

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАДИМА ГЕТЬМАНА**

**Навчально-науковий інститут бізнес-освіти імені Анатолія Поручника
Кафедри педагогіки та психології**

ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНА ПРОГРАМА «ПРАКТИЧНА ПСИХОЛОГІЯ»

галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки

спеціальність 053 Психологія

спеціалізація Практична психологія

Форма навчання: заочна

КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

**на тему «ПОКРАЩЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЖІНОК ЗАСОБАМИ
НЛП-ОРІЄНТОВАНИХ ПСИХОЕДУКАЦІЙНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ»**

здобувачки Ліни КУРЧЕНКО

(підпис)

науковий керівник: д.пед.н., проф. Марина АРТЮШИНА

(підпис)

**Робота допущена до захисту перед Екзаменаційною комісією (ЕК) з
атестації здобувачів вищої освіти**

Завідувачка кафедри: д.п.н., проф.
Марина АРТЮШИНА

(підпис)

Київ-2025

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	3
ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ПОТЕНЦІАЛ НЛП У ПОДОЛАННІ ТРИВОЖНОСТІ ТА РЕГУЛЮВАННІ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ.....	9
1.1. Актуальність регулювання емоційного стану жінок в часи війни.....	9
1.2. Теоретичні засади НЛП.....	13
1.3. Психотерапевтичний і психоедукаційний потенціал НЛП.....	21
1.3.1. Наукова доказовість методу НЛП у психотерапії.....	21
1.3.2. Офіційне визнання НЛП як методу психотерапії в Україні	29
Висновки до розділу 1.....	35
РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПСИХОЕДУКАЦІЙНА ПРОГРАМА ЗІ ЗНИЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ І ПОКРАЩЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЖІНОК «ЛАВАНДА».....	38
2.1. Аналіз українських психоедукаційних програм з покращення емоційного стану.....	38
2.2. Структура і змістовне наповнення програми «Лаванда».....	43
2.3 Імплементация та оцінка застосованих технік.....	53
Висновки до розділу 2.....	74
РОЗДІЛ 3. ВПЛИВ ПСИХОЕДУКАЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ «ЛАВАНДА» НА ЕМОЦІЙНИЙ СТАН І ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ЖІНОК.....	75
3.1. Методичне обґрунтування експерименту.....	75
3.2. Організація експериментального дослідження	79
3.3. Результати статистичної обробки даних.....	82
Висновки до розділу 3.....	93
ВИСНОВКИ.....	94
РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	96
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	98
ДОДАТКИ.....	109

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ГТР – генералізований тривожний розлад

КПТ – когнітивно-поведінкова терапія

НЛП – нейролінгвістичне програмування

НЛПт – нейролінгвістична психотерапія

ОПАНА – Опитувальник позитивного афекту і негативного афекту

ПМЗ – позитивне ментальне здоров'я

ПТСР – посттравматичний стресовий розлад

ANLP – Асоціація НЛП (Великобританія)

EANLP – Європейська асоціація НЛП (Брюсель)

EANLPt – Європейська асоціація нейролінгвістичної психотерапії (Австрія)

EFT – Emotional Freedom Therapy (Терапія емоційної свободи)

EMDR – Eye Movement Desentization and Reprocessing (Десенсибілізація і репроцесуалізація за допомогою руху очей)

GAD – Generalized Anxiety Disorder (див. ГТР)

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale (Госпітальна шкала тривоги і депресії)

IANLP – Міжнародна асоціація НЛП (Швейцарія)

NSDR – Non-Sleep Deep Rest (Глибокий відпочинок без сну)

PMH – Positive Mental Health (див. ПМЗ)

RTM – Reconsolidation of Traumatic Memories (Реконсолідація травматичного досвіду)

ВСТУП

Актуальність теми. Тема стабілізації емоційного стану та подолання тривожності є надзвичайно актуальною через значний вплив емоцій на психічне та фізичне здоров'я людей у сучасному світі, особливо в контексті невизначеності майбутнього, швидких соціальних змін, глобальних криз, а в Україні – гібридної війни, де поряд з фізичною загрозою життю і цілісності людини посилюється вплив на неї негативних інформаційних потоків.

Тривожність вважається ключовим елементом психічного життя ще з часів засновника психоаналізу З. Фрейда, який описував її як прояв конфлікту між свідомим та позасвідомим. Тему тривожності розробляли представники різних напрямків психології і психотерапії, зокрема А. Бек, М. Гамільтон, Р. Грей, Дж. Леду, Р. Мей, К. Роджерс, Г. Сельє, Ч. Спілбергер, К. Хорні та ін. В Україні цю тематику активно розробляють Н.Алексіна, І. Галецька, О. Герасименко, Л. Карамушка, М. Кліманська, Л. Колесніченко, В. Макарова, О. Креденцер, Д. Лавриненко, О. Савченко, К. Терещенко, О. Чабан, О. Хаустова та ін.

Разом з тим проблема тривожності набуває дедалі більшої гостроти та актуальності, адже за даними ВООЗ тривожні розлади є наразі найбільш поширеною проблемою ментального здоров'я у світі, на яку страждає кожна двадцята людина, при чому жінки більш вразливі до тривожних розладів, ніж чоловіки. На цьому тлі зростає суспільний запит на пошук нових інтегральних психонейрологічних засад подолання тривожності, які пропонує сучасний напрямок психології – нейролінгвістичне програмування (НЛП), представлене дослідженнями С. Андреаса, Р. Бендлера, Р. Болстада, Ф. Бурка, Р. Грея, Д. Гріндера, Д. Делозьє, Л. де Рейк, Р. Ділтса, М. Еріксона, Ф. Пателя, Ф. Пьюселика, Р. Рудена, У. Уолкера, П. Шютца та ін.

Розробленням психологічних та психотерапевтичних програм зниження тривожності і подолання ПТСР методами НЛП займаються, зокрема, М. Андреас, Ф. Бурк, Р. Болстад, Р. Грей, Л. де Рейк, М. ДіМоліна, С. Пеннок, Ф. Пьюселик, С. Руден, М. Факехі, М. Хаггаг, Р. Ханзон, Н. Шнайдер та ін.

