості та почуттям приниження у порівнянні з іншими людьми. Важливою рисою є також підвищена чутливість до критики і страх перед негативною оцінкою з боку оточення. Пацієнти часто намагаються уникати соціальних контактів і діяльності, яка передбачає взаємодію з іншими людьми, через побоювання бути засудженими чи ігнорованими. Крім того, вони схильні обмежувати свій соціальний і особистий простір, прагнучи до фізичної і психологічної безпеки [57].

Істеричний невроз проявляється підвищеною нервовістю і дратівливістю навіть в умовах відносного спокою. Поведінка таких осіб часто буває неадекватною, з неочікуваними реакціями. У соматичному плані істеричний невроз супроводжується руховими і вегетативними порушеннями, такими як гіпотонія, компульсивні рухи та інші симптоми, пов'язані з дисфункцією вегетативної нервової системи. Характерними ознаками істеричних нападів є психічні афективні кризи, під час яких

пацієнти можуть демонструвати надмірно виразну поведінку: котитися по підлозі, кричати, здійснювати фізичні впливи на оточуючих або навіть загрожувати самогубством. У деяких випадках така поведінка може бути ознакою іншої психопатології, що маскується під істеричний розлад [58] .

Іпохондричний невроз є результатом надмірного занепокоєння щодо серйозних хвороб або безнадійних життєвих обставин. Цей тип неврозу часто супроводжується істеричними симптомами або може мати риси obsесивно-компульсивного розладу. Пацієнти з іпохондричним неврозом зазвичай проявляють широкий спектр психічних симптомів, таких як нав'язливі думки та страхи. Особливість цього стану — це надмірна зацікавленість у медичних дослідженнях: хворі можуть регулярно проходити медичні обстеження, читати медичну літературу або активно вивчати інформацію про різноманітні хвороби, хоча їхня тривога щодо власного здоров'я залишається високою [61].

Так, Г. Гулько вважає, що розвиток неврозу тісно пов'язаний з високим темпом життя [17]. Дослідження, проведені Н. Павликом, Ю. Панасюком та І. Савенковою, підтверджують, що виникнення неврозу можна пояснити як з психологічної, так і з біологічної (нейрофізіологічної) точки зору [49]. Біологічний підхід наголошує на значенні спадковості та типу темпераменту у розвитку невротичних розладів, зокрема пригнічення темпераменту може спричиняти невротичні порушення. Психологічний підхід до вивчення неврозу акцентує увагу на ролі психічної травми, а також підвищеній сугестивності та самосугестивності особистості.

Аналіз сучасної наукової літератури показує, що дослідники все частіше звертають увагу на мікросоціальні чинники як важливу складову етіопатогенезу невротичних розладів. Наразі зменшується значення макросоціальних факторів у житті пацієнтів, водночас зростає роль найближчого соціального оточення — сім'ї, друзів, колег та інших важливих осіб, які формують мікросоціальне середовище. Це середовище є основою

для розвитку патологічного гомеостазу на рівні невротичного реагування або розладів [68].

Дослідження ролі сім'ї як важливого патогенетичного фактору дозволило виділити кілька аспектів розвитку невротичних розладів, зокрема у контексті взаємозв'язку клінічних і психологічних проблем, які охоплюють три покоління. Особливу увагу звертають на специфіку раннього розвитку осіб, схильних до неврозів, а також на фактори, які призводять до зниження біотонусу, зростання тривожності та змін у реактивності. Зокрема, підкреслюється, що одним із головних психогенних чинників, що сприяють розвитку неврозів, є порушення родинних відносин та негативний вплив батьків [16].

Обмеження основних потреб дітей, таких як потреба в самовираженні, підтримці, любові та визнанні, може призвести до внутрішнього конфлікту, який стає джерелом хронічної емоційної напруги. Психічна травматизація в сімейному середовищі може поглиблюватися через гострі психотравмуючі ситуації, до яких відносяться переляк, конфлікти, образи, незаслужене покарання, хвороба або розлучення батьків. В таких умовах спостерігається загострення емоційної чутливості, посилення внутрішнього занепокоєння і подальше зниження психічної реактивності [49].

У більшості досліджень, присвячених невротичним розладам, акцентується увага на ролі соціальних факторів у механізмах розвитку цієї патології. Проте лише окремі роботи намагаються детально розглянути, як саме конкретні соціальні чинники впливають на патогенез неврозів. Це підкреслює потребу у подальших дослідженнях, які дозволили б глибше зрозуміти взаємозв'язок між соціальними умовами і психічним здоров'ям людини [62].

Психогенні зміни особистості виникають внаслідок травматичних досвідів міжособистісних відносин, які заважають формуванню стабільної та прийнятної «я-концепції». Це призводить до нестабільної самооцінки, яка, у свою чергу, сприяє розвитку хворобливо чутливого, емоційно нестабільного

та тривожного «я». Невирішені внутрішні конфлікти стають постійним джерелом емоційної напруги та тривоги, що виснажує захисні механізми організму і знижує його активність. В таких умовах зростає емоційна нездатність справлятися з життєвими труднощами, що зумовлено травматичним досвідом і занепокоєнням щодо змін у власному «я». Ці фактори формують тривожно-недовірливий, емоційно нестабільний та егоцентричний тип реагування. Особистість, що переживає таку дезінтеграцію, стикається з серйозними труднощами у соціальній адаптації, а її реакції часто бувають дисгармонійними, що вимагає індивідуального підходу до психотерапевтичної корекції [64].

Отже, загальновизнано, що неврози є результатом складної взаємодії біологічних, психологічних та соціальних чинників. І. Савенкова підкреслює, що кожен вид неврозу відрізняється своїми особливостями, пов'язаними з вищою нервовою діяльністю особистості [62]. М. Томчук, в свою чергу, зазначає, що основним фактором розвитку неврозу є психотравматизація, але її вплив залежить від взаємодії з численними іншими умовами, які формуються протягом життя індивіда, зокрема через етапи розвитку його організму та особистості [38].

Таким чином, викладене вище дає змогу узагальнити, що «невроз» є психопатологічним станом, який характеризується емоційними та когнітивними порушеннями, що не супроводжуються вираженими органічними змінами в структурі мозку, але мають істотний вплив на психічне функціонування особистості. Розлади невротичного спектра проявляються у вигляді стійкої тривожності, емоційної лабільності, соматичних порушень і зниження адаптивних можливостей особистості в соціальному середовищі. До основних видів неврозів належать неврастенія, істеричний, obsесивно-компульсивний та іпохондричний неврози, кожен з яких має специфічні клінічні прояви, зумовлені певними особливостями психічного розвитку та динамікою внутрішніх конфліктів.

Причини виникнення невротичних розладів є багатофакторними й обумовлені складною взаємодією біологічних, психологічних і соціальних аспектів. Біологічні фактори включають генетичну схильність, особливості нервової системи та реактивність організму на стресові фактори. Психологічні чинники, такі як психотравмуючі події, внутрішні конфлікти та особистісні властивості, формують схильність до розвитку невротичних розладів. Соціальні фактори, зокрема стресори, пов'язані з міжособистісними відносинами, соціальною ізоляцією або професійними труднощами, також є важливими в етіології неврозів. Усі ці фактори взаємодіють і створюють підґрунтя для розвитку невротичних порушень. Отже, невроз можна розглядати як результат інтеграції біологічних, психологічних та соціальних впливів, що зумовлюють порушення психічної гомеостазу особистості.

1.3. Особливості проявів невротичних станів у внутрішньо переміщених осіб

Російська агресія проти українського народу, що має характер геноциду, значно змінила умови існування українців, спричинивши масовий виїзд співвітчизників. Багато людей стали вимушеними переселенцями на власній землі або біженцями за кордоном через жакливі події війни. Для багатьох із них рішення покинути власне житло, яке раніше було безпечним, стало важким вибором між небезпечною реальністю та невизначеним майбутнім [50]. Вимушене переміщення, як внутрішнє, так і зовнішнє, розглядається як важливий життєвий вибір, що набуває екзистенційного значення, адже на його вершині стоїть питання людського життя як найвищої цінності. Вибір між залишенням на знайомому місці проживання та переїздом до більш безпечних регіонів є глибоко екзистенційною проблемою, що включає питання фізичного виживання, забезпечення власного буття, соціалізації, самореалізації, а також утвердження вищих життєвих цінностей та смислів.

Аналіз різноманітних аспектів вимушеного переміщення під час війни, а також феноменологічних особливостей цього явища є важливим соціальним запитом (Є. І. Головаха, Л. М. Карамушка, О. М. Кокун, Я. М. Омельченко, М. М. Слюсаревський та ін.). Одним з ключових напрямків цього дослідження є вивчення питань психологічної допомоги особі, яка опинилася перед необхідністю особистісного вибору, що підкреслюється в працях таких науковців, як Г. О. Балл, А. Ленгле, О. Л. Музика, Т. М. Титаренко та ін. Серед сучасних науковців питання внутрішньо переміщених осіб активно досліджуються такими вченими, як Н. Афанасьєва, О. Балакірєва, В. Боснюк, Т. Доронюк, В. Лефтеров, О. Міхеєва [45], О. Панченко, К. Педько, У. Садова, В. Серєда, Т. Старинська, А. Солодько, О. Тімченко та іншими.

Особливості проявів невротичних станів у внутрішньо переміщених особах зумовлені специфічними умовами, в яких ці особи опинилися, а також унікальними психологічними та соціальними стресорами, пов'язаними з вимушеною міграцією та війною. Початковий внутрішньоособистісний конфлікт, що виникає через відсутність позитивної мотивації до переїзду та фізичну неможливість залишатися у власному домі, перебування в умовах екстремальної життєвої ситуації, а також труднощі адаптації на новому місці сприяли формуванню у внутрішньо переміщених осіб унікального досвіду, який виходить за межі звичайного та повсякденного. Приймаючи рішення про зміну місця проживання, індивіди стикалися з руйнуванням життєвого простору, втратою життєвих орієнтирів і невизначеністю щодо майбутнього. Подвійність ситуації полягала у виборі, що за будь-яких обставин супроводжувався тривожністю, невизначеністю та почуттям провини через нереалізовані можливості, водночас не даючи змоги передбачити результати подальшого розвитку подій [12]. Такий вибір супроводжувався інтенсивними емоційними переживаннями, станом шоку, що міг бути викликаний, наприклад, обстрілами чи втратою близьких, а також надзвичайно сильним стресом, пов'язаним із тривалим перебуванням у загрозованих для життя

умовах як для самих людей, так і для їхніх рідних. Втрата домівки, порушення звичного способу життя, переживання насильства та загроза для життя, а також ізоляція від соціальних та культурних зв'язків — все це створює передумови для розвитку різноманітних психічних розладів, зокрема невротичних. У внутрішньо переміщених осіб спостерігається цілий спектр психоемоційних розладів, які варіюються від легких форм тривоги та депресії до тяжких посттравматичних стресових розладів (ПТСР) і соматоформних розладів [26].

При наданні допомоги внутрішньо переміщеним особам необхідно враховувати психосоціальні наслідки, що виникають внаслідок процесу переміщення. Це включає в себе афективні реакції, такі як агресивність, вибухові емоції, депресивні стани, що проявляються у зниженні настрою, втраті здатності до задоволення, байдужості, загальній тривожності, нападах люті, перепадах настрою, пасивності, злісних реакціях та прагненні знайти «винного», роздратованість, а також підвищену тривожність [25]. Серед емоційних і вольових проявів можна відзначити притупленість емоцій, неможливість виражати радість, горе, гнів, підвищену збудливість, нав'язливі спогади, порушення сну, включаючи труднощі з засинанням та уривчастий сон, відчуття незахищеності, стан жертви, що включає страждання, безпорадність, образи та негативне ставлення до навколишнього світу, почуття сорому і провини за те, що вдалося вижити. Також спостерігаються порушення когнітивних функцій, такі як труднощі із запам'ятовуванням, концентрацією уваги, немотивована пильність, думки про самогубство, втрати відчуття контролю над власним життям, що супроводжуються відчуттям, що інші приймають рішення за особу. Це призводить до порушення ідентичності та зв'язку з соціумом, розгубленості, труднощів у виконанні звичних розумових завдань, побоювань бути відторгнутим, відсутності можливості прогнозувати майбутнє і низької самооцінки. Серед порушень сприйняття також відзначаються галюцинаторні реакції, коли травмуючі події настільки яскраво відтворюються в пам'яті, що реальні події

відходять на другий план. Поведінкові прояви включають зловживання алкогольними, наркотичними або лікарськими засобами [15].

Основним проявом невротичних станів серед внутрішньо переміщених осіб є підвищена тривожність. Психологічний стрес, викликаний небезпекою війни та необхідністю змінювати місце проживання, сприяє розвитку тривожних розладів, що проявляються у вигляді безпричинного занепокоєння, панічних атак, страхів та фобій. Такі стани часто супроводжуються соматичними проявами, такими як тахікардія, пітливість, головний біль, проблеми з шлунково-кишковим трактом, що свідчить про тісний зв'язок між психоемоційними та фізіологічними аспектами неврозів. Внутрішньо переміщені особи можуть відчувати постійну напругу, що підсилюється невизначеністю щодо майбутнього та відсутністю стабільності, що є важливим фактором ризику для розвитку тривожних розладів [28].

Депресивні стани також є типовими для цієї групи осіб. Втрата рідного дому, соціальних зв'язків та професійного статусу, а також необхідність адаптуватися до нових соціокультурних умов часто супроводжуються почуттям безнадійності, апатії та зниження мотивації. Симптоми депресії у внутрішньо переміщених осіб включають пригнічений настрій, втрата інтересу до раніше важливих справ, зниження самооцінки, порушення сну та апетиту. Такий стан може перерости в хронічну депресію, що значно погіршує якість життя і ускладнює процес адаптації до нових умов [41].

Особливо вираженим серед внутрішньо переміщених осіб є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), який є результатом пережитих травм, пов'язаних з насильницьким переміщенням, бойовими діями та втратами. ПТСР проявляється в нав'язливих спогадах про травмуючі події, нічних кошмарах, гіпервігостливості та униканні ситуацій, що нагадують про пережиті події. Внутрішньо переміщені особи, які пережили бойові дії або стали свідками насильства, можуть стикатися з труднощами в соціальній взаємодії, що є результатом психоемоційної ізоляції та глибоких внутрішніх конфліктів, пов'язаних із травматичними спогадами [52].

До того ж, внаслідок порушення звичного соціокультурного середовища, внутрішньо переміщені особи часто стикаються з труднощами в адаптації до нової культурної та соціальної реальності. Це може проявлятися у вигляді соціальної ізоляції, відчуття чужості та відторгнення, що сприяє розвитку соматоформних розладів. У таких випадках фізичні симптоми, які не мають органічних причин, можуть стати способом вираження психоемоційного дискомфорту, що не може бути виражений словами.

Отже, невротичні стани у внутрішньо переміщених особах мають багатогранний характер і можуть включати тривогу, депресію, ПТСР та соматоформні розлади. Вони обумовлені унікальними умовами вимушеного переселення, які включають як психологічний стрес від втрати дому, так і адаптацію до нових соціокультурних умов. Врахування цих специфічних проявів є необхідним для розробки ефективних методик психологічної допомоги, які повинні бути персоналізованими та адаптованими до конкретних потреб цієї категорії осіб [59].