Ефективність НЛП у подоланні різних видів тривожності науково доведена у різних контекстах від спортивних змагань [68; 37], хвилювання студентів перед іспитами [49] до кабінету дантиста [30], тому ми вважаємо за необхідне розробити на основі сучасних методів НЛП програму подолання тривожності і покращення емоційного стану для українських жінок як однієї з найбільш вразливих у цьому аспекті соціальних груп і експериментальним шляхом перевірити ефективність цієї пілотної програми.

Мета дослідження – виявити можливість позитивного впливу на емоційний стан жінок, зниження тривожності та покращення їх загального психічного добробуту шляхом психоедукаційних інтервенцій, заснованих на сучасних методах і техніках НЛП.

З цією метою у дослідженні вирішуються такі **завдання**:

- здійснити теоретичний огляд підходу НЛП та його практичних інструментів, які можуть бути використані для зменшення тривоги, посилення позитивного спектру емоцій та зміцнення ментального здоров'я;
- розробити психоедукаційну програму зниження тривожності та покращення емоційного стану жінок на основі теорії та технік НЛП;
- здійснити експериментальне дослідження з метою перевірки ефективності розробленої програми у групі українських жінок, які мають суб'єктивні ознаки тривожності;
- оцінити ефективність програми математико-статистичними методами;
- розробити методичні рекомендації та пропозиції щодо використання результатів дослідження у практиці психологів та психотерапевтів.

Об'єктом дослідження виступають емоційні стани жінок, насамперед актуальні під час війни ситуативна тривога і генералізована тривожність.

Предметом дослідження є вплив психоедукаційних заходів, створених на основі теоретичного підходу НЛП, на емоційний стан і психічний добробут учасниць.

Для розв'язання поставлених завдань у кваліфікаційній магістерській роботі використовується комплекс **методів** дослідження.

Теоретичні: теоретичний підхід нейролінгвістичного програмування у психології, аналіз інформаційних джерел, надання визначень та обґрунтувань, систематизація інформації, узагальнення встановлених закономірностей.

Емпіричні: анкетування і тестування *ex ante* і *postante*, формувальний експеримент, шкалювання суб'єктивного сприйняття емоційних станів за 11-бальною числовою шкалою Лайкерта, а також такі методики вимірювання емоційних станів та ментального здоров'я:

- Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS, субшкали Т («Тривога») і Д («Депресія») (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS, by A. Zigmond & R. Snaith, 1983, українська адаптація О. Кутікова та І. Нікішкової, авторське свідоцтво № 90510 від 08.07.2019 р.) [1; 12];

- Опитувальник позитивного і негативного афекту ОПАНА, розроблений М. Кліманською та І. Галецькою на основі методики PANAS (Positive and Negative Affect Schedule, by Watson, Clark, and Tellegen, 1988) [10];

- Шкала для оцінки генералізованого тривожного розладу GAD-7, (Generalized Anxiety Disorder 7-item, GAD-7, by R. Spitzer, J. Williams., K. Kroenke, B. Löwe, 2006, українська адаптація Н. Алексіної, О. Герасименко, Д. Лавриненка, О. Савченко) [2];

- Шкала позитивного ментального здоров'я PMH-SCALE (Positive Mental Health Scale J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz; W.M. vander Veld, and E.S. Becker), українська адаптація Л. Карамушки, О. Креденцер, К. Терещенко, 2022) [15, с. 19–20];

- Індекс благополуччя BOO3-5 (WHO-5 Well-being Index by C.W. Topp., S.D. Ostergaard, S. Sondergaard, & P. Bech, 2015), адаптація Л. Карамушки, К. Терещенко, О. Креденцер) [15, с. 31–32].

Математико-статистичні: 1) перевірка нормальності розподілу даних у вибірках шляхом тестування H_0 і H_1 за критерієм Шапіро-Вілка, де розподіл вважається нормальним, якщо $p > 0,05$; 2) визначення рівня значущості впливу

проведеного психоедукаційного заходу на зниження тривожності учасниць експерименту та покращення емоційного стану шляхом Т-тесту парних вибірок (експериментальна і контрольна група) за критеріями t Стюдента і W Вілкоксона, де $p < 0,05$; 3) визначення величини ефекту психоедукаційного заходу за критерієм d Коена і коефіцієнтом бісеріальної кореляції; 4) описова статистика із застосуванням табличних і графічних зображень.

Експериментальний дизайн дослідження передбачає наступні елементи:

- формування експериментальної та контрольної груп досліджуваних;
- проведення формувального експерименту шляхом створення та імплементації в експериментальній групі психоедукаційної програми «Лаванда» зі зниження тривожності і покращення емоційного стану жінок із застосуванням психосенсорних технік і методу НЛП;
- проведення опитування за визначеними методиками перед експериментом (*ex ante*) та після експерименту (*post ante*) в експериментальній і контрольній групах;
- шкалювання суб'єктивного сприйняття емоцій учасницями експерименту;
- збір та аналіз відгуків учасниць програми;
- математико-статистична обробка і аналіз даних експерименту;
- надання висновків щодо впливу психоедукаційної програми та рекомендацій з її впровадження.

Теоретична та практична значущість дослідження полягає в таких результатах:

- проведено теоретичний аналіз сучасного підходу НЛП у психології і психотерапії, здійснено розрізнення його конструктивних і маніпулятивних течій, виділено доказові напрямки з високим науково-практичним потенціалом;
- підібрано низку актуальних, зручних, адаптованих в Україні, у деяких випадках – рекомендованих МОЗ України методик для квантифікації інтенсивності та спостереження динаміки тривоги, інших позитивних і

негативних афектів, а також загального психічного добробуту людини;

- виокремлено та описано техніки, які можуть використовуватися з метою подолання тривожності, покращення емоційного стану та зміцнення психічного здоров'я жінок;
- укладено та імplementовано авторську психоедукаційну програму «Лаванда» з подолання тривожності та покращення емоційного стану жінок із застосуванням методу НЛП та інтегративних технік;
- доведено ефективність цієї програми шляхом математично-статистичного аналізу;
- розроблено методичні рекомендації для використання програми подолання тривожності та покращення емоційного стану жінок у практиці психологів, психотерапевтів та соціальних робітників.