У сучасних умовах війни в Україні проблема внутрішньо переміщених осіб (ВПО) набула особливої актуальності. Відповідно до українського законодавства, до категорії внутрішньо переміщених осіб належать громадяни України, а також іноземці та особи без громадянства, які на законних підставах перебувають в Україні та були змушені покинути своє постійне місце проживання через збройний конфлікт, порушення прав людини, окупацію або надзвичайні ситуації. Через бойові дії мільйони людей втратили свої домівки, що спричинило значні соціально-економічні труднощі та психологічні проблеми. Вимушений переїзд, розрив із рідним домом, втрата близьких, роботи, а також життя в умовах невизначеності та постійного стресу суттєво погіршують психічне здоров'я внутрішньо переміщених осіб [79].

Проблематика дослідження психологічних наслідків війни залишається однією з найбільш актуальних у контексті аналізу деструктивного впливу воєнних дій на різні аспекти життєдіяльності суспільства. Серед таких

наслідків особливу увагу привертають не лише смерть і поранення, руйнування інфраструктури, житлового фонду, екологічні катастрофи чи створення умов штучного голоду, але й соціально-психологічні аспекти, що стосуються постраждалого населення. У межах дослідження специфіки внутрішнього переміщення населення в Україні, яке розпочалося з початком збройної агресії РФ у 2014 році, українські науковці акцентували увагу на різних аспектах адаптації вимушених переселенців до нових умов життя. Зокрема, це стосується як дорослих, так і дітей, їхньої інтеграції у нові соціальні середовища, соціально-психологічних особливостей, включаючи здатність до рефлексії, а також методів психологічної підтримки внутрішньо переміщених осіб (зокрема, на прикладі переселенців із Криму) [27].

Термін «внутрішньо переміщені особи» є офіційним і застосовується до осіб, які зареєстрували свій статус відповідно до чинного законодавства, що дає їм право на певні соціальні гарантії та пільги. Однак, практика свідчить, що значна частина осіб, змушених залишити свої домівки через загрозу життю чи здоров'ю, не ставала на облік і, відповідно, не отримувала офіційного статусу «внутрішньо переміщеної особи». У зв'язку з цим для комплексного аналізу ситуації, пов'язаної з переселенням населення внаслідок воєнних дій, доцільним видається використання поняття «вимушені переселенці», яке є ширшим за офіційний термін і охоплює як зареєстрованих, так і незареєстрованих осіб [66].

Крім того, враховуючи масштаби зовнішньої міграції населення України під час війни, слід зазначити, що лише частина громадян, які виїхали за кордон, офіційно отримали статус «біженців». З огляду на це термін «вимушені переселенці» може бути застосований також до осіб, які були змушені покинути територію України. Для розмежування цих категорій пропонується використовувати уточнені терміни: «вимушені внутрішні переселенці» для осіб, які перемістилися в межах країни, та «вимушені зовнішні переселенці» для тих, хто виїхав за кордон. Обидві категорії населення вимагають окремого аналізу, оскільки кожна з них має специфічні

особливості соціальної, психологічної та правової адаптації. Звісно, такі термінологічні підходи потребують подальшого уточнення та обґрунтування в рамках наукових досліджень [52].

Дослідження наукових джерел підтверджують, що проблема внутрішньо переміщених осіб (ВПО) є об'єктом активного вивчення як серед вітчизняних, так і зарубіжних науковців. Серед українських дослідників увага була приділена різним аспектам цього питання: І. Логовський та Е. Михлюк досліджували життєстійкість ВПО; А. Голотенко аналізував психосоціальне благополуччя переселенців; С. Волкова, О. Семікіна, В. Федченко, О. Череднякова та І. Явдак, акцентували увагу на емоційних станах таких осіб; Ю. Алябіна зосередилася на проблемах психічного здоров'я переселенців; Н. Шиліна розглядала особливості емоційного стану біженців і переселенців у період військового конфлікту, досліджуючи студентську молодь.

Аналіз літератури свідчить, що внутрішньо переміщені особи стикаються з численними психоемоційними труднощами. В. Педоренко виділяє серед поширених психологічних проблем такі, як стресові розлади, почуття фрустрації, агресивність, невпевненість у собі, ригідність, а також відчуття провини й сорому [51]. Згідно з дослідженням З. Спринської, пережитий стрес і вимушене переселення зумовлюють появу у ВПО таких характеристик, як сором'язливість, депресивність, невротичні прояви, стресові реакції, уникаюча поведінка та складнощі в соціальній взаємодії. Крім того, у цих осіб часто виявляються тривожні та депресивні стани, швидка втомлюваність, низька самооцінка та знижена здатність протистояти стресу. Результати досліджень також свідчать про схильність до підвищеного рівня психопатизації, що може проявлятися в імпульсивності, нехтуванні соціальними нормами, егоцентризмі та труднощах адаптації до нового соціального середовища[66].

Дослідження показують, що внутрішньо переміщені особи (ВПО) в Україні стикаються з високим рівнем тривожності, депресивними розладами,

посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) та іншими невротичними станами. Ці психічні розлади значно знижують здатність таких осіб адаптуватися до нових життєвих умов, ускладнюють їх інтеграцію в нові соціальні середовища та перешкоджають відновленню звичного ритму життя. Найбільш уразливими групами залишаються діти, літні люди та жінки, які страждають через втрату звичного оточення й соціальної підтримки [79]. Отже, дослідження проявів невротичних станів серед ВПО в умовах війни в Україні є надзвичайно актуальним. Воно потребує детального аналізу психоемоційних труднощів, визначення ключових факторів ризику, а також розробки дієвих підходів до надання психологічної допомоги.

Невротичні стани традиційно розглядаються як психічні порушення, що виникають внаслідок тривалого впливу стресових чинників і несприятливих умов навколишнього середовища. Їх основними ознаками є підвищена тривожність, емоційна нестабільність та фізіологічні симптоми, які виникають за відсутності органічних уражень мозку. В умовах війни та вимушеного переселення такі стани набувають особливого значення, оскільки вимушене переміщення стає пусковим механізмом для розвитку розладів, серед яких найбільш поширені невроз, неврастенія та посттравматичний стресовий розлад [48].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) згідно з Міжнародною класифікацією хвороб 11-го перегляду (МКХ-11) визначається як психічний розлад, що виникає внаслідок переживання екстремально загрозливих або жахливих подій. У контексті війни в Україні ця проблема набуває особливої гостроти серед внутрішньо переміщених осіб (ВПО), які стикаються з низкою психоемоційних труднощів [44]. Збройний конфлікт, спричинений агресією Російської Федерації, став причиною масового переміщення населення, втрати житла, розриву соціальних зв'язків та безпосереднього переживання травматичних подій. У ВПО ПТСР проявляється повторним переживанням травми через флешбеки, нічні кошмари або нав'язливі спогади, що провокують постійний стрес. Такий стан ускладнюється

почуттям невизначеності майбутнього, емоційною нестабільністю та соціальною ізоляцією, характерною для тих, хто втратив звичне середовище. Поведінкові реакції уникання, які є типовими для ПТСР, часто спостерігаються у ВПО. Люди намагаються уникати ситуацій чи подразників, що нагадують про пережиті травматичні події, зокрема звуки вибухів, військові дії або втрати близьких. Це уникання значно перешкоджає їх інтеграції у нові спільноти та адаптації до нових умов. Симптоми ПТСР серед ВПО також включають підвищену пильність, надмірну тривожність і гіперреактивність на зовнішні стимули, що негативно впливає на їхню здатність функціонувати в повсякденному житті та підтримувати соціальні зв'язки. Емоційне виснаження, дратівливість та часті зміни настрою додатково ускладнюють налагодження нових контактів і пристосування до реалій переселенського життя. Крім того, у таких осіб відзначається знижений рівень стресостійкості, що виявляється у швидкій втомлюваності, апатії та втраті мотивації до соціальної або професійної активності. Це створює сприятливі умови для розвитку вторинних психічних розладів, зокрема депресії чи тривожних розладів, які ще більше ускладнюють реабілітацію [66].

Таким чином, особливості проявів невротичних станів у внутрішньо переміщених осіб (ВПО) в умовах війни в Україні обумовлені специфічними психосоціальними факторами, які суттєво впливають на їхній емоційний стан і психічне здоров'я. У таких осіб часто спостерігаються підвищена тривожність, депресивні розлади, хронічна втомлюваність і емоційна нестабільність. Постійна внутрішня напруга, що виникає у ВПО, є наслідком як пережитих травматичних подій (втрата житла, близьких людей, звичного соціального середовища), так і невизначеності майбутнього. З огляду на це, важливим завданням є забезпечення своєчасної психологічної підтримки для цієї категорії осіб.

Висновки до розділу 1

Теоретичний аналіз досліджень, спрямованих на вивчення невротичних розладів, здійснений у цьому розділі, дозволяє узагальнити уявлення про означені психологічні феномени як групу нервово-психічних розладів, що виникають унаслідок гострих або хронічних психологічних травм. Встановлено, що невротичні розлади характеризуються як функціональні, оборотні стани, які зумовлені порушенням адаптаційних механізмів під впливом психотравмуючих факторів. Залежно від уявлень дослідників, етіологія цих розладів охоплює як зовнішні чинники, зокрема стресові ситуації та соціально-побутові труднощі, так і внутрішні — індивідуальні особливості нервової системи, емоційно-особистісні характеристики та спадкові фактори.

За даними досліджень багатьох сучасних авторів, поняття «невроз» трактується як психогенний стан, у розвитку якого ключову роль відіграє внутрішньоособистісний конфлікт, зумовлений невідповідністю між суб'єктивними потребами і об'єктивними умовами життя. Виявлено, що класичними формами невротичних розладів є неврастенія, істерія та невроз нав'язливих станів, які історично розглядаються як основні клінічні прояви цього феномену.

Прояви невротичних станів у внутрішньо переміщених осіб (ВПО) в умовах війни в Україні зумовлені унікальними психосоціальними чинниками, які суттєво впливають на їхній емоційний стан та психічне здоров'я. У цієї категорії осіб часто виявляються такі симптоми, як підвищена тривожність, депресивні розлади, хронічна втомлюваність та емоційна нестабільність.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ

2.1. Методики вивчення невротичних розладів особистості

Основними завданнями емпіричного дослідження в межах кваліфікаційної роботи було формування методологічного комплексу, спрямованого на глибоке вивчення специфіки проявів невротичних розладів у внутрішньо переміщених осіб, зокрема шляхом підбору валідного та надійного психодіагностичного інструментарію. Відповідно до визначених мети та завдань магістерської роботи, було обрано комплекс психологічних методик, орієнтованих на визначення ключових показників невротичних станів. У межах експериментального дослідження взяли участь 25 внутрішньо переміщених осіб, які долучилися до групових психологічних зустрічей, організованих Громадською організацією "Жива-Я" (вік від 25 до 54 років).

Для проведення емпіричного дослідження було застосовано комплекс психодіагностичних методик, які спрямовані на визначення наявності невротичних розладів, їх типів та основних симптомів, що суттєво впливають на якість життя індивіда. З метою діагностики невротичних розладів використовувалася «Експрес-методика виявлення невротичного розладу» Х. Хека та Х. Хеса, яка дозволяє оцінити наявність невротичних проявів. Для ідентифікації типу невротичного розладу застосовувалися таблиці діагностичних критеріїв за методикою «Вивчення типу неврозу» відповідно до МКХ-10. Для визначення рівня невротизації та ідентифікації ключових симптомів невротичних розладів використовували тест «Методика вивчення рівня невротизації» Л. Васермана [1].

«Експрес-методика виявлення невротичного розладу» Х. Хека і Х. Хеса є одним із ключових інструментів для швидкого скринінгу та попередньої долікарської діагностики неврозів. Її розробка базувалася на

концептуальному припущенні, що скарги осіб із невротичними розладами мають специфічну природу, яка відрізняє їх від проявів органічних соматичних патологій. Основний акцент у цій методиці робиться на аналізі вегетативних і психічних симптомів, які домінують у структурі скарг пацієнтів з невротичними розладами. Стандартизація методики охоплює осіб віком від 16 до 60 років, що дозволяє застосовувати її в широкому віковому діапазоні [39].

Методика складається із 40 тверджень, які респондент оцінює, обираючи між відповідями «так» або «ні». Важливою особливістю є те, що в процесі аналізу враховуються лише позитивні відповіді («так»), що підвищує чутливість інструменту до діагностування невротичних станів. Підсумкова кількість балів, отримана за методикою, є індикатором ступеня вираженості невротичного розладу: результат понад 24 бали свідчить про наявність вираженого невротичного стану. Завдяки своїй простоті, стандартизації та можливості швидкого проведення, ця методика широко використовується як у клінічній практиці, так і в наукових дослідженнях, що спрямовані на вивчення психічного стану різних категорій населення. Методика стандартизована для осіб віком від 16 до 60 років і включає 40 тверджень, на які респондент відповідає «так» або «ні». У процесі обробки враховуються лише відповіді «так». Сума балів, що перевищує 24, є показником вираженого невротичного розладу.

Для визначення рівня невротизації респондентів у ході дослідження було використано «Методику вивчення рівня невротизації» Л. Васермана [23]. Ця методика забезпечує можливість не лише оцінити рівень невротизації, але й ідентифікувати основні симптоми, характерні для невротичних розладів. Підвищений рівень невротизації вказує на наявність значних емоційних змін, що супроводжуються негативними переживаннями, такими як тривожність, напруга, роздратованість, занепокоєння та вразливість. Висока невротизація також асоціюється з недостатністю ініціативності, що сприяє формуванню переживань, пов'язаних із

незадоволеністю власних потреб та бажань. Це часто супроводжується егоцентричною спрямованістю особистості, яка проявляється у надмірній увазі до соматичних відчуттів і власних недоліків, а також труднощами в соціальній взаємодії та залежністю від оточення [54].

Низький рівень невротизації, навпаки, є індикатором емоційної стійкості та позитивного фону переживань, таких як спокій, оптимізм і впевненість у собі. Він свідчить про здатність до ініціативності, почуття особистої гідності, незалежності, соціальної сміливості та легкості у спілкуванні. Таким чином, рівень невротизації за цією методикою є показником загального емоційного та психосоціального стану особистості.

Оцінювання проводиться шляхом підрахунку балів за відповідями респондентів. Максимально можливий результат становить 40 балів, що свідчить про високий рівень невротизації, тоді як мінімальний результат – 0 балів – вказує на емоційну стабільність та відсутність виражених ознак невротичних розладів. Чим більше балів набрав респондент, тим вищий рівень невротизації, що може свідчити про необхідність додаткової уваги до його психоемоційного стану.