Апробація. Матеріали дослідження були опубліковані і обговорені на наукових заходах, а саме:

- 1) Курченко Л. Забезпечення ментального здоров'я у сучасних ЗВО: кейс університету Констанц. *Економічна поведінка молоді: конструктивні форми та девіації* : зб. тез III Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Київ, 30 листопада 2023 р.). Київ: КНЕУ ім. В. Гетьмана, 2023. С. 82-88
- 2) Курченко Л. Наукова доказовість методу НЛП у психотерапії. *Інновативні рішення для відновлення України у глобальній парадигмі конкурентноспроможності*: зб. тез 92-ї студентської конференції КНЕУ (м. Київ, 30 квітня 2025 р.). Київ: КНЕУ ім. В. Гетьмана, 2023. 3 с.
- 3) Kurchenko L. Ukrainian Refugee Women in Germany: Status Quo and Implications on Mental Health [Presentation]. *Resilience, War, and Justice – Social Work Responses to Prolonged Disaster* (Lviv, Ukrainian Catholic University, February 20, 2025). 15 p.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, 3-х розділів, висновків, рекомендацій, списку використаних джерел, що налічує 92 найменувань. У роботі представлені 16 таблиць та 21 рисунок. Основний зміст викладено на 97 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ПОТЕНЦІАЛ НЛП У ПОДОЛАННІ ТРИВОЖНОСТІ ТА РЕГУЛЮВАННІ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ

1.1. Актуальність регулювання емоційного стану жінок в часи війни

Під впливом повномасштабної агресії російської федерації починаючи з 2022 року ментальне здоров'я української нації помітно погіршилося. Значного поширення набули порушення психічного здоров'я, зокрема депресія і тривожні розлади. Це пов'язано з тим, що мозок людини не може без наслідків постійно знаходитись у стані емоційної напруги. Сучасна гібридна війна справляє значний інформаційний тиск і виснажує людей невизначеністю майбутнього. На думку О. Чабана, людей найбільше лякає невідомість: «Коли ти знаєш, що попереду, у тебе виникає ідея, що робити. Тривога ніколи не має свого об'єкта. Тривога передбачає: щось буде, але лише погане» [25]. У частини українського населення, яка виїхала за кордон, ситуація з тривожністю додатково ускладнюється на фоні розриву звичних соціальних зав'язків, невизначеності нової ідентичності та непристосованості до чужої культури.

За результатами масштабного дослідження психічного стану українських підлітків старше 15 років, яким було охоплено 8096 осіб (з них 61,6% дівчат) в Україні та за кордоном, 32,0% учасників виявили симптоми середньої або тяжкої депресії, 17,9% – тривожного розладу середньої або значної тяжкості, 35,0% – психологічної травми, 29,5 % – розладів харчової поведінки і 20,5% – субстанційної залежності, при чому частка психічних порушень у підлітків в Україні та в еміграції знаходилася на подібному рівні [52].

У дослідженні зв'язку дожиттєвості до війни та порушеннями психічного здоров'я, в якому взяли участь мешканці України, Польщі і Тайваню, виявилось, що через російське вторгнення в Україну постраждав психічний добробут 59,2% українців, 20,5% поляків і 3,7% тайванців, які отримали порушення у вигляді депресивних, тривожних розладів та ПТСР [38]. Ця статистика демонструє, що

чим ближче людина знаходиться до епіцентру війни, тим з більшою вірогідністю порушується її психічне здоров'я.

Як показало американське дослідження зв'язку між особистою ефективністю з одного боку та тривожністю й загальним дистресом – з іншого, здійснене на популяції доглядальників за тяжкими раковими хворими, жінки є більш вразливими до дистресу та ситуативної тривоги, ніж чоловіки. При цьому всі показники шкали STAI (шкали Спілбергера) показали найсильніший зворотний зв'язок у кореляції з показниками турботи про себе і особистої ефективності [84]. Тобто, тривожність знижує здатність людини турбуватися по себе і забезпечувати продуктивність своєї діяльності, що дедалі погіршує її адаптивність до викликів життя.

Статистика психічних захворювань і досвід практикуючих психологів, психотерапевтів та психіатрів, які стикаються з проблемами вимушених емігрантів, підтверджують той контрінтуїтивний факт, що українки, які виїхали за кордон у зв'язку з війною, демонструють вищий рівень психічних відхилень, ніж ті, хто залишився на Батьківщині [25; 26; 21; 24; 38]. Ситуація стресового та психоемоційного навантаження біженців, а особливо – жінок, погіршується обмеженими можливостями отримати психотерапевтичну допомогу рідною мовою.

Якщо взяти, наприклад, Німеччину – країну, що надала притулок найбільшій кількості (близько 1 млн) українських біженців, то на момент приїзду у 2022 році українці повідомляли про загалом міцний стан здоров'я: 39% оцінили своє здоров'я як дуже добре або добре, тоді як лише 10% оцінили його як погане або дуже погане. Жінки були дещо менш задоволені станом свого здоров'я порівняно з чоловіками (39% жінок проти 42% чоловіків) [52].

Шукачі притулку та біженці в Німеччині загалом схильні до розладів психічного здоров'я через багатогранний стрес, якого вони зазнають до, під час та після еміграції. Поширеність таких розладів коливається від 22% до 57% для депресії, від 35% до 53% для тривожних розладів і від 13% до 35% для ПТСР. Рівень депресії, як правило, зростає, коли біженці відчують дискримінацію, а

рівень тривоги знижується у чоловіків (але не у жінок), якщо вони успішно інтегруються в німецьку систему зайнятості або освіти [38].