У межах дослідження для ідентифікації типу невротичного розвитку було використано методику «Вивчення типу неврозу» відповідно до класифікації МКБ-10, яка включає кілька діагностичних інструментів. Ця методика дозволяє системно визначати специфічні ознаки різних типів неврозів на основі клінічних діагностичних критеріїв. Одним із компонентів методики є діагностичні критерії нав'язливого розладу (МКБ-10, F-42). Вони представлені у формі таблиці, що містить перелік характерних симптомів, притаманних цьому розладу. Додатково використовувався скринінговий опитувальник для виявлення нав'язливих розладів, який складається із 17 питань із можливістю відповідей «так» або «ні». Переважання позитивних відповідей дозволяє зробити висновок про наявність нав'язливого розладу у респондента. Для діагностики соматизованого розладу використовувалися критерії, розроблені у вигляді переліку симптомів, згрупованих у п'ять

розділів. Ця структура забезпечує можливість детального аналізу проявів соматоформного розладу у респондентів. Критерії для діагностики соматоформної вегетативної дисфункції включають три розділи: перший містить симптоми вегетативного збудження, які пацієнт сприймає як ознаки соматичного захворювання; другий розділ охоплює два чи більше вегетативних симптомів; третій розділ передбачає наявність одного або двох симптомів. Основним діагностичним критерієм є відсутність об'єктивних ознак порушення структури або функції органів і систем, на які скаржиться пацієнт.

Також було використано діагностичні критерії соціальної фобії, які містять п'ять розділів із детальним описом симптомів цього розладу. Вони дозволяють визначити специфіку соціальної тривожності, включаючи її інтенсивність та вплив на повсякденне життя респондента [47].

Застосування цієї методики забезпечило комплексний підхід до аналізу типів невротичного розвитку, що стало важливим етапом у структуризації даних про психологічний стан респондентів. Використання стандартизованих діагностичних інструментів дозволило отримати об'єктивну інформацію та підвищило надійність результатів дослідження.

2.2. Аналіз і інтерпретація результатів дослідження особливостей невротичних розладів ВПО

За результатами проведеного дослідження, що базувалося на тесті «Методика експрес-діагностики неврозу К. Хека і Х. Хесса», було виявлено, що у 60% досліджуваних (15 осіб) спостерігається підвищений або високий рівень невротичних розладів, тоді як у 40% (10 осіб) рівень невротичних розладів є середнім. Ці результати свідчать про виражену емоційну збудливість, яка характеризується наявністю негативних переживань, пов'язаних із незадоволенням особистих потреб і бажань. Такі стани часто призводять до іпохондричної фіксації на соматичних відчуттях, коли

респонденти надмірно акцентують увагу на фізичних симптомах, що не мають органічного підґрунтя. Це також супроводжується фіксацією на особистісних недоліках та труднощами в соціальних взаємодіях. Виявлені симптоми включають соціальну боязкість, сором'язливість, залежність та схильність до замкнутості, що істотно ускладнює процес адаптації та взаємодії з оточенням. Такі результати підтверджують наявність складних емоційних переживань у респондентів, що потребують подальшого психологічного коригування та підтримки (Табл.2.1., Рис.2.1.).

Таблиця 2.1.

Результати дослідження рівня невротичних розладів «Методика експрес – діагностики неврозу К.Хека і Х.Хесса»

осіб	%	рівень наявності невротичних розладів
15	60% (більше 35 балів)	підвищений та високий
10	40% (більше 30 балів)	середній

Високий рівень невротизації вказує на значну емоційну збудливість, що проявляється через інтенсивні негативні переживання, такі як тривожність, напруження, хвилювання, невизначеність і роздратованість. Ці стани часто супроводжуються безініціативністю, що веде до розвитку почуття незадоволення від невтішних бажань, які не можуть бути реалізовані. Водночас високий рівень невротизації може свідчити про егоцентричну спрямованість особистості, що проявляється у стійких думках про власні недоліки та іпохондричну фіксацію на соматичних симптомах, навіть якщо вони не мають органічного підґрунтя. Це також може бути ознакою труднощів у соціальних взаємодіях, зокрема через соціальне боягузтво, сором'язливість, залежність від думок інших людей та низьку впевненість у собі. У людей з високим рівнем невротизації часто спостерігається надмірна чутливість до оточення, що ускладнює їхнє повсякденне функціонування.

Натомість низький рівень невротизації свідчить про емоційну стабільність та здатність до самоконтролю в стресових ситуаціях. Люди з таким рівнем невротизації зазвичай мають позитивний фон переживань, що включає спокій, оптимізм і впевненість у власних силах. Вони проявляють ініціативність, мають почуття особистої гідності та незалежності, що сприяє їхній соціальній активності і здатності долати труднощі у взаємодії з іншими людьми. Такі особи також відзначаються соціальною мужністю і легкістю в комунікації, що робить їх більш адаптивними до змін у соціальному середовищі. Високий рівень емоційної стійкості дає можливість таким людям швидше відновлюватися після стресових ситуацій та ефективніше справлятися з життєвими труднощами.

Результати дослідження показників рівня невротичних розладів у ВПО за методикою схематично наведено у вигляді діаграми (Рис.2.1.)

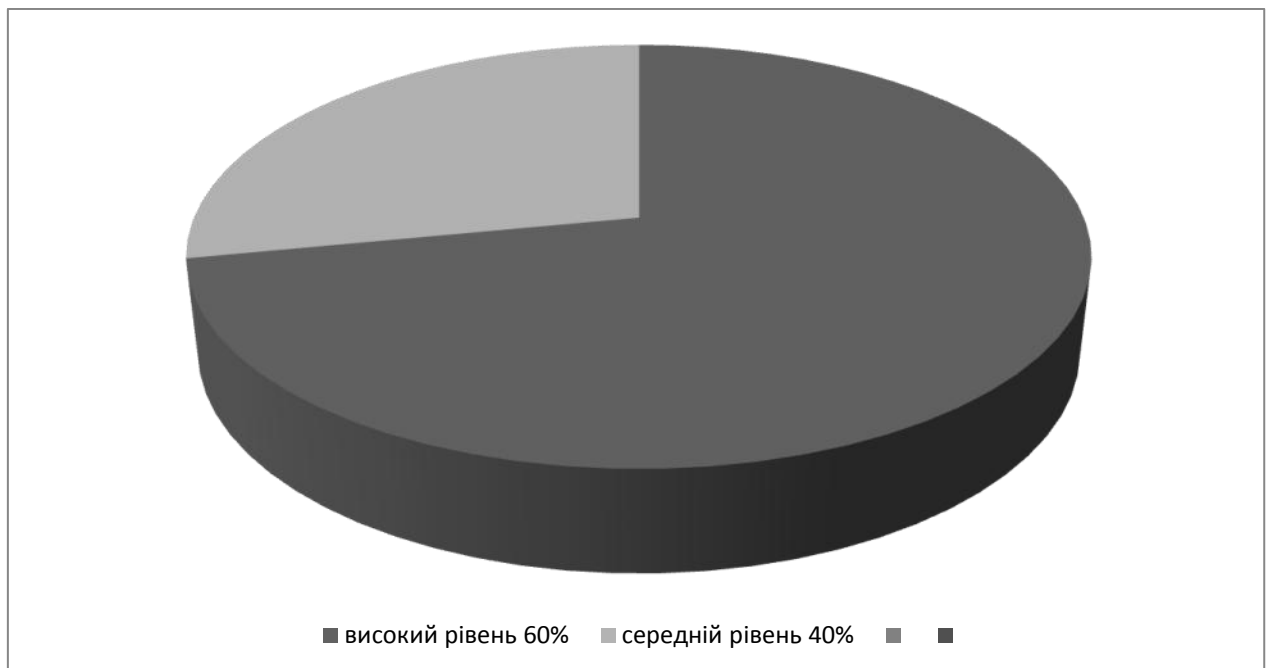


Рис. 2.1. Результати рівня невротичних розладів «Методика експрес – діагностики неврозу К.Хека і Х.Хесса»

Підвищений та високий рівень невротизації виявлено у 60% (15 осіб) досліджуваних, що може бути причиною досить відчутної емоційної дратівливості, внаслідок чого – тривожність, напруженість, збудження, розгубленість, роздратованість тощо; безініціативність, яка формує переживання, пов'язані з незадоволеними бажаннями, егоцентричністю особистісної спрямованості, проблемами у сфері спілкування, соціальною боязкістю і залежністю, які посилюються і впливають на поведінку і самопочуття суб'єктів. Наявність середнього рівня невротизації у 40% (20 осіб) досліджуваних може свідчити про дещо підвищений у них рівень емоційного збудження, внаслідок чого можуть виникати негативні переживання (тривога, напруженість, хвилювання, розгубленість, роздратування); про втрату ініціативи, дещо виражений егоцентризм, що може спричинити іпохондричну фіксацію на соматичних переживаннях і особистих недоліках, проблеми у сфері спілкування, уникнення соціальної активності.

Діагностика рівня невротизації за методикою Л.В. Васермана дозволила здійснити детальний аналіз емоційного стану опитуваних, а також виявити рівень їхньої невротизації, що є важливим аспектом для оцінки психоемоційного здоров'я (Табл. 2.2. і рис. 2.2.). В результаті застосування цієї методики вдалося не лише встановити загальний рівень невротичних проявів серед досліджуваних, а й визначити основні симптоми, що характерні для невротичних розладів. Ці симптоми мають безпосередній вплив на різні аспекти повсякденного життя особистості, зокрема на її здатність до адаптації в соціумі, взаємодію з іншими людьми, а також на рівень емоційної стабільності. Прояви невротичних розладів, такі як тривожність, соціальна боязнь, проблеми з самооцінкою та емоційною саморегуляцією, можуть серйозно обмежувати особисту та професійну діяльність людини, впливаючи на її психологічне та фізичне самопочуття. Визначення цих симптомів за допомогою діагностичних інструментів, зокрема методики Васермана, дозволяє розробити індивідуалізовані підходи

до корекції невротичних станів та впровадження ефективних психотерапевтичних заходів для покращення якості життя пацієнтів.,

Таблиця 2.2.

Дослідження рівня невротизації за методикою «Діагностика рівня невротизації Л.В. Вассермана

Результати:		
15	60% (середній бал 35-40)	високий рівень невротизації
10	40% (середній бал 30 – 35)	середній рівень невротизації

Застосування методики Л.В. Вассермана для діагностики рівня невротизації серед респондентів дозволило здійснити детальний аналіз їхнього психоемоційного стану, а також виявити основні симптоми, що характеризують невротичні розлади. Завдяки цьому стало можливим не лише визначити рівень невротизації, але й визначити, які саме симптоми мають найбільший вплив на різні аспекти життя досліджуваних, що відображено в результатах, представлених у Рис. 2.2. Аналіз отриманих даних засвідчив, що 60% респондентів (15 осіб) виявили високий рівень невротизації, що є тривожним індикатором серйозних порушень у психоемоційному стані, в той час як 40% досліджуваних (10 осіб) демонструють середній рівень невротичних проявів.

Особи з високим рівнем невротизації часто стикаються з відсутністю емоційного комфорту, постійним відчуттям тривоги та напруги, що супроводжується низьким рівнем внутрішнього спокою. Вони можуть перебувати в стані нервозності навіть за відсутності зовнішніх подразників або очевидних загроз. Такий емоційний стан призводить до зниження самовідчуття і проблем із самооцінкою: ці особи схильні до сумнівів щодо своїх вчинків, рішень і думок, що викликає відчуття невпевненості у власних силах та здатностях. Ці результати підкреслюють необхідність урахування

рівня невротизації для подальшого планування корекційних заходів та психотерапевтичної підтримки осіб із високими показниками невротичних розладів.

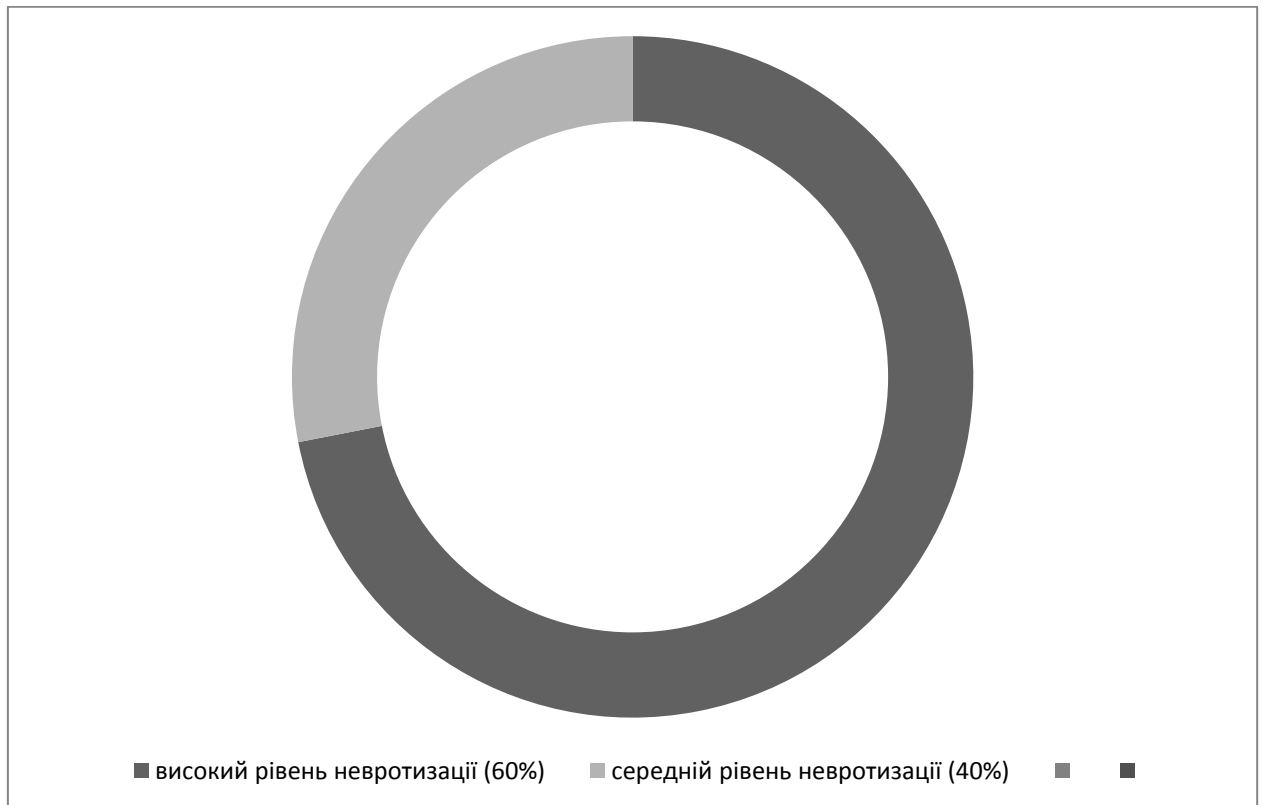


Рис.2.2. Дослідження рівня невротизації за методикою «Діагностика рівня невротизації» (Л.В. Вассерман)

Особи з низьким рівнем нейротизму, як правило, мають здатність до значної емоційної стабільності, що дозволяє їм зберігати внутрішній спокій навіть у стресових ситуаціях. Вони легше справляються з труднощами, швидше відновлюються після пережитих стресів і мають змогу переключити свою увагу з проблемних ситуацій на інші аспекти життя, не завдаючи шкоди своєму фізичному і психічному здоров'ю. Люди з низьким рівнем нейротизму, як правило, демонструють більшу адаптивність у соціальних і особистих взаємодіях, адекватно оцінюючи свої можливості та здатність до подолання труднощів. Вони мають збалансовану самооцінку, здатні сприймати свої сильні та слабкі сторони без надмірного занепокоєння чи

самокритики. Такі люди здатні спокійно ставитися до невдач та помилок, розглядаючи їх як частину власного досвіду і можливість для розвитку, а не як особисту трагедію. Їхній підхід до життєвих труднощів характеризується оптимізмом і впевненістю у здатності подолати будь-які перешкоди, що значно сприяє їхній психоемоційній стійкості та загальному благополуччю.