Загальнонаціональне дослідження психічного здоров'я українців у 2023 році показало, що 93% респондентів зазнали принаймні одного помірного або тяжкого психічного розладу з 24 лютого 2022 року. Як не дивно, біженці за кордоном демонструють найвищі показники дистресу, тривожних розладів та депресії порівняно з внутрішньо переміщеними українцями та тими, хто залишився у своїх домівках. Так, у 25% українських біженців розвинулася важка депресія, порівняно з 16% тих, хто залишився в Україні. Найнижчі рівні стресу, тривоги та тяжкості ПТСР спостерігалися серед тих, хто не був переміщений, значно вищі – серед внутрішньо переміщених осіб (ВПО), а найвищі – серед біженців. Ці дані дозволили авторам зробити висновок, що існує кумулятивний ефект травми, пов'язаної з війною, у поєднанні з культурним стресом у чужій країні, що призводить до ще більш тяжких наслідків для психічного здоров'я українських біженців [20].

Розглядаючи психічне здоров'я українських біженців у Німеччині через гендерну призму, ми бачимо, що жінки в еміграції перебувають у значно гіршому становищі порівняно з чоловіками. У той час, як більше половини українських чоловіків повідомляють про відсутність дистресу в Німеччині, лише у 18% жінок рівень стресу зростає у нормальному діапазоні. Сильний психологічний дистрес переживають 46% жінок і лише 20% чоловіків. За шкалою депресії та тривоги відсоток жінок, які відчувають помірні та важкі симптоми (45%), майже вдвічі вищий, ніж чоловіків (26%). Цікаво, що симптоми тривожності є менш гендерно чутливими (52% серед жінок і 46% серед чоловіків), ніж депресивні симптоми. Останні відчутно більше поширені серед жінок (48% українських жінок проти 33% українських чоловіків у Німеччині мають ознаки депресії) [20].

Автори української адаптації скринінгової методики виявлення генералізованої тривожного розладу GAD-7 в умовах воєнного стану Н. Алексіна, О. Герасименко, Д. Лавриненко і О. Савченко відзначають аномальний розподіл показників тривожності у загальній вибірці з

переважанню жінок з вищою освітою, а саме: 40% респондентів виявили ознаки генералізованої тривожності на патологічному рівні (понад 10 балів). Такі показники можуть свідчити як про психічний розлад ГТР, так і про природний в умовах війни високий рівень тривоги щодо реальних загроз, що також є розладом психічного здоров'я, але вимагає інших підходів терапії. У згаданому дослідженні респонденти в Україні виявили дещо вищі показники тривожності (9,22 при SD 5,75), ніж респонденти за межами України (8,54 при SD 5,42). Ці середні значення GAD-7 в українській популяції є дуже високими у порівнянні з результатами, які наводять автори оригінальної методики, а саме 6,1 для жінок і 4,6 для чоловіків за даними Р. Спітцера[78] і відповідно 3,2 та 2,7 за даними Б. Льовена німецькій вибірці[2]. Загалом, українські жінки і в цьому разі виявили набагато вищий рівень тривожності, ніж чоловіки: середній показник тривоги серед жінок становив 9,70 балів і знаходився на межі патології, в той час як чоловіки продемонстрували середнє значення тривожності на рівні 6,93. Гендерний фактор був єдиним соціометричним показником, пов'язаним зі значущими відмінностями у результатах GAD-7 [2].

Автори адаптації наголошують, що показник GAD-7 негативно корелює з рівнем позитивного ментального здоров'я. «Виражені симптоми патологічної тривоги перешкоджають респондентам жити повним та осмисленим життям, знижують цілеспрямовану активність, заважають задовольняти важливі потреби і відчувати себе творцем власної долі» [2, с.90]. Окрім того, українська нація переживає хронічний стресовий стан, що з високою вірогідністю матиме віддалені негативні наслідки для психічного здоров'я.

Отже, знижуючи тривожність і покращуючи емоційний стан українського населення, зокрема жінок, які перебувають в Україні і за кордоном, за допомогою різнопланових психоедукаційних, психокорекційних та психотерапевтичних інтервенцій, психологи мають змогу не лише покращувати якість життя наших співгромадян в актуальному моменті, але й здійснювати профілактику майбутніх порушень ментального здоров'я.

1.2. Теоретичні засади НЛП

Американська психологічна асоціація (АРА) визначає нейролінгвістичне програмування (далі – НЛП) як «набір технік і стратегій, спрямованих на покращення міжособистісної комунікації і стосунків шляхом модифікації «ментальних програм», або ментальних моделей світу» [32]. Незважаючи на обмежений характер цього визначення, воно часто цитується і призводить до недооцінки потенціалу цього молодого перспективного методу, який зародився у середині 1970-х років у США і на сьогоднішній день вже має досить розгалужену доказову базу. Сподіваємося, що наше дослідження зробить черговий внесок до розбудови наукової бази НЛП.

У цьому дослідженні ми керуємося більш широким визначенням нейролінгвістичного програмування як системи теорій, моделей і технік з різних галузей науки, які дозволяють створити доступні й зрозумілі інструменти, що можуть бути використані особами, командами та організаціями у різних контекстах для покращення результатів, підтримки здоров'я та створення змін [32].

Дисципліна НЛП є об'єднанням багатьох різних методологій, включаючи нейронауку, метапізнання, кібернетику, конструктивізм і моделювання. НЛП розширює можливості, дозволяє зрозуміти, як наш мозок («нейро») обробляє наше мовлення («лінгвістика»), і як це може вплинути на наше минуле, теперішнє і майбутнє («програмування»). Це дає нам стратегії для спостереження за людською поведінкою і можливість вчитися на найкращих (і найгірших) прикладах [32].

НЛП поєднує наративні, поведінкові, гіпнотичні та тілесно-орієнтовані підходи. При цьому шляхом мовного впливу досягаються системні зміни у мисленні, емоціях та поведінці [58].

НЛП – це прагматична школа думки, що охоплює багато рівнів буття людини, яка описує фундаментальну динаміку між *психікою* (нейро) і *мовою*

(лінгвістичне) і те, як їх взаємодія відображається на *тілі і поведінці* (програмування) [43].

Ми вважаємо найбільш сучасним і доречним визначення НЛП як феноменологічно орієнтованої рамки для психотерапії, коучингу та тілесно орієнтованих психологічних інтервенцій [45].

Сучасна нейролінгвістика являє собою високотехнологічну міждисциплінарну науку, яка вивчає взаємозв'язки між мозком та нервовою системою (лат. *neuro* – нерв) з одного боку і мовою – з іншого (лат. *linguistica* – мовознавство). Вона досліджує, яким чином мова репрезентується і переробляється у мозку, а також охоплює теорії та методи, які пояснюють зв'язки між нейронними процесами, мовою та поведінкою, і спирається на експериментальні дослідження мозку і досягнення сучасної біології у сфері знань про нейронну і гормональну регуляцію біологічних процесів.

Сучасна когнітивна лінгвістика зосереджується на смисловій частині мови, а саме на тому, яким чином мова як друга сигнальна система накладає певні фільтри на сприйняття, сегментацію та потрактування дійсності за посередництва її відображення у свідомості людини. Одним із перших мислителів, який звернув увагу на визначальну роль суб'єктивної свідомості у пізнанні світу, був античний філософ Платон. Лінгвістична традиція, яка бере початок від вчення про «народний дух» німецького філософа В. фон Гумбольдта, була розвинута його учнем Л. Вайсбергером та американськими послідовниками останнього Е. Сепіром і Б. Уорфом до гіпотези «мовної відносності», яка акцентує увагу на посередницьких функціях мови у сприйнятті світу і частковій обумовленості суб'єктивних уявлень про світ мовними фільтрами. Американський когнітивіст Дж. Лакофф зробив великий внесок у дослідження метафори як універсального знаряддя пізнання та відображення світу і одночасно – як механізму впливу на свідомість людини [11].

У відповідності до положень нейролінгвістики, поведінка людини визначається її ментальними програмами, а ці програми є результатом взаємодії свідомості, мови і тіла. Для того, щоб досягти бажаних змін у психологічному

стані та поведінці людини, необхідно зрозуміти структуру її суб'єктивного досвіду і мислення, закодовану у вигляді ментальних програм, а потім модифікувати останні, спираючись на власну уяву людини. Такі цілеспрямовані трансформації ментальних програм можуть здійснюватися як у нормальному, так і у зміненому стані свідомості (трансі).

Ключовими моментами для розуміння принципу дії НЛП є, по-перше, суб'єктивність, унікальність і деяка неадекватність (за рахунок фільтрів опущення, узагальнення і викривлення) ментальної «карти» світу кожної окремо взятої людини і, по-друге, можливість досягнути *справжніх* когнітивних і психологічних трансформацій за рахунок переживання *уявного* досвіду. Мозок людини здатний ініціювати однакові тілесні і психічні реакції як на реальні, так і на уявні стимули, опосередковані мовою: детальна розповідь про кислий запашний лимон викликає посилене слиновиділення, а розповідь про затишне тихе місце на природі уповільнює серцебиття і дихання.

Оскільки елементи досвіду людини кодуються психікою у вигляді складних тілесно-емоційно-когнітивних комплексів, лише незначна частка яких фіксується свідомістю, робота уяви дозволяє як комплексно «перепрожити» негативний досвід з новими необхідними ресурсами, так і створити оптимальні психологічні передумови для бажаної поведінки в майбутньому (наприклад, техніки «Лінія часу», «Реімпринтинг»). У такий спосіб досягаються глибинні трансформації на позасвідомому і свідомому рівнях, які забезпечують терапевтичний ефект.

Загальновизнаними засновниками НЛП вважаються американський математик і терапевт Річард Бендлер (Richard Bandler) та американський лінгвіст Джон Гріндер (John Grinder), які в книзі «Структура магії» (1975 р.) вперше описали метамодель – схему мовного відображення світу – як об'єкт та інструмент психотерапії. Дж. Гріндер визнає третім співзасновником методу американського психолога Франка Пьюселика[53], який зробив великий внесок у дослідження невербальних засобів комунікативного впливу на поведінку людей, т.з. калібровки емоційних станів. Ми вважаємо за необхідне відзначити

серед співзасновників методу також Джудіт Делозьє (Judith DeLozier), співавторку книги «Патерни гіпнотичних технік доктора медицини Мілтона Еріксона» [35].

Формування НЛП як психотерапевтичного методу базується, за класифікацією Британської асоціації консультування і психотерапії (British Association for Counselling and Psychotherapy), на п'яти традиційних теоріях, створених у різні історичні моменти, які доповнюють одна одну, а також на припущенні, що впливає з процесу моделювання:

1. Кібернетична теорія розуму Грегорі Бейтсона, зокрема логічні рівні навчання, та теорія єдиного поля як подальша розробка Роберта Ділтса.
2. Соціально-когнітивна теорія навчання Альберта Бандури разом із підходом моделювання, вдосконаленим на практиці Річардом Бендлером і Джоном Гріндером.
3. Трансформаційна граматика, створена Ноамом Хомським, і постулати, висунуті концепцією часозв'язування Альфреда Коржибського, які слугували основою й вплинули на лінгвістичні моделі, розроблені Р. Бендлером і Дж. Гріндером.
4. Припущення про фундаментальну орієнтацію людських дій на цілі (К. Прібрам, Е. Галантер, А. Міллер).
5. Теоретичні праці Вільяма Джеймса, що вивчають сенсорні репрезентативні системи як базові елементи обробки інформації та суб'єктивного досвіду.
6. Припущення про існування функціональних і незалежних частин ідентичності, що охоплюють свідомі та позасвідомі елементи процесу, отримані з практики моделювання робіт Фріца Перлза, Вірджинії Сатір і Мілтона Еріксона [34].

В основу методу нейролінгвістичного програмування було покладено психотерапевтичні підходи гіпнотерапевта М. Еріксона, сімейної психотерапевтки В. Сатір і засновника гештальт-терапії Ф. Перлза у поєднанні з кібернетичною теорією британського антрополога і лінгвіста Г. Бейтсона.

Р. Бендлер і Дж. Гріндер проаналізували лінгвістичну структуру психотерапевтичних інтервенцій і створили на цій основі метамодель і низку інших технік. Велика роль відводилася свідомій і неусвідомленій невербальній комунікації та конгруентності вербальних і невербальних сигналів, а також ключовим каналам сприйняття (ВАК-модальностям).