За методикою діагностики рівня невротизації Л.І. Васермана, ми виявили симптоми, які виникають при наявності високого чи середнього рівня невротизації (Табл.2.3., Рис.2.3.)

Таблиця.2.3.

Дослідження симптомів невротизації за методикою «Діагностика рівня невротизації Л.В. Вассермана

осіб	%	Симптоми невротизації
13	52%	Тривога
5	20 %	Обсесивно - компульсивні розлади
3	12%	Емоційна збудженість
1	4%	Напруга
1	4%	Роздратованість
1	4%	Панічні прояви
1	4%	Соматичні розлади

Аналіз результатів дослідження симптомів невротизації, здійснений за допомогою методики «Діагностика рівня невротизації» Л.В. Вассермана, показав, що в 52% (13 осіб) учасників спостерігається симптом «тривога», що свідчить про наявність емоційної нестабільності та схильності до тривожних розладів. Крім того, 20% (5 осіб) досліджуваних виявили прояви обсесивно-компульсивних розладів, що свідчить про схильність до нав'язливих думок і непотрібних ритуалів. У 12% (3 особи) опитаних виявлено емоційну збудженість, що є ознакою підвищеної нервової реактивності. Додатково, були зафіксовані інші симптоми невротизації: напруга (4% — 1 особа), панічні прояви (4% — 1 особа), роздратованість (4% — 1 особа), соматичні розлади (4% — 1 особа).

У осіб, що переживають високий рівень тривожності, спостерігається широкий спектр порушень, серед яких фобії, що виражаються у страху конкретних об'єктів чи ситуацій (наприклад, страх висоти, ліфтів, комах або польотів у літаках), панічні атаки, посттравматичний стресовий розлад, obsесивно-компульсивний розлад та генералізований тривожний розлад. Люди з obsесивно-компульсивними розладами часто стикаються з нав'язливими думками про мікроби, бруд або необхідність дотримання надмірного порядку. Вони можуть переживати страх, що нав'язливі думки призведуть до шкоди для себе чи своїх близьких, а також мати думки про нанесення шкоди іншим. Типовими для таких людей є дії на зразок постійної перевірки, прання і очищення, повторення певних дій, накопичення речей, а також виконання розумових ритуалів, таких як повторення імен чи чисел.

Щодо людей, які переживають панічні прояви, то для них характерні такі симптоми, як прискорене серцебиття, пітливість, тремтіння, відчуття нестачі повітря або задишка, біль у грудях, нудота або дискомфорт у шлунку, запаморочення, слабкість, а також відчуття підвищеної температури або жару. У деяких випадках виникає дереалізація (відчуття нереальності) або деперсоналізація (стан відчуження від себе). Люди, які страждають від панічних атак, часто переживають страх втратити контроль або зійти з розуму, а також страх смерті. У таких пацієнтів спостерігаються постійні переживання з приводу можливих повторів панічних атак та їх наслідків, що веде до значних дезадаптивних змін у поведінці, наприклад, уникання фізичних вправ або нових ситуацій, щоб уникнути сприйняття потенційних загроз.

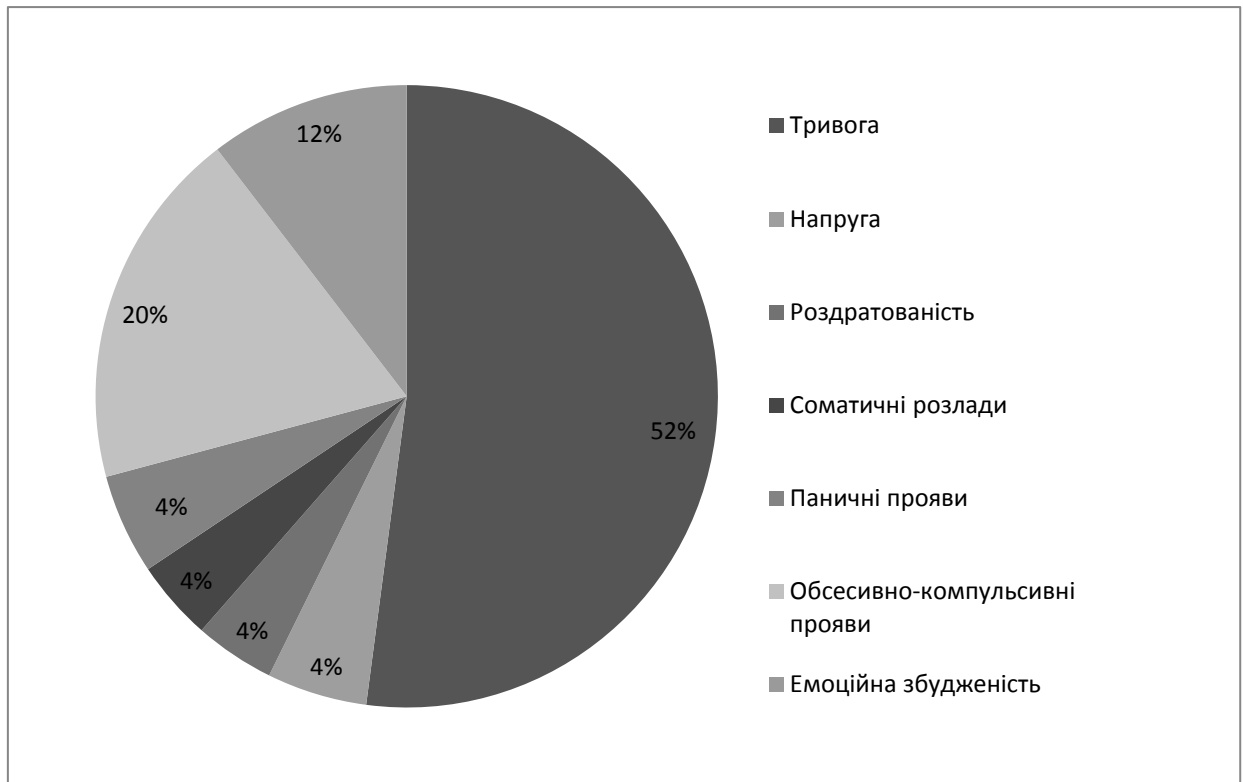


Рис.2.3. Дослідження симптомів невротизації за методикою «Діагностика рівня невротизації Л.В. Вассермана

При obsesivno-fobichnomu невротичному розладі, в контексті панічної атаки, часто спостерігається не тільки страх за своє життя, але й страх, що набуває конкретного змісту або має певний сюжет, що є важливим індикатором цього розладу. Поряд з іншими вегетативними проявами кризи, до найбільш характерних симптомів належать ознаки з боку серцево-судинної системи, зокрема пульсація в різних частинах тіла, дискомфорт в області серця, а також припливи. Ці фізіологічні симптоми підсилюються в моменти стресу або підвищеного нервового напруження. Між нападами пацієнти часто переживають відчуття постійного очікування наступного нападу, що викликає розвиток вторинних фобій, які ще більше ускладнюють їх повсякденне життя.

У осіб, у яких виявляється наявність соматичних розладів, спостерігається характерна для таких випадків симптоматика, що включає соматизовані розлади та соматоформні захворювання. Це може бути

хронічний соматоформний біль, при якому пацієнт відчуває постійні болі, які не мають чіткої органічної причини. Додатково, в таких осіб можуть мати місце елементи аутодеструктивної поведінки, що спрямована на усунення або «ліквідацію» сприйнятих фізичних дефектів, що може проявлятися у вигляді самоушкоджень або навіть прагнення до хірургічного втручання, щоб «відновити» тіло або усунути проблеми, що сприймаються як фізичні. Окрім того, можуть мати місце масковані депресії, що клінічно проявляються через фізичні симптоми, а також неврози органів, такі як синдром гіпервентиляції, кардіоневроз, синдром роздратованого кишківника, проблеми з шлунком або сечовим міхуром. Одним із явних симптомів є кардіоневроз, що проявляється в порушеннях серцевого ритму, відчутті серцевих болей і інших симптомах, що часто не мають органічного підтвердження. Крім того, пацієнти можуть страждати від синдрому хронічної втоми, що супроводжується постійною втомленістю, відсутністю енергії та депресивними симптомами, які часто є результатом тривалого психічного чи емоційного стресу.

Проведення аналізу, за допомогою методик за МКБ – 10, спрямованих на виявлення типу невротичного розладу, дозволило нам виявити типи невротичних розладів (Табл.2.4., Рис.2.4.).

Таблиця 2.4.

Результати дослідження типів невротичних розладів за методикою «Вивчення типу невроза» за МКБ – 10

Осіб/ %	Типи невротичних розладів	Показники
8/32	Тривожно - фобічний	Тривога, панічні прояви, емоційна настандартність
8/32	неврастенія	Тривога, роздратованість, виснаженість
6/24	ОКР	Тривога, напруга, наявність obsesій та компульсій
3/12	Інші невротичні розлади	Тривога, соматичні розлади, емоційна нестабільність.

Результати дослідження, проведеного за методикою «Вивчення типу невроза» за класифікацією МКБ-10, виявили, що серед опитаних найбільш поширеними проявами невротичних розладів були тривожно-фобічний тип (32% — 8 осіб) та неврастенія (32% — 8 осіб), що свідчить про значний рівень тривожності та емоційної нестабільності у досліджуваних. Окрім цього, було зафіксовано наявність obsесивно-компульсивного розладу (24% — 6 осіб), що вказує на виражену схильність до нав'язливих думок і повторюваних дій, а також інші форми невротичних розладів (12% — 3 осіб), які виявляються менш поширеними, але все ж таки мають суттєвий вплив на психоемоційний стан учасників дослідження. Ці результати підкреслюють різноманіття невротичних проявів серед досліджуваних та важливість їх детального аналізу для розуміння структури невротичних розладів у вибірці.

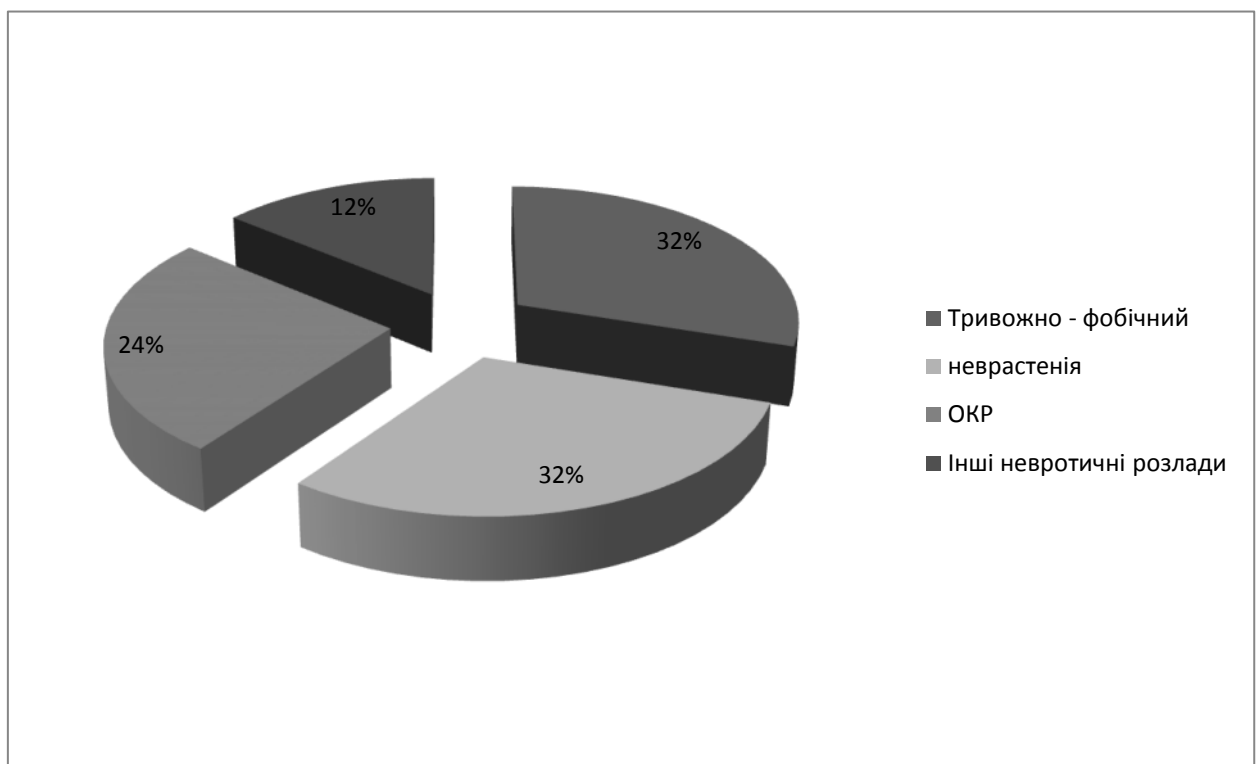


Рис.2.4. Результати дослідження типів невротичних розладів за методикою «Вивчення типу невроза» за МКБ – 10

Люди з тривожно-фобічним типом неврозу часто переживають внутрішнє напруження, яке супроводжується неусвідомленою,

невмотивованою тривогою і відсутністю здатності розслабитися. Це, в свою чергу, викликає постійну настороженість і тривожні очікування, які поєднуються з дратівливістю, незадоволенням, а також відчуттям фізичного та психічного дискомфорту. Почуття тривоги у таких осіб здебільшого виникає у відповідь на думки про майбутнє, зокрема через очікування змін та невизначеності. Ця тривога може мати характер постійної, безпідставної настороженості, а також страху за себе і близьких. Неврастенія, як одна з форм невротичних розладів, у досліджуваних виявляється через наявність загальної слабкості, підвищеної розумової стомлюваності, зниження концентрації уваги, дратівливості та відчуття постійної внутрішньої напруги, що заважає розслабленню. Супутніми симптомами є головні болі, порушення сну та вегетативні розлади. Це стан виникає переважно на фоні тривалого психічного напруження, яке може бути викликане емоційним стресом, особливо коли він пов'язаний із сімейними чи особистими проблемами.