Р. Бендлер і Дж. Гріндер припинили свою співпрацю у 1980 році. Психотерапевтичний, психологічний і коучинговий напрямки сучасного НЛП стрімко розвиваються з наукової гілки Дж. Гріндера і представлені такими іменами, як Р. Болстад (R. Bolstad), Р. Ділтс (R. Dilts), Дж. Делозьє (J. DeLozier), С. Гіллган (S. Gilligan), Ф. Пьюселик (F. Pucelik) та ін.

Критики, такі як гіпнолог А.М. Вейтценгофер (Weitzenhoffer), який був сучасником і конкурентом Мілтона Еріксона, та його послідовники звинувачують метод НЛП у недостатній науковій обґрунтованості. Критичну позицію часто займають і сучасні конкуренти методу, які підтримують наратив про НЛП як «псевдонауку», ігноруючи при цьому як значні теоретичні розробки [39; 73; 88, с. 2013; 89], так і швидко зростаючу в останні 10 років доказову базу емпіричних досліджень і мета-аналізів [91; 85]. Така критика носить здебільшого маніпулятивний характер і має на меті не допустити швидкого розвитку висококонкурентного напрямку [45]. Подібне явище наукового гейткіпінгу спостерігалось в часи зародження науки генетики.

На жаль, Вікіпедія, яка має великий вплив на формування масової свідомості, прийняла позицію критиків і вводить в оману широку суспільну думку застарілою і необґрунтованою інформацією (див., наприклад, українську статтю Вікіпедії «НЛП» станом на 15 квітня 2025 року).

Насправді ж, починаючи з 2000-х років світовою наукою накопичено достатню доказову базу непересічної ефективності НЛП і як загального засобу впливу на свідомість людей, і як психотерапевтичного підходу. Цю доказову базу ми розглянемо нижче у розділі «Психотерапевтичний і психоедукаційний потенціал НЛП». Тут же зазначимо лише, що в умовах сучасної гібридної війни, в якій інформаційне поле також є полем бою, ігнорування потенціалу впливу

НЛП в Україні є неприпустимим, оскільки це означатиме поступку супротивнику, який активно зловживає цим інструментарієм для маніпуляцій масовою свідомістю. У ворожій державі набуває розквіту цинічно-маніпулятивна, комерційно-орієнтована гілка НЛП, яка представляє напрямок Р. Бендлера. Наприклад, московський інститут НЛП рекламує свої авторські програми з використанням базових елементів школи Р. Бендлера, які лежать в основі прийомів російських спецслужб, проводить літні школи з організації політичної пропаганди, а ректор інституту М. Пелехатий особисто веде курс «Маніпуляції і лідерство». Цей деструктивний напрямок пропагує т.з. «бойове НЛП» – агресивні і руйнівні маніпуляції свідомістю. Щоб ефективно протистояти гібридній зброї ворожої масової пропаганди, яка чинить вплив не лише на місцеве населення, але й на міжнародний інформаційний простір, необхідно чітко розрізняти існуючі течії НЛП і розуміти їх техніки впливу.

Дискусія, що точиться навколо НЛП, часто не розрізняє його напрямків і течій. Критики здебільшого висміюють ранні роботи авторів методу та посиляються на сумнівні сучасні джерела, часто виплескуючи немовля разом з водою, за крилатим висловлюванням М. Лютера. НЛП як молодий метод, відкритий до міждисциплінарної і експерієнтальної взаємодії, стикається на Заході з гострою критикою з боку більш усталених конкуруючих течій психотерапії. У той же час загальновизнані напрямки, такі як психоаналіз і КПТ, у термінах «майндфулнес» та «інтегративних технік» охоче асимілюють відкриття і типові експерієнтальні техніки, які вперше були описані або знайшли своє офіційне застосування в НЛП, наприклад: невербальні ключі доступу (напрямок руху очей), трансів інструменти Мілтон-моделі, недирективний еріксонівський гіпноз, емоційно-образна терапія з опорою на тілесні реакції тощо.

Якщо детально проаналізувати джерела походження т.з. інтегративних або експерієнтальних технік будь-якого сучасного психотерапевтичного підходу, то виявиться, що в їх основі лежать ті ж самі не визнані західною наукою традиції давньокитайської медицини, індійської йоги, буддійських медитацій і

шаманських трансів, що їх відкрито адаптує і ефективно використовує сучасне НЛП. Така ситуація свідчить про нагальну необхідність подальшої теоретичної розробки НЛП сучасними доказовими методами і розвитку його статусу як повноцінного психотерапевтичного напрямку, особливо з огляду на непересічні здобутки НЛП у терапії ПТСР [53; 39; 88; 87; 80], тривожних розладів [44; 49; 64; 75; 88; 85; 91], фобій [69; 85] та адикцій [57].

Дж. Гріндер справедливо вважає цей досить молодий метод психології прикладом парадигмального зсуву в науці у розумінні філософа Т. Куна [55]. НЛП зародилося на стику таких різних наук, як математичне моделювання, генеративна лінгвістика і психологія, і продовжує залучати до своєї парадигми нові науки, такі як нейробіологія, медицина, наука про спорт, квантова фізика і філософія. Що більше до сучасних досліджень впливу інтервенцій НЛП на різні групи людей залучаються медики і нейробіологи, то більше з'являється неспростовних наукових доказів ефективності цього методу.

Метод НЛП відзначається вираженням практичним спрямуванням і має чотири основні сфери застосування (рис. 1.1): особистісний розвиток, організаційний розвиток, освітній розвиток і психотерапевтичне застосування.

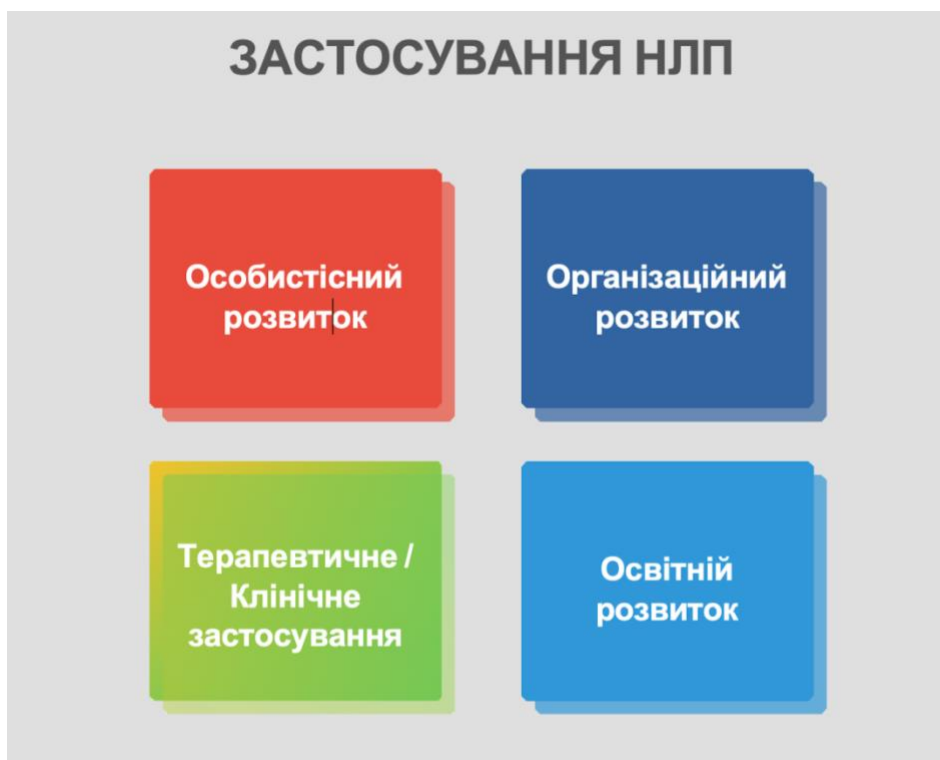


Рисунок 1.1 – Основні сфери застосування НЛП

У кожній із зазначених сфер сформувалися певні напрямки, де метод НЛП користується підвищеним попитом у зв'язку зі своєю ефективністю на практиці. Сучасні напрямки застосування НЛП представлені табл. 1.1.

Таблиця 1.1 – Сучасні напрямки застосування НЛП

№	Категорія	Застосування
1	Особистісний розвиток	• Індивідуальний коучинг • Тренінги НЛП • Управління конкретними проблемами: – зниження ваги; – відмова від паління; – подолання тривожності, страху та стресу; – підвищення продуктивності; – відповідальне батьківство; – кар'єрне зростання та зміна кар'єри.
2	Організаційний розвиток	• Обслуговування клієнтів • Навички презентації та комунікації • Розкриття потенціалу та досягнення результатів • Управлінські навички • Високоєфективні команди • Вирішення конфліктів
3	Освітній розвиток	• Управління конкретними проблемами: – дислексія; – аутизм та СДУГ; – дезадаптивна поведінка; – хвилювання перед іспитами. • Техніки проходження співбесід • Навички презентації та комунікації • Розкриття потенціалу та досягнення результатів • Високоєфективні команди управління навчанням
4	Клінічна психологія/ Психотерапія	• Розлади психічного здоров'я та запити на психотерапію: – депресія; – тривожність; – панічні атаки; – суїцидальні думки; – переживання складного горя; – подолання наслідків фізичного, емоційного або сексуального насильства; – дисоціація; – травма та ПТСР. • Залежності • Робота з дітьми і молоддю, сімейна психотерапія, консультування пар • Пенітенціарна психологія та психотерапія

Для нашого дослідження релевантними є психотерапевтичний і освітній аспекти НЛП.

1.3. Психотерапевтичний і психоедукаційний потенціал НЛП

1.3.1. Наукова доказовість методу НЛП у психотерапії

У сучасних джерелах поруч з терміном НЛП (NLP) набуває поширення термін NLPt, тобто нейролінгвістична психотерапія (НЛПт). Насьогодні серед європейських країн нейролінгвістична психотерапія набула найбільшого розвитку в Австрії, де вона була започаткована у 1986 році, а у 2007 році вже була визнана на державному рівні як доказовий психотерапевтичний метод. В Італії НЛПт була офіційно визнана у 2005 році [46]. У Великобританії НЛПт також має визнання як доказовий метод і розгалужену організаційну структуру сертифікації і контролю якості послуг НЛПт.

НЛПт поєднує в собі когнітивно-поведінкову, гуманістичну психотерапію, медитативні та тілесно-орієнтовані імагінативні практики і еріксонівську недирективну гіпнотерапію. НЛП ґрунтується на теорії, що життєвий досвід, починаючи з народження, програмує те, як людина бачить світ. Фахівці допомагають пацієнтам зрозуміти, як ті навчилися думати або відчувати для того, щоб контролювати свої дії. Вони також фокусують увагу пацієнта на його власних успіхах і адаптивних поведінкових стратегіях і допомагають йому дисоціюватися від деструктивних ментально-емоційних утворень, які запускають неадаптивні патерни поведінки.

Термін НЛПт був запроваджений Австрійським тренінговим центром НЛП (АТЦ) у Відні в результаті дискусії між д-ром Гельмутом Єлемом (H. Jelem), Вольфгангом Карбером (W. Karber) і Петером Шютцем (P. Schütz). Вже в 1986 році АТЦ пропонував чотирирічну навчальну програму з психотерапії на основі НЛП. Перші наукові дослідження ефективності цього методу у психотерапії було розпочато у 1993 році, а їх результати були представлені психотерапевтичній спільноті у 1996 році Мартіною Гензер-Медліч (M. Genser-Medlitsch) у її доповіді

про ефекти НЛП на Всесвітньому конгресі з психотерапії у Відні [46]. У 2005 році доказова база НЛП була значно розширена і послідовно представлена у науковій публікації «Чи має нейролінгвістична терапія ефект?» на матеріалі триразової випадкової проби результатів терапії експериментальної групи з 55 пацієнтів НЛПт і контрольної групи з 60 учасників, які лише стояли на черзі до терапії. Дослідження виявило, що в результаті лікування НЛПт у пацієнтів відбулися позитивні зміни, пов'язані з особистістю та проблемними симптомами. Під впливом нейролінгвістичної психотерапії значно зменшилися такі проблемні прояви, як компульсивна поведінка, невпевненість у соціальних контактах, депресивні симптоми, тривога, агресія, параноїдальне мислення, постійні роздуми про тривожну ситуацію, покірність, самозвинувачення, вживання фармацевтичних препаратів та відволікання від стресових ситуацій. Натомість клієнти відчували, що вони мають більше контролю над власним життям, а механізми управління стресом, такі як мінімізація, захист від почуття провини та спроби контролювати ситуацію значно покращилися в процесі лікування. Ці зміни виявилися сталими під час контролю через 60 днів після терапії [51].