Отже, результати дослідження показали, що більшість досліджуваних мають високий або середній рівень прояву невротичних розладів, що свідчить про необхідність психологічної допомоги для їх корекції. Такий високий рівень невротизації можна частково пояснити участю цивільних осіб у війні, навіть якщо ця участь була опосередкованою. Переживання загрози для життя і здоров'я, відчуття фізіологічного і психоемоційного стресу, а також хронічний стан стресу можуть мати глибокі наслідки для психічного здоров'я. Вони можуть проявлятися в когнітивному дисонансі, що супроводжується скорботою за загиблими близькими, бажанням помститися та відчуттям безпорадності. Такі переживання значно ускладнюють психологічний стан особи, спричиняючи розвиток різноманітних невротичних симптомів.

Висновки до розділу 2

В результаті емпіричного аналізу виявлено, що більшість респондентів демонструють високий або середній рівень проявів невротичних розладів, що підкреслює необхідність своєчасного психологічного втручання для їх корекції. Дослідження за методикою «Експрес-методика виявлення невротичного розладу» Х. Хека та Х. Хесса показало, що значна частина досліджуваних має підвищений рівень невротизації, який супроводжується емоційною збудливістю, схильністю до негативних переживань і сприйняттям фізичних симптомів як наслідку емоційного дискомфорту. Встановлено, що участь цивільних осіб у війні, навіть у непрямій формі, сприяє підвищенню рівня психоемоційного стресу, що в свою чергу зумовлює розвиток невротичних симптомів. Серед найбільш поширених проявів були тривога, obsесивно-компульсивні стани, емоційна збудженість, панічні атаки, соматичні скарги та роздратованість.

Аналіз даних за методикою «Діагностика рівня невротизації» Л. Васермана також підтвердив високий рівень невротизації у більшості респондентів. Найчастіше виявлялися такі симптоми, як тривога, емоційна збудженість, obsесивно-компульсивні прояви, напруга та панічні стани. Згідно з результатами аналізу типів невротичних розладів за МКБ-10, найпоширенішими серед респондентів виявилися тривожно-фобічні стани, неврастенія та obsесивно-компульсивний розлад, що підкреслює різноманітність проявів невротичних розладів і важливість індивідуального підходу до їхньої корекції.

Отже, дослідження підтвердило наявність високого та середнього рівнів невротичних розладів у більшості респондентів. Це свідчить про необхідність впровадження системної психологічної допомоги, яка включає як індивідуальну психотерапію, так і групові програми для зниження емоційного напруження, розвитку стресостійкості та покращення загального психоемоційного благополуччя.

РОЗДІЛ 3. МЕТОДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВПО З НЕВРОТИЧНИМИ СТАНАМИ

3.1. Сучасні підходи до психологічної підтримки внутрішньо переміщених осіб з невротичними розладами

У наукових дослідженнях соціально-психологічний супровід внутрішньо переміщених осіб аналізується з різних теоретичних підходів: готовність особистості до працевлаштування (Т. Завгородня, І. Зверева, А. Капська, О. Карпенко); соціальний супровід професійної діяльності фахівця (Н. Клименюк, І. Мельничук, І. Трубавіна); ринок праці та працевлаштування (О. Корчевна, Л. Ляміна, О. Маршавін, В. Петюх); психологічний супровід внутрішньо переміщених осіб (Л. Бегеза, Є. Калюжна, Л. Матвієнко, Г. Пріб, Я. Раєвська).

Сучасні підходи до психологічної підтримки внутрішньо переміщених осіб (ВПО), які страждають на невротичні розлади, характеризуються багатовимірністю і комплексністю, оскільки вони спрямовані на подолання широкого спектра психоемоційних труднощів, зумовлених впливом травматичних подій, соціальної дезадаптації та стресу від втрати звичного життєвого укладу. Основою таких підходів є інтеграція доказових психотерапевтичних методів, адаптованих до індивідуальних потреб клієнтів і враховуючи специфіку їхнього травматичного досвіду [71].

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) залишається одним із найефективніших методів роботи з ВПО, що мають невротичні розлади. Її застосування дозволяє ідентифікувати та модифікувати деструктивні думки і поведінкові патерни, які виникають у відповідь на травматичні події. КПТ допомагає клієнтам усвідомити зв'язок між їхніми переконаннями, емоціями та поведінкою, а також сформувати нові адаптивні стратегії реагування на стресові ситуації. Важливою складовою цього підходу є навчання навичок

саморегуляції, які сприяють зниженню рівня тривожності та покращенню емоційного стану [21].

Методи десенсибілізації та репроцесуалізації травматичних спогадів (EMDR) набули широкого використання у роботі з травмою, яка є частим чинником невротичних розладів у ВПО. Цей підхід ґрунтується на використанні спрямованої уваги та ритмічних рухів (зокрема, очних), що сприяють зміні обробки травматичних спогадів і зниженню їхнього емоційного впливу. EMDR не лише допомагає зменшити рівень тривоги й депресії, але й сприяє відновленню почуття контролю над власним життям, що є особливо важливим для людей, які пережили втрату безпеки та стабільності. Крім того, до сучасних підходів належать групові терапевтичні програми, які забезпечують ВПО можливість відновлення соціальних зв'язків та емоційної підтримки. У таких групах учасники не лише діляться власним досвідом і отримують емпатійну підтримку, а й опановують нові моделі поведінки, які сприяють ефективній адаптації до нових життєвих умов. Групова терапія дозволяє зменшити відчуття ізольованості та сприяє формуванню стійкості до психологічних труднощів [42].

Методи релаксації та стабілізації емоційного стану є незамінними інструментами в роботі з внутрішньо переміщеними особами (ВПО), оскільки вони сприяють відновленню психоемоційного балансу після стресових ситуацій, з якими стикаються люди, що змушені залишати свої домівки через воєнні дії. Техніки дихання, наприклад, дозволяють ефективно знижувати рівень стресу, активуючи парасимпатичну нервову систему, що сприяє заспокоєнню та зменшенню тривоги. Додатково, елементи тілесно-орієнтованої терапії допомагають налаштувати усвідомленість на тілесні відчуття, що дозволяє зменшити напругу та емоційну реактивність, покращуючи психофізичний стан. Практики майндфулнес, спрямовані на розвиток усвідомленості та присутності в моменті, допомагають ВПО зберігати емоційну рівновагу та знижувати рівень тривожності, що часто супроводжує стресові ситуації. Арт-терапія, зі свого боку, створює

можливість для вираження внутрішніх переживань через творчість, що дозволяє не лише знизити емоційне напруження, але й сприяє глибшому усвідомленню власних почуттів і переживань. Використання цих методів у поєднанні з іншими терапевтичними підходами підвищує ефективність психотерапевтичного процесу, забезпечуючи всебічний вплив на психоемоційний та фізичний стан особи, що допомагає не лише знижувати стрес, але й зміцнювати її внутрішні ресурси та адаптаційні можливості в умовах змін. Таке комплексне використання методів стає основою для відновлення емоційної стабільності та поліпшення загального психофізичного стану ВПО, що є важливим етапом на шляху до їхнього соціального та психологічного відновлення [50].

Актуальні підходи до оцінки ефективності психологічної реабілітації при невротичних розладах засвідчують високу результативність і економічність когнітивно-поведінкових методів. У вітчизняній практиці значних результатів досягли індивідуальні та групові форми особистісно орієнтованої психотерапії. Результати досліджень, проведених авторами, які вивчають особистісно орієнтовану (реконструктивну) психотерапію, свідчать про те, що порушення системи міжособистісних відносин при невротичних розладах мають широкий характер, охоплюючи практично всі значущі аспекти міжособистісних відносин [40]. Основою цих порушень є неадекватне, емоційно несприятливе ставлення до себе, що тісно пов'язане з низькою самооцінкою. Це обумовлює необхідність корекції як когнітивного компонента відносин, що досягається через усвідомлення, так і емоційного компонента. Щодо поведінкового аспекту, завдання особистісно орієнтованої психотерапії, як зазначають дослідники, концентруються у трьох напрямках: саморозуміння, ставлення до себе і саморегуляція [8].

Для корекції психоемоційних відхилень, характерних для невротичних розладів, застосовуються індивідуальні методики особистісно орієнтованої психотерапії, навчання технікам самокорекції, а також формування копінг-стратегій. Доповненням до цих методів є сімейна психокорекція. Для роботи

з пацієнтами, які мають розлади особистості, використовуються релаксаційні методики, навчання аутотренінгу та розвиток навичок конструктивної комунікації. Особливу увагу приділяють пацієнтам, які зазнали значного психогенного впливу. Реабілітаційна робота спрямовується на вираження емоцій, зміцнення «Я-концепції» пацієнта, усвідомлення виходу із психотравмуючої ситуації, пошук компромісів та дезактуалізацію конфліктних ситуацій [53].

Цілісний підхід до роботи з ВПО, заснований на інтеграції різних методик і технік, дозволяє значно підвищити ефективність психотерапевтичного процесу, забезпечуючи не лише зниження рівня психоемоційного напруження, але й сприяє розвитку адаптаційних стратегій, які є необхідними для успішної інтеграції в нові соціальні умови. Врахування соціальних і культурних аспектів допомагає терапевтам краще зрозуміти специфіку переживань клієнта, що дає змогу побудувати більш ефективну інтервенцію. У свою чергу, індивідуалізація терапії, що базується на урахуванні не лише характеру психічних розладів, а й соціальних, культурних та демографічних особливостей клієнта, сприяє побудові більш гнучкої і адаптованої програми підтримки, яка відповідає конкретним потребам кожної особи [55].

Особливу роль у цьому контексті відіграють групові форми роботи, зокрема терапевтичні групи підтримки, які мають великий потенціал у відновленні соціальних зв'язків серед ВПО. Ці групи створюють можливість для взаємодії з іншими людьми, що пережили подібні стресові ситуації, і сприяють зміцненню почуття приналежності до спільноти. Це також дає змогу клієнтам не лише отримувати емоційну підтримку, але й обмінюватися досвідом адаптації до нових умов, що важливо для розвитку їхніх навичок соціальної адаптації. У такий спосіб групова робота сприяє не лише психологічному відновленню, але й соціальному інтегруванню осіб, які пережили стресові ситуації, що, в свою чергу, позитивно впливає на їхню

здатність адаптуватися до нових умов життя та відновлювати якість життя в цілому [69].

В сучасних психотерапевтичних підходах важливе місце відводиться профілактичним і стабілізаційним технікам, які сприяють зниженню психоемоційного напруження та формуванню стійкості до стресу, що є особливо актуальним при роботі з внутрішньо переміщеними особами (ВПО). Пережитий стрес, викликаний вимушеним переселенням, часто призводить до серйозних емоційних розладів, таких як тривожність, депресія та порушення адаптаційних механізмів. Враховуючи це, застосування спеціальних технік, таких як методи релаксації та дихальні вправи, є необхідним для зниження рівня стресу та відновлення емоційної стабільності. Методи релаксації сприяють зниженню загального напруження та заспокоєнню нервової системи, що дає змогу клієнтам відновити внутрішній спокій і зосередитися на поточному моменті. Дихальні вправи, зокрема глибоке дихання та техніки контролю за диханням, сприяють зниженню рівня тривожності та поліпшенню фізіологічного стану, активуючи механізми саморегуляції організму [56]. Психопрактика є загальним терміном, що охоплює різноманітні методи та підходи, які спрямовані на особистісний розвиток, самопізнання, саморегуляцію, а також на корекцію психоемоційних станів та вирішення психологічних проблем. Дихальна психопрактика, в свою чергу, є комплексом технік, які зосереджуються на використанні дихальних процесів як основного інструменту для впливу на психоемоційний стан особистості. Згідно з її основною концепцією, контроль та модифікація дихальних патернів дозволяють коригувати психоемоційний стан, а також позитивно впливати на розум і фізичне самопочуття. До основних компонентів дихальної психопрактики належать: свідоме управління диханням, його регуляція та конкретні практики, такі як пранаяма (індійська дихальна техніка), реберфінг (метод дихання переродження, запропонований Л. Орром) та інші методи, що використовують дихання для терапевтичних чи духовних цілей [35].

Практикуючи свідоме й контрольоване дихання, особа може здійснювати позитивний вплив на нервову систему, зокрема на парасимпатичну її частину, яка відповідає за процеси релаксації та відновлення організму. Це може сприяти зниженню рівня стресу, поліпшенню концентрації, досягненню глибокого релаксу та загальному поліпшенню психоемоційного стану [34].

Елементи тілесно-орієнтованої терапії допомагають знижувати напругу, яка накопичується в тілі, і покращують усвідомлення власного тіла, що є важливим для стабілізації емоційного стану в стресових умовах. Через роботу з тілесними відчуттями людина може значно зменшити рівень психологічного і фізичного дискомфорту, що є результатом стресових переживань. Водночас арт-терапія дає змогу клієнту виразити свої емоції через творчість, що допомагає полегшити внутрішнє напруження і сприяє усвідомленню та обробці травматичних переживань [60].

Інтеграція цих підходів дозволяє досягти комплексного ефекту, спрямованого на відновлення психологічної рівноваги, адаптацію до нових умов життя та покращення загальної якості життя ВПО. Поєднання релаксаційних, тілесно-орієнтованих і арт-терапевтичних методів створює сприятливу основу для досягнення емоційного благополуччя, розвитку стійкості до стресових факторів та зміцнення внутрішніх ресурсів особи. Такий комплексний підхід, що включає різноманітні техніки, допомагає не лише знижувати психоемоційне напруження, але й сприяє глибшій інтеграції ВПО в нові соціальні умови, що є важливим для їхнього психологічного відновлення та соціального благополуччя.

Згідно з дослідженнями В. Й. Бочелюк, організація психологічної допомоги пацієнтам із невротичними розладами є ключовим завданням клінічного психолога, яке реалізується у рамках комплексних реабілітаційних програм [8]. Основними методами надання такої допомоги в клінічній психології визначаються психологічне консультування, психологічна корекція та психотерапія, які спрямовані на різні аспекти функціонування особистості. Відмінності між зазначеними методами

полягають насамперед у їхніх цілях і специфіці застосування [32]. У процесі роботи з пацієнтами з невротичними розладами особливу увагу слід приділяти дотриманню принципів комплексного впливу, який охоплює когнітивну, емоційну та поведінкову сфери особистості. Крім того, важливим є індивідуалізація кожного клінічного випадку та застосування диференційованого підходу, що враховує особливості діагнозу невротичного розладу, а також супутні патогенні й екзогенно-органічні фактори.

Гурлева Т.С. та Журавльова Н.Ю. акцентують, що психологічна допомога особистості в умовах вибору спрямована на підтримку в усвідомленні справжніх потреб і бажань, які не спотворені впливом соціального середовища або дією внутрішніх психологічних захистів. Одночасно вона передбачає допомогу у відповідальному здійсненні цих потреб та пошуку адекватних форм творчої самореалізації. Важливим аспектом є сприяння розвитку особистісних ресурсів, таких як ціннісно-сміслові орієнтири, творчий потенціал, духовні, психоемоційні й фізичні сили, стресостійкість, довіра до себе та інших, здатність до критичного аналізу інформації, особливо з мас-медіа. Зусилля фахівців зосереджуються на підтримці людини у виборі з наявного спектру альтернатив саме того варіанту, який найбільш відповідає її автентичним потребам і вищим цінностям. Цей вибір має бути спрямований на забезпечення оптимальної самореалізації у теперішньому часі й перспективі, з урахуванням благополуччя не лише самої особистості, а й її близького оточення. Особлива увага приділяється підтримці у подоланні невизначеності, суперечностей, ризиків і викликів, які постають у складних умовах війни [20].

Як зазначають З. Г. Кісарчук та Я. М. Омельченко, організація проблемно-орієнтованої психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам базується на концепції створення оптимальних умов для клієнта, що дозволяють забезпечити ефективне вирішення ключових завдань. До таких завдань належать переосмислення та опрацювання травматичного досвіду, а також сприяння успішній адаптації до нового соціального середовища [69].

Як зазначено в літературі, внутрішньо переміщені особи зосереджені на проблемах виживання, що обумовлює екстремальний і короткотривалий характер психологічної допомоги [63]. У таких умовах найбільш доцільним виглядає проблемно-орієнтований підхід, що передбачає спільну з клієнтом ідентифікацію основної проблеми, вирішення якої є реалістичним в умовах обмеженого часу. Робота з екстремальними станами включає підвищення інтенсивності психологічної взаємодії та застосування методик, спрямованих на зниження рівня тривожності.

Психотехнологія має кілька ключових етапів, серед яких виділяються: діагностично-організаційний, що спрямований на первинну оцінку стану клієнта та підготовку до роботи; інтерпретаційний, що забезпечує розуміння та переосмислення клієнтом власного досвіду; та корекційний, що передбачає реалізацію заходів, спрямованих на досягнення змін у психологічному стані клієнта.

Перший етап роботи доцільно розпочати ще до проведення очних консультацій. З цією метою клієнту заздалегідь надсилається електронний бланк диференціалу психосоціального розвитку, який необхідно заповнити. Під час діагностичного етапу збирається детальна інформація про ступінь вираженості симптоматики посттравматичного стресового розладу, уявлення клієнта про причини травматизації, його поточний психоемоційний стан, особливості процесу адаптації до нового місця проживання, а також наявність або відсутність ідентифікації з психологом [70].

На інтерпретаційному етапі роботи психолог зобов'язаний вирішити низку ключових завдань. Перш за все, необхідно встановити, чи може поточний стан клієнта бути обумовлений наявністю супутніх соматичних або психічних захворювань. У разі наявності підозр клієнта спрямовують до відповідного профільного спеціаліста для подальшої консультації. Також важливим є формулювання пояснювальної моделі, яка відображає причини виникнення порушень, що спостерігаються, із подальшим узгодженням цього професійного бачення з розумінням проблеми клієнтом. Окрім цього, клієнту

повідомляють орієнтовну тривалість необхідної роботи над проблемою, а також досягають того, щоб він сформував реалістичні очікування щодо змін, які можуть бути отримані в результаті роботи з психологом [59] .

На корекційному етапі основний акцент робиться на безпосередній роботі із запитом клієнта. Для забезпечення кращого структурування процесу роботи психолог кожного разу на початку зустрічі просить клієнта визначити очікування від поточної сесії. Клієнту надаються рекомендації щодо активної участі: говорити про те, що є значущим для нього, шукати пояснення для вирішення своєї проблеми самостійно та відповідально виконувати запропоновані домашні завдання. Підкреслюється, що лише через активну залученість і готовність присвячувати час роботі над проблемою можливо досягти швидкого та очікуваного результату.

Завершення корекційного етапу в межах запропонованої технології відбувається на основі взаємних домовленостей із клієнтом. Під час першої зустрічі психолог пропонує провести три сесії, після чого проводиться оцінювання ступеня досягнення цілей, які були поставлені клієнтом. Відповідно до результатів оцінювання ухвалюється рішення про продовження чи припинення подальшої роботи [43].

Зважаючи на те, що емоційний стан і якість життя внутрішньо переміщених осіб часто перебувають в умовах екстремального напруження, було прийнято рішення створити умови, які сприяють досягненню швидших змін. Для цього розроблено специфічну форму надання психологічної допомоги, що включає три основні складові: консультування, виконання психологічних вправ і домашні завдання. Формат очної консультації передбачає двогодинну сесію, яка включає одну годину консультування та одну годину роботи з психологічними вправами [36] .

Консультування базується на проблемно-орієнтованому підході, який проявляється у формі інтерпретацій і пояснень, що надаються психологом. Ці інтерпретації повинні узгоджуватись як із загальними очікуваннями клієнта від роботи, так і з його запитом, сформульованим перед зустріччю. У процесі

консультування психолог активно застосовує методи слухання, які включають прояснення, підтримку, узагальнення та емпатійний зворотний зв'язок, а також надає пояснення причин тих чи інших психологічних явищ.

Психологічні вправи виконують подвійну функцію: вони підсилюють ефект, досягнутий під час консультації, та одночасно спрямовані на роботу з конкретною проблемою, визначеною клієнтом. Ураховуючи аспекти травматизації внутрішньо переміщених осіб, що розглянуті в теоретичній частині, а саме травматизацію до моменту переселення, стрес від культурного шоку та дискримінації, а також втрату значимих прив'язаностей, можна зазначити, що ці аспекти зазвичай збігаються з проблемами, які клієнти озвучують у практичній роботі [37]. Водночас особистісні характеристики клієнта впливають на специфіку переживання травматичного досвіду та проявляються у характері його адаптації. Тому під час узгодження очікувань клієнта та вибору психологічних вправ важливо враховувати його провідні особистісні риси, такі як тривожно-уникаючі, емоційно-лабільні чи шизоафективні тенденції. Психологічні вправи, які застосовуються в межах цієї технології, поділяються на окремі блоки, кожен з яких орієнтований на вирішення конкретних завдань, поставлених у межах розробленої методики.

На початковому етапі роботи, з метою забезпечення чіткого структурування процесу психологічної допомоги, важливо, щоб клієнт усвідомив, які саме зміни необхідні для вирішення його проблем та в якому напрямі має здійснюватися робота. Для досягнення цієї мети використовуються спеціальні вправи, об'єднані в блок «проектування позитивних змін». У контексті переосмислення і повторного переживання травматичних подій застосовуються техніки, що належать до блоку «десенсибілізації травматичних спогадів». Натомість застосовуються вправи з блоку «стабілізації психологічного стану», які спрямовані на зниження рівня тривоги та відновлення емоційної рівноваги клієнта [53].

3.2. Методики та програми психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам з невротичними станами

Методики та програми психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам з невротичними станами мають бути розроблені з урахуванням не лише клінічних симптомів, а й соціокультурних, економічних та екологічних умов, у яких перебувають ці особи. Враховуючи, що травма, пережита внаслідок війни та вимушеного переселення, може бути як фізичною, так і психологічною, психологічні інтервенції повинні бути комплексними та індивідуально орієнтованими. У такому контексті важливим є розуміння глибинних психологічних процесів, які виникають у результаті травми, таких як порушення базових потреб у безпеці, стабільності та належному соціальному оточенні [43].

Для внутрішньо переміщених осіб визначається комплекс очікуваних результатів, серед яких можна виокремити кілька ключових аспектів. По-перше, передбачено усвідомлення загальних психосоціальних проблем, пов'язаних з вимушеним переміщенням, а також розуміння природи власних психосоціальних труднощів. По-друге, має місце формування уявлення щодо шляхів вирішення цих проблем, розвитку практичних навичок для подолання труднощів, а також освоєння інструментів для ефективної регуляції психічного стану. По-третє, важливим є усвідомлення механізмів адаптації в умовах вимушеного переміщення, що включає не лише набуття нових навичок, а й вдосконалення вже існуючих способів регуляції емоційного стану [42]. Особливу увагу слід приділити специфіці невротичних станів, які часто зустрічаються у внутрішньо переміщених осіб, серед яких тривожні розлади, депресивні стани, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), а також комплексні розлади, що включають симптоми, властиві декільком типам психічних порушень одночасно. У таких умовах необхідна розробка та впровадження програм, що поєднують кілька напрямків роботи з психічним здоров'ям. Важливим аспектом є також врахування культурної та соціальної

специфіки, оскільки внутрішньо переміщені особи можуть належати до різних етнічних груп, мати різний рівень освіти, мову спілкування, релігійні та світоглядні переконання, що безпосередньо впливає на їх сприйняття стресу і реакцію на терапевтичний процес [4].

Програми психологічної допомоги повинні містити різноманітні методи, адаптовані до потреб і особливостей конкретної групи осіб. Одним з основних підходів є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка має на меті корекцію дисфункціональних думок і переконань, що формуються внаслідок травматичного досвіду. КПТ допомагає особам зменшити рівень тривоги, відновити впевненість у собі та здатність адаптуватися до нових умов життя. Однак, для більш глибокої роботи з посттравматичними переживаннями необхідне застосування специфічних технік, таких як експозиційна терапія або методи, що включають зниження рівня стресу через покращення регуляції емоційного стану.

Важливою частиною програми підтримки є арт-терапія, що використовує творчі методи самовираження (малювання, музика, драматизація) для зниження емоційного напруження та заохочення внутрішньої рефлексії. Такі методи дозволяють не лише знімати психологічну напругу, а й надають можливість осмислити пережиті травми та знайти способи їх переживання через творчість. Водночас необхідно враховувати індивідуальні особливості людей, зокрема їх попередній досвід, рівень освіченості, ступінь розвитку саморегуляції та стратегії подолання стресу [7].

Комплексний підхід також передбачає інтеграцію психологічної допомоги з соціальною підтримкою. Соціальні працівники, медичні фахівці, представники місцевих громад та волонтерські організації повинні працювати в тісній взаємодії для створення умов, які б сприяли відновленню соціальної ідентичності внутрішньо переміщених осіб та сприяли їх інтеграції в нове середовище. Важливим є забезпечення доступу до ресурсів, які можуть допомогти у відновленні матеріального добробуту, юридичних

консультацій, а також належної підтримки з боку місцевих громад. Таке інтегроване середовище допомагає не лише зняти стрес, а й створює умови для психологічного відновлення та розвитку. Особливе значення має залучення фахівців різних напрямків до комплексної допомоги, зокрема психотерапевтів, психіатрів, медичних працівників, соціальних працівників, юристів, представників гуманітарних організацій, що дозволяє забезпечити комплексну підтримку для кожної особи. Тільки за умови комплексного підходу можна створити ефективну програму психологічної допомоги, що відповідає вимогам і специфіці травматичного досвіду внутрішньо переміщених осіб [10].

У сучасній психологічній практиці значна увага приділяється ознайомленню фахівців із новітніми дослідженнями, присвяченими подоланню наслідків екстремальних подій, питанням стресу та посттравматичних розладів, розвитку стресостійкості, кризовому консультуванню, психотерапевтичним методам, а також профілактиці та психологічній реабілітації. Зважаючи на міжнародний досвід, українські фахівці активно впроваджують тренінги й семінари для вдосконалення професійних навичок. Водночас, на думку дослідників, в Україні все ще бракує наукових робіт, які детально висвітлюють особливості переживання психотравмуючих подій та їхніх наслідків, а також специфіку надання психологічної допомоги різним категоріям постраждалих, включаючи військове та цивільне населення [13].

Практична робота психолога з внутрішньо переміщеними особами (ВПО) вимагає вирішення ряду важливих завдань. Одним із ключових аспектів є надання допомоги в прийнятті змін і адаптації до нового середовища, а також у соціально-психологічній інтеграції та обробці отриманого травматичного досвіду. Науковці наголошують, що перед початком консультативної або психотерапевтичної роботи необхідно пройти етап стабілізації. Цей етап спрямований на поступове виведення людини зі

стану гострого стресу й створення умов для осмислення та прийняття пережитого досвіду [19].

Психологічна допомога визначається як професійна підтримка, спрямована на вирішення психологічних проблем індивідуумів, сімей чи соціальних груп, а також на підтримку в соціальній адаптації, саморозвитку, самореалізації, реабілітації та подоланні складних психологічних ситуацій [37]. Виникнення психологічної допомоги як професійної діяльності є відносно нещодавнім явищем, але її розвиток і вплив на суспільство стають дедалі помітнішими. Вітчизняні дослідники, зокрема В. Панок, підкреслюють, що сучасна історія психологічної допомоги в Україні формується на наших очах і завдяки зусиллям фахівців. Панок визначає психологічну допомогу як систему заходів, що спрямовані на пом'якшення або подолання психологічних проблем, які виникають у конкретної особистості або групи осіб, за допомогою практичної психології.

Л. Карамушка визначає психологічну допомогу як одну з різновидів психологічних технологій, описуючи її як психолого-організаційні технології. Такий підхід обґрунтовується тим, що ці технології реалізуються в рамках організаційної діяльності, враховуючи психологічні закономірності, що визначають функціонування менеджерів, персоналу та організацій у цілому [24]. На думку психологів, ефективність психологічної допомоги визначається трьома основними факторами, які формують її характер і напрямок: по-перше, це актуальність допомоги і готовність до її прийняття, що є важливою умовою для її надання; по-друге, професійна готовність фахівців надавати психологічну підтримку; по-третє, теоретико-методологічні основи, що визначають специфіку та орієнтацію допомоги [26].

Т.Титаренко визначає соціально-психологічний супровід внутрішньо переміщених осіб як комплексну форму психологічної допомоги, яка складається з довготривалих і системних заходів психологічної підтримки та соціальної допомоги у процесі інтеграції цих осіб у нові громади після

завершення військових дій [80]. Види психологічної допомоги, зокрема консультування, профілактика, корекція, адаптація та реабілітація, а також діагностика, є основними напрямками роботи в цій сфері. Сучасні психологи, такі як Т.Титаренко, Г. Хомич і Р. Федоренко, активно досліджують проблеми психологічного консультування. Зокрема, Р. Федоренко визначає це консультування як напрямок практичної психології, що пов'язаний із наданням безпосередньої психологічної допомоги особам, які в ній потребують. Консультативна діяльність соціально-психологічної служби тісно пов'язана з просвітницькою і профілактичною роботою, що робить її важливою складовою таких заходів [73].

О. Войтенко наголошує, що оптимальним методом консультативної роботи з родинами внутрішньо переміщених осіб є проведення індивідуальних зустрічей та бесід з дорослими і дітьми, починаючи з шкільного віку. Поряд з цим, групове консультування можна реалізовувати через різноманітні тренінгові групи, зокрема групи розвитку навичок комунікації і вирішення конфліктів, гештальтгрупи та психодраматичні групи. Такий підхід забезпечує комплексне задоволення психологічних потреб переселенців, полегшуючи їх адаптацію в нових умовах [11].

Автори зазначають, що для швидкої адаптації вимушених переселенців до нових життєвих умов під час надання психологічної допомоги важливо акцентувати увагу на етапах адаптації, таких як відчуття розчарування, посилення дратівливості та агресії [4]. За відсутності належної підтримки переселенці стикаються з численними ризиками, серед яких — розвиток психологічного стресу через зміну місця проживання і оточення, фінансові труднощі, безробіття, нестабільність соціального захисту та обмежений доступ до медичних послуг. Усі ці фактори можуть призвести до серйозних проблем зі здоров'ям, обумовлених соціальним неблагополуччям [65]. Дезадаптація до нового середовища може мати серйозні психологічні наслідки, такі як панічні атаки, порушення сну, тривога, агресія, почуття самотності та бажання повернутися додому. Ці стани потребують участі

фахівців з психології, соціальної роботи та медицини, оскільки людина в такому стані не здатна самостійно вирішувати життєві проблеми, а вимушені переселенці — особливо [76].

Сучасні психологи, такі як Т.Дуткевич, Ю.Гундертайло, Л.Карамушка, Т.Кузьмич, О.Чуйко, С. Уварова та інші, підкреслюють важливу роль соціально-психологічних служб, волонтерських і благодійних організацій, а також груп взаємодопомоги у процесі адаптації вимушених переселенців до нових умов життя. Різноманітні дослідники, як теоретики, так і практики, активно вивчають проблеми посттравматичних стресових розладів, зокрема в контексті допомоги переселенцям. Соціальна підтримка охоплює весь спектр допомоги, яку людина отримує від свого соціального оточення, включаючи родину, друзів, колег та інші значущі соціальні групи. Ця підтримка класифікується на чотири основні категорії: емоційну, інструментальну (практичну), оціночну та інформаційну. Кожен з цих видів соціальної підтримки виконує окрему функцію, спрямовану на поліпшення психосоціального благополуччя індивіда [28].

Емоційна підтримка передбачає забезпечення людини психологічним комфортом через вербальну та невербальну демонстрацію співчуття і турботи. Це допомагає зменшити почуття самотності та зміцнити зв'язок між людьми. Надання емоційної підтримки вимагає від співрозмовника уважного слухання без засудження, вміння демонструвати емпатію та співчуття. Такий підхід допомагає створити відчуття розуміння та довіри, що особливо важливо у кризових ситуаціях. Наприклад, техніка активного слухання включає уважне сприйняття того, що говорить людина, та підтвердження значущості її слів за допомогою уточнюючих питань, таких як: «Що трапилось?», «Як ти відчуваєшся з цього приводу?» або «Що могло б полегшити твою ситуацію?» [50].

Інструментальна підтримка охоплює практичну допомогу, спрямовану на вирішення конкретних життєвих проблем. Це може включати фінансову допомогу, забезпечення основних побутових потреб, таких як приготування

їжі, догляд за дітьми, оплата рахунків чи закупівля медикаментів. Інформаційна підтримка передбачає надання зрозумілої та корисної інформації про доступні ресурси та можливі шляхи вирішення проблем.

Ефективне надання соціальної підтримки потребує розуміння індивідуальних потреб кожної людини. Наприклад, емпатійне слухання передбачає врахування специфіки емоційного стану людини, з повагою до її індивідуального досвіду та точок зору. Важливо уникати засудження чи знецінення почуттів співрозмовника, натомість спрямовуючи зусилля на забезпечення відчуття безпеки та прийняття [36]. Соціальна підтримка є важливим компонентом психосоціальної адаптації, особливо у кризових ситуаціях. Її якість та доступність безпосередньо впливають на психологічне благополуччя та здатність індивіда долати стресові ситуації, що підтверджується численними дослідженнями у галузі психології та соціальної роботи.

Профілактичні заходи щодо попередження розвитку неврозів мають ключове значення, з огляду на те, що повне лікування цього розладу часто вимагає значного часу, зусиль і ресурсів. Одним із основних напрямів профілактики є дотримання балансу між професійною діяльністю та відпочинком, що включає наявність хобі, регулярні прогулянки на свіжому повітрі, а також інші активності, які сприяють гармонізації психоемоційного стану. Особливу увагу слід приділяти методам зняття психологічного напруження, серед яких корисними можуть бути такі підходи, як ведення особистого щоденника або участь у релаксаційних практиках [53].

Своєчасна діагностика перших ознак психологічного перевантаження має надзвичайну важливість. Раннє звернення до спеціаліста дозволяє запобігти розвитку більш серйозних форм невротичних розладів. Однією з найбільш поширених форм, з якими стикаються фахівці у галузі психічного здоров'я, є генералізований тривожний розлад (ГТР). Цей стан часто ідентифікується як тривожний невроз і характеризується тривалим відчуттям тривоги, що важко піддається контролю.

Шляхи вирішення проблем посттравматичних стресових розладів (стресових реакцій, травм) розглянуті в роботах В. Депутатова, М. Великодна, Л. Колісник, О. Шестопалова, О. Шило. Вони підкреслюють, що організація взаємодопомоги та підтримки серед переселенців, здійснена кваліфікованими фасилітаторами, такими як психологи, соціальні працівники та інші фахівці, надає можливість особам самотійно долати труднощі. Учасники таких груп стають важливим ресурсом для подолання складних життєвих ситуацій, сприяючи більш легкому процесу адаптації до нових соціальних реалій [9].

Іншим важливим аспектом психологічної допомоги є реабілітація вимушених переселенців. І.М. Ушакова та О.В. Чернова визначають психологічну реабілітацію як комплекс заходів, спрямованих на відновлення та корекцію психологічних функцій, рис і особливостей особистості, а також на створення сприятливих умов для розвитку та становлення здорової особистості. Вони акцентують увагу на тому, що психологічна реабілітація передбачає активну й усвідомлену участь людини в процесі відновлення. Соціально-психологічна реабілітація, в свою чергу, спрямована на відновлення соціальних прав, статусу, здоров'я та працездатності, а також на забезпечення постраждалих соціальними гарантіями, контролем за реалізацією пільг і формуванням позитивного ставлення громадськості [72].

Зважаючи на вивчені дані та сучасні літературні джерела, А. В. Гальченко сформулювала основні принципи та алгоритм надання допомоги внутрішньо переміщеним особам з урахуванням психосоціальної дезадаптації. Реабілітаційний процес включає три основні етапи: психоосвітній етап, етап психотерапевтичних інтервенцій та надання фармакологічної допомоги. Програма реабілітації поєднує психоосвіту, психотерапевтичні інтервенції та фармакологічну терапію, що відповідають вимогам уніфікованих клінічних протоколів первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, затверджених МОЗ України [13].

Основними принципами реабілітаційної програми для ВПО є комплексність, персоніфікованість та врахування всіх етіопатогенетичних аспектів, зокрема тендерних відмінностей. Програма побудована на принципах послідовності та етапності. Одним із ключових елементів реабілітаційного процесу є формування терапевтичного альянсу, або комплаєнсу, між пацієнтом і лікарем, що сприяє розвитку довіри до фахівця та мотивує ВПО до подальшої участі в терапевтичному процесі. Важливою характеристикою психотерапевтичної роботи є побудова партнерських відносин з пацієнтом. Внутрішньо переміщена особа не розглядається як "психічно хвора особа", а як індивід, що переживає стресові стани через ненормальні життєві обставини, складні ситуації та переміщення [53].

У процесі роботи з пацієнтами значну увагу приділяли формуванню у них уявлень, що допомагають розуміти основні клініко-психопатологічні симптоми та наслідки патологічних станів. Особливу увагу було надано гендерним особливостям при виборі психотерапевтичних методів: для жінок було обрано недирективну форму спілкування в партнерських відносинах, тоді як для чоловіків переважав директивний підхід. Такий підхід забезпечував ефективну взаємодію з ВПО, що створювало позитивне середовище для реабілітаційного процесу.

Висновки до розділу 3

В результаті теоретичного аналізу та емпіричних досліджень встановлено, що сучасні підходи до психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам (ВПО) з невротичними станами базуються на багатовимірних і комплексних методиках, спрямованих на подолання психоемоційних труднощів, зумовлених травматичними подіями, соціальною дезадаптацією та хронічним стресом. До основних напрямів психологічної підтримки належать інтеграція когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), методів десенсибілізації та репроцесуалізації травматичних спогадів (EMDR), арт-терапії, тілесно-орієнтованих технік, релаксаційних практик та групових терапевтичних програм.

Когнітивно-поведінкова терапія залишається одним із найефективніших методів роботи з ВПО, які мають невротичні стани. Арт-терапія, як частина програм психологічної допомоги, сприяє зниженню емоційного напруження через використання творчих практик, таких як малювання, музика чи драматизація. Методи релаксації, зокрема дихальні вправи, прогресивна м'язова релаксація за Е. Джекобсоном та тілесно-орієнтовані практики, допомагають відновлювати психофізичний баланс і знижувати рівень фізіологічного напруження. Групові терапевтичні програми забезпечують можливість для емоційної підтримки та відновлення соціальних зв'язків, які часто втрачаються внаслідок переміщення.

Згідно з дослідженнями (Л. Бегеза, Є. Калюжна, Л. Матвієнко, Г. Пріб), програми психологічної допомоги повинні адаптуватися до індивідуальних потреб ВПО, враховуючи їхній травматичний досвід та рівень психоемоційної дезадаптації. Інтеграція когнітивно-поведінкових технік, творчих методів арт-терапії, релаксаційних і майндфулнес практик дозволяє забезпечити системний підхід до зниження тривожності, емоційного напруження та підвищення адаптаційних можливостей ВПО.

ВИСНОВКИ

Аналіз результатів проведеного теоретико-емпіричного дослідження надав можливість сформулювати такі висновки:

1. На основі вивчення психологічної літератури було дано визначення поняттю «невротичний розлад» як групі нервово-психічних розладів, що виникають унаслідок гострих або хронічних психологічних травм. Це визначення підкреслює, що невротичні розлади мають різноманітні етіологічні фактори, включаючи як емоційно насичені стресові ситуації, так і індивідуальні особливості нервової системи пацієнтів.

2. Одним із основних понять для розуміння невротичних розладів є термін «невроз», який відображає функціональний, оборотний розлад, що виникає внаслідок перевантаження коркових процесів головного мозку — зокрема гальмування або збудження в результаті психічної травми або хронічного перевтомлення. Психологічна література виявила, що найширше визнаним є визначення неврозів як психогенних захворювань, у розвитку яких суттєву роль відіграє конфлікт між особистісними стосунками і складними життєвими ситуаціями. У такому контексті порушення відносин і формування невротичних станів є результатом взаємодії індивідуальних властивостей нервової системи і несприятливих соціально-побутових факторів, зокрема дефіциту адекватного виховання в сім'ї.

3. У літературі з проблеми невротичних розладів класичними формами вважаються неврастенія, істерія та невроз нав'язливих станів. У рамках проведеного дослідження були проаналізовані типи та підтипи невротичних розладів відповідно до класифікації МКБ-10, зокрема «невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади», які мають коди F-40—F-48, серед яких найбільш поширені такі діагнози, як тривожно-фобічний розлад (F40), інші тривожні розлади (F41), obsесивно-компульсивний розлад (F42), реакція на тяжкий стрес і порушення адаптації (F43), дисоціативні розлади (F44), соматоформні розлади (F45), та інші невротичні розлади (F48).

4. Результати аналізу емпіричних даних виявили, що за методикою «Експрес-діагностики невроту» К.Хека і Х.Хесса» 60% досліджуваних мали підвищений або високий рівень невротичних розладів, а 40% — середній рівень. Це свідчить про високий рівень емоційної збудливості, яка може призводити до негативних переживань і сприйняття фізичних симптомів як наслідку емоційного дискомфорту.

Дослідження за методикою «Діагностика рівня невротизації» Л. Васермана також вказало на високий рівень невротизації серед 60% опитаних, а середній рівень було виявлено у 40%. Симптоми, що зустрічалися у респондентів, включали тривогу (52%), obsесивно-компульсивні прояви (20%), емоційну збудженість (12%), напругу, панічні атаки, роздратованість та соматичні розлади (4% кожний показник).

Згідно з результатами дослідження типів невротичних розладів (за МКБ – 10), найбільш поширеними виявились тривожно-фобічний тип (32%), неврастенія (32%) та obsесивно-компульсивний розлад (24%). Окрім того, було виявлено й інші невротичні прояви (12%). Отже, результати дослідження вказують на те, що більшість респондентів мають високий або середній рівень проявів невротичних розладів, що свідчить про необхідність надання психологічної допомоги.

5. Методи корекції та профілактики невротичних розладів повинні бути орієнтовані на підвищення стійкості особистості до негативного впливу соціальних чинників. Психологічна робота з такими особами включає як низькоінтенсивні методи (наприклад, самодопомогу), так і більш складні психотерапевтичні втручання, зокрема когнітивно-біхевіоральну терапію (КБТ), системну сімейну терапію, гештальт-терапію, тілесно-орієнтовану терапію та раціональну психотерапію.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абдрыхімова Ц.Б. Рання діагностика, клініка, профілактика та корекція невротичних, пов'язаних зі стресом розладів в учнів ліцеїв [автореферат]. Київ; 2003. 22 с.
2. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
3. Адлер А. Практика і теорія індивідуальної психології: Лекції по введенню в психотерапію для лікарів та психологів. Харків.: 2002. 227 с.
4. Александров Д.О. Соціальна робота та психологічна допомога з адаптації вимушених переселенців до життя в нових умовах (профілактика дезадаптованості вимушених переселенців). Методичні рекомендації. Бібліотека психологічної та соціальної допомоги. URL: <https://griml.com/RLpvJ>
5. Басюк О. Підходи до розуміння невротичних розладів. *Вісник Львівського університету*. 2009. №12. С. 252–259.
6. Бек Дж.С. Когнітивно-поведінкова терапія: основи та практика. Київ : Науковий світ, 2023. 460 с.
7. Блинова О. Є. Соціально-психологічні засади адаптації вимушених мігрантів. *Актуальні проблеми психології. Загальна психологія. Історична психологія. Етнічна психологія: зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України*. 2016. Т. 9, Вип. 9 С. 58–66.
8. Бочелюк В. Й. Реабілітаційна психологічна допомога при неврозах. В. Й. Бочелюк, М. С. Панов, Ю. О. Бохонкова. *Перспективи та інновації науки. Серія : Психологія*. 2022. № 11(16). С. 281-291.
9. Великодна М.С., Колісник Л.О., Шестопалова О.П., Шило О.С., Депутатов В.О. Стрес-реакції, травма та посттравматичне зростання

- школярів в умовах війни росії проти України. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи*. Випуск 1 (57). т.2. С. 81-97.
10. Внутрішньо переміщені особи: від подолання перешкод до стратегії успіху: монографія. Новікова О. Ф. та інш. Київ: НАН України, 2016. 448 с.
 11. Войтенко О.В. Ефективні напрями психосоціальної допомоги ВПО під час війни в Україні. *Актуальні питання психології: теорія, методика, практика : збірник матеріалів XI-тої Всеукр. наукової Інтернет-конференції, 10-11 жовтня 2022 р*. гол. Ред.. Сафін О.Д. Умань. 142с. С.47-51.
 12. Гаврилюк О. М. Психічний стан та переживання внутрішньо переміщених осіб внаслідок збройного конфлікту на сході України. *Наукові записки. Серія: Психолого-педагогічні науки*. 2018. Т. 46. С. 74-78.
 13. Гальченко А. В. Вимушена міграція як фактор виникнення психосоціальної дезадаптації та невротичних розладів. А. В. Гальченко, О. В. Погорілко, В. А. Волошин, К. В. Гринь, О. В. Лук'янченко. *Вісник проблем біології і медицини*. 2019. Вип. 3. С. 19-23.].
 14. Гнатюк Р. М. Причини виникнення, динаміка та вихід невротичних розладів (огляд літератури). *Науковий вісник Ужгородського університету: серія: Медицина*. редкол.: А.С.Головацький, В.Е.Віщак, К.С.волков та ін.; відп. ред. В.І. Русин. Ужгород : УЖДУ, 2000. Вип. 12. С. 73–77.
 15. Гридковець Л., Вебер Т., Журавльова Н., Запорожець О., Климишин О., Креймейер Д., Мокроусова А., Пророк Н., Сиротич Н., Сіренко Т., Царенко Л., Шапошник Н. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. Київ, 2018. 236 с.
 16. Грищук М.М. Психопрофілактика та психокорекція початкової невротизації дітей шкільного віку : автореф. дис. канд. психол. наук. Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Київ, 2010. 39 с.

17. Гулько Г. О. Невротичні властивості особистості як предмет психологічного вивчення. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*. 2015. № 3. С. 26–35.
18. Гулько Г.О. Феномен невротизації особистості: психологічно-філософські візії [Електронний ресурс]. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки*. 2014. Вип. 2(2). С. 103-107.
19. Гундертайло Ю.Д. Особливості психологічної допомоги ВПО в сучасних реаліях. *Всеукраїнський науково-практичний семінар : тези доповідей. IX-ті Гротівські читання РАКУРСИ ПСИХОЛОГІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ОСОБИСТОСТІ*. (м. Ніжин, 9 червня 2017 р.). Ніжин, 2017. С.54-58.
20. Гурлева Т.С., Журавльова Н.Ю. Вимушене переміщення через війну як екзистенційний вибір: емпіричне дослідження проблеми. *Вчені записки ТНУ. Серія: Психологія*. Том 35 (74) № 2, 2024. С.93-101.
21. Дерев'янка С. П. Когнітивно-поведінкова терапія: Навчально-методичні рекомендації. Чернігів: НУЧК імені Т. Г. Шевченка, 2023. 60 с.
22. Деякі особливості сучасних невротичних розладів. О.С. Чабан, Є.М. Марченко, О.П. Венгер [та ін.] *Арх. психіатрії*. 2012. № 3 (30). С. 65-69.
23. Диференційна діагностика неврозів: Методичні рекомендації. Діагностика індивідуально-типологічних відмінностей в курсах диференційної та клінічної психології . Упоряд.: Кардаш В. В., Кардаш Н. І. Луцьк, 2000. 75 с.
24. Карамушка Л. Психолого-організаційні технології: зміст, структура, види та форми реалізації. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. №1 (25). 2022.
25. Карамушка Л.М. Психічне здоров'я особистості в умовах війни: як його зберегти та підтримати: методичні рекомендації. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2024. 48 с.

- 26.Карамушка ТЛ., Карамушка Т. Емпіричне дослідження особливостей психічного здоров'я вимушених «внутрішніх» переселенців в умовах війни. *Організаційна психологія. Економічна психологія: Науковий журнал*. 2022. № 2 (26). С. 48-59.
- 27.Карпенко Є. Методи сучасної психотерапії: навч. посібник. Дрогобич : Посвіт, 2015. 116 с.
- 28.Кердивар В.В. Синдром жертви у внутрішньо переміщених осіб із зони локального воєнного конфлікту. В.В. Кердивар, В.Є. Христенко. Харків, 2021.143 с.
- 29.Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я. Київ, 2021. 1670 с.
- 30.Кокур О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога. Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2018. 310 с.
- 31.Колтунович Т.А., Чуйко Г.В. Невідоме про відомих: навч. посібник. Чернівці : Чернівець. нац. ун-т ім. Ю. Федьковича, 2022. 160 с.
- 32.Костикова О.В. До проблеми психотерапії неврозів. *Харківський осінній марафон психотехнологій: матеріали III міжрегіон. наук.-практ. конф. (каталог психотехнологій; тези доп.)*, Харків, 26 жовт. 2019 р. Харків: Діса плюс, 2019. С. 146–147.
- 33.Костюк О.В. Психологічні особливості невротизації майбутніх лікарів в умовах трилінгвізму: дис. канд. психолог. наук : 19.00.04 – Медична психологія ; Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2020.
- 34.Кременчуцька М. К. Методи роботи з тривогою і страхом в сучасних умовах в Україні. *Тенденції та перспективи розвитку психології та соціальної роботи в сучасному суспільстві : збірник матеріалів II міжнародної наук. практ. інтернет-конф.*, м. Одеса, ОНУ імені І.І.Мечникова, 19-22 листопада 2021 р. Одеса: ОНУ, 2021. С. 30–32.

- 35.Кременчуцька М. К., Акопян А. Б., Козій В. О. Дихальні психотехніки у роботі з регуляцією емоційних станів індивіда. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського*. Серія: Психологія. 2023. Том 34 (73). № 5. 79- 85.
- 36.Кузікова С., Зливков В., Лукомська С., Щербак Т., Котух О. Психологічний супровід особистості в умовах війни: навч. посібник. Київ.-Ніжин: Видавець ПП Лисенко М.М., 2024. 260 с..
- 37.Лазос Г.П. Психологічна допомога внутрішньо переміщеним особам (на прикладі роботи з переселенцями з Криму). Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: метод. посіб. За ред. З. Г. Кісарчук. Київ: ТОВ Видавництво «Логос». 2015, с.36-45.
- 38.Левицька Л. Корекція невротичних розладів у підлітковому віці. Науковий вісник *Ужгородського національного університету*. Серія «Психологія». 2023. № 1. С. 5–8.
- 39.Лещина І. В. Скринінгова діагностика неспсихотичних психічних розладів у студентів-медиків. *Вісник проблем біології і медицини*. 2011;1(2):131.
- 40.Мазяр О.В. Психофізіологічні умови невротичного розвитку особистості. *Сучасні педагогіка і психологія: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень: матеріали міжнародної науково-практичної конференції* (м. Київ, Україна, 14-15 липня 2017 року). Київ : ГО «Київська наукова організація педагогіки та психології», 2017. С. 93–95.
- 41.Маліновська О.В. Вивчення вимушеного переміщення як об'єкта соціально-психологічного аналізу. *Вісник Національного університету «КиєвоМогилянська академія»*. Серія «Психологія». 2019. № 1 (13). С. 15–21.
- 42.Медико-психологічна реабілітація та соціальна адаптація учасників бойових дій і вимушених переселенців в Україні: проблеми та перспективи : бібліогр. покажи. І уклад. А. М. Панфілова; наук, консультант М. М. Матяш; Нац. наук. мед. б-ка України, Нац. мед. ун-т

- імені О. О. Богомольця, Асоц. з мед. та психол. реабілітації. Київ, 2024. 91 с.
43. Методичні рекомендації щодо надання першої психологічної допомоги переміщеним особам. [за заг. ред. О. Л. Іванової ; упоряд.: І. Я. Пінчук, О. О. Хаустова, Н. М. Степанова, А. В. Чайка, А. О. Пінчук]. Київ: [б. в.], 2014. 44 с.
44. Міжнародна класифікація хвороб МКХ-10. URL: <http://surl.li/cjhkoy>
45. Міхеєва О., Серета В. Сучасні українські внутрішньо переміщені особи: основні причини, стратегії переселення та проблеми адаптації. *Стратегії трансформації і превенції прикордонних конфліктів в Україні: зб. аналіт. матеріалів*. Львів: Галицька видавнича спілка, 2015. 461 с.
46. Мушкевич М. І. Основи психотерапії: навч. Посіб. М. І. Мушкевич, С. Є. Чагарна ; за ред. М. І. Мушкевич. Вид. 3-тє. Луцьк : Вежа-Друк, 2017. 420 с.
47. Опанасенко Л.А. Психодіагностика психічних розладів та їх реабілітація. Миколаїв : Іліон, 2018. 153 с.
48. П'янківська Л. Вплив наслідків війни на психічне здоров'я людини: огляд зарубіжних досліджень. *Collection of Scientific Papers «SCIENTIA»*, (April 1, 2022; Kraków, Poland), 79–81.
49. Павлик Н. Невротичний характер як фактор порушення соціалізації особистості в юнацькому віці. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія. Педагогіка. Соціальна робота*. 2013. Вип. 1. С. 47–51.
50. Пападопулос Р. У чужомі домі. Травма вимушеного переміщення: шлях до розуміння і одужання. К: Лабораторія, 2023. 416 с.
51. Педоренко В. М. Особливості психоемоційного стану переселенців в умовах іншої країни (на прикладі Німеччини). *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2022. Серія: Психологія. № 5. С. 5–10.

- 52.Педько К.В. Соціально-психологічні особливості вимушених переселенців. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка*, 2015, С. 201-204.
- 53.Плескач Б. В., Уркаєв В. С. Складові технології психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам, спрямованої на подолання травматичного досвіду. *Актуальні проблеми психології. Т. III: Консультативна психологія психотерапія: зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України*. 2019. Т. 3. Вип. 15. С. 171–206.
- 54.Пляка Л.В., Огарь С.В. Психодіагностичний комплекс з вивчення особистості студента: практ. посібник. Х. : НФаУ, 2016. с. 124.
- 55.Пріб Г.А. Психологічна підтримка працевлаштування внутрішньо переміщених осіб. Ментальне здоров'я особистості та організації: колективна монографія. Академія праці, соціальних відносин і туризму / За заг. ред.: Г. А. Пріба, Л. Є. Бегези. Київ: Вид-во «Лів-принт», 2024. С. 293-303.
- 56.Профілактика стресових станів: тілесно орієнтовані, когнітивні, медіативні техніки. *Габітус. Секція 7 «Соціальна психологія. Юридична психологія»*. 2021. Вип. 26. С. 158–162.
- 57.Психіатрія (Підручник для магістрів та бакалаврів «Сестринська справа». Н.О.Марута, І.С.Вітенко, Г.М. Кожина, В.І. Коростій та ін. К.: ВСВ “Медицина”, 2013. 150 с
- 58.Психіатрія і наркологія: підручник. В.Л. Гавенко, В.С. Бітенський, В.А. Абрамов та ін.; за ред. В.Л. Гавенка, В.С. Бітенського. 2-ге вид., переробл. і допов. К. : ВСВ "Медицина", 2015. 512 с.
- 59.Психологічна допомога людям, які зазнали вимушеного переміщення. С.І. Артеменко, О.В. Лазебна, Л.О. Кравченко, О.В. Думчева. Київ, 2019. 254 с
- 60.Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій методичний посібник. З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П.

- Лазос, Л. І. Литвиненко, Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. К : ТОВ «Видавництво “Логос”». 207 с.
61. Савенкова І.І. Клінічна психологія: [навчальний посібник]. Херсон: ООО «Айлант», 2018. 302 с.
62. Савенкова І. І. Хронопсихологічне прогнозування перебігу невротичних розладів. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2013. Вип. 46(1). С. 151–158.
63. Савінов В. В. Вплив плейбек-театру на особистість, що переживає наслідки травматичних подій. *Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій: зб. статей за матер. укр.-пол. наук. семінару (Київ, 20–21 червня 2015)*. Київ : Міленіум, 2015. С. 133–143.
64. Саржевський С. Н. Психогенії: навч. посіб. для студентів 4 курсу медичних факультетів зі спеціальності «Медицина». Запоріжжя, 2019. 70 с.
65. Соловійова В. Пошук шляхів надання спеціалізованої психологічної допомоги дітям ВПО через систему перенаправлення. *XVI міжнародна науково-практична конференція «Конфліктологічна експертиза: теорія та методика» : програма і матеріали, 17 лютого 2017 р.*, Київ, Україна / Т-во конфліктологів України, Міжнар. каф. ЮНЕСКО «Права людини, мир, демократія, толерантність та взаєморозуміння між народами» в НаУКМА [та ін.]. Київ : [б. в.], 2017. С. 29-31.
66. Спринська З.В. Психологічні особливості внутрішньо переміщених осіб. *Теорія і практика сучасної психології*. 2018. №6. С. 50–56.
67. Терещенко Л.А., Олінковська Т.А. Причини й механізми виникнення невротичних розладів особистості дитини з погляду сучасної педагогічної психології *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Київ, Том I. Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія*. Вип. 48. 2018. С. 60 – 65.

68. Терлецька Н. В. Невротичні розлади як психогенні захворювання в медичній психології. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія*, (3 (22), 2022. с. 179-184.
69. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія. З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос [та ін.] ; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с.
70. Титаренко Т. М. Способи підвищення психологічного благополуччя особистості, що пережила травму. URL: <http://surl.li/zrmbth>
71. Уркаєв В.С., Плєскач Б.В. Соціально-психологічні аспекти психотерапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам. *Актуальні проблеми психології. Том 3.: Консультативна психологія і психотерапія. Випуск 13. Інститут психології ім. Г.С.Костюка АПН України*, Вінниця; Видавець ФОП Рогальська О.І. 2017. С.74-91.
72. Ушакова І.М. Проблема психологічної реабілітації працівників ДСНСУ, які виконували свої професійні обов'язки в зоні збройного конфлікту. І.М. Ушакова, О.В.Чернова. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2016. Вип. 19. С. 242-251.
73. Федоренко Р.П., Шкарлатюк К.І. Психологічний практикум з консультування: зміст, прийоми, технології : навч. посіб. для студ.в ищ. навч. закл. III-IV рівнів акредитації. Луцьк: Східноєвроп.нац. університет імені Лесі Українки, 2012. 237с.
74. Федосєєв В. А. Основи невротології та психіатрії [Електронний ресурс] : навч.посіб. В. А. Федосєєв, Т. Ю. Проскуріна, Н. І. Завгородня. Х: Нац. аерокосм. ун-т ім. М. Є. Жуковського «Харк. авіац. ін-т», 2015. 79 с.
75. Федченко В.Ю. Вплив провідних факторів психічної травматизації на особливості клініко-психологічних проявів невротичних розладів. Нац.акад. мед. наук України. К., 2013. Т. 19. С. 140.
76. Фролова О. Перша психологічна допомога вимушеним переселенцям. URL: <https://griml.com/NKCPP>

- 77.Фройд З. Вступ до психоаналізу [Текст]: лекції із виступу психоаналізу; [пер. з нім. П. Таращук]. Тернопіль: Навчальна книга. Богдан, 2021. 550 с.
- 78.Чабан О.С., Хаустова О.О., Омелянович В.Ю. Психічні розлади воєнного часу. Київ: «Видавничий дім Медкнига», 2023. 232 с.
- 79.Шиліна Н. Є. Проблема емоційного стану біженців та переселенців за умов військового конфлікту в Україні на прикладі студентів 5 курсу [Електронний ресурс]. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського*. Серія: Психологія. 2023.Т. 34, № 2. С. 30-36.
- 80.Як допомогти особистості в період переходу від війни до миру: соціально-психологічний супровід : практичний посібник. за наук. ред. Т.М. Титаренко, М.С.Дворник. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький: ІмексЛТД, 2022. 154 с.