За визначенням Європейської асоціації психотерапії (ЕАР), **нейролінгвістична психотерапія** — це системний образно-орієнтований метод психотерапії, який базується на інтегративно-когнітивному підході. Основна ідея НЛПт полягає у цілеспрямованій роботі з особистістю з опорою на репрезентативні системи, метафоричні конструкції та матриці міжособистісної взаємодії [47].

Метою методу є супровід і підтримка особистості у досягненні її екологічних, тобто гармонійних з особистісними й соціальними контекстами, цілей. НЛПт також спрямована на ідентифікацію суб'єктивних позитивних намірів, що лежать в основі симптомів захворювань або психологічних дисфункцій, з метою їх дисоціації від непродуктивних поведінкових патернів та переконань і формування нових, адаптивних і функціональних настанов та моделей поведінки.

НЛПт, яка виникла як напрям особистісного розвитку й комунікативного тренінгу (НЛП), активно застосовується також у таких сферах, як освіта, коучинг, супервізія, консультування, менеджмент, спортивна та оздоровча психологія. Однак як психотерапевтичний метод вона має чітко визначене теоретико-методологічне ядро й широку сферу застосування. У психотерапевтичному контексті НЛПт реалізується у форматі індивідуального, парного або групового сетингу з дотриманням терапевтичного контракту, професійної етики, конфіденційності й структурованої взаємодії, що забезпечує досягнення цілей у сфері здоров'я та благополуччя клієнта. НЛПт успішно застосовується вже трьома поколіннями психотерапевтів і має досить стабільну традицію, що практикується по всій Європі [47].

Суттєвими ознаками і беззаперечними перевагами НЛПт є її орієнтація на ресурси, цілі, рішення і досвід клієнта, а також забезпечення системної екологічності результату терапії [72]. Офіційний статус цього напрямку терапії в Європі визначається наступними фактами:

- В Італії (з 2004 року) та Австрії (з 2007 року) НЛПтє державно визнаною психотерапевтичною методикою. Це стало можливим після затвердження спеціалізованих навчальних інститутів та відповідних освітніх програм.
- У Румунії та Великій Британії метод також офіційно включено до реєстрів національних психотерапевтичних асоціацій.
- У Німеччині та Швейцарії НЛПт поки що не має державного визнання, оскільки тут визнано лише обмежене коло психотерапевтичних методів.
- Європейська асоціація психотерапії (ЕАР) внесла НЛПт до переліку визнаних терапевтичних підходів.
- Для підтвердження кваліфікації NLPt-терапевтів діє стандарт Європейського сертифіката психотерапії (ЕСР) [72].

Насьогодні вже існує достатньо наукових пояснень психобіологічного підґрунтя впливу технік НЛП включно з недирективним

еріксонівським гіпнозом на світосприйняття та ментальний добробут людини [31; 59; 60; 61; 65; 70; 75; 90].

За останні двадцять років було накопичено великий банк сучасно методизованих емпіричних доказів практичної результативності НЛП у психотерапії та психокорекції [1; 28; 30; 36; 37; 49; 51; 53; 54; 55; 76; 65; 66; 67; 68; 71; 80; 91].

У 2013 році вийшла книга «Клінічна ефективність нейролінгвістичного програмування», у якій Л. Уейк, Р. Грей та Ф. Бурке надали критичний огляд світових емпіричних досліджень у галузі НЛП як доказового методу медицини, який продемонстрував високу ефективність і деякі переваги над іншими методами у лікуванні різних розладів, зокрема:

- посттравматичний стресовий розлад;
- фобії;
- залежності;
- тривожні розлади;
- легка депресія [88].

Зростаючий дослідницький рух у колах НЛП вважає, що ці техніки можуть зробити значний внесок у доказову клієнтську допомогу. Це стане можливим лише завдяки надійним клінічним дослідженням та розбудові міжнародної організаційної структури, яка забезпечить оперативну цілісність через сертифіковане клінічне навчання та стандарти клінічної практики.

Оскільки НЛП по своїй суті є емпіричною дисципліною, орієнтованою на вивчення психічних процесів, то практично всі техніки НЛП вже за своїм початковим дизайном включають конкретні, перевірювані результати у поведінці або самопочутті як мету і кінцевий етап будь-якого процесу.

Проблема недостатньої офіційної медичної доказовості НЛП до 2013 року полягала не в тому, що метод не показував достатньої ефективності (навпаки, у вирішенні проблем тривожності, фобій, ПТСР результати були непересічними). Невідповідність досліджень з НЛП класу А, а саме клінічним стандартам доказовості, прийнятим у *медицині*, була зумовлена тим, що цей метод народився

і набув початкового поширення не в медичних закладах, а в навчальних центрах і неприбуткових організаціях, тому за дизайном та формальними вимогами такі дослідження не орієнтувалися на прийняті у медицині стандарти доказовості.

Л. Уейк, Р. Грей та Ф. Бурк виділяють чотири ступені якості медичних досліджень згідно вимогам Американського Агенства з досліджень у сфері охорони здоров'я і забезпечення якості (АНСQ):

- Докази рівня А ґрунтуються на результатах рандомізованих добре контрольованих клінічних досліджень на окремих людях;
- Докази рівня В ґрунтуються на добре спланованих клінічних дослідженнях без рандомізації або порівняння з плацебо для окремих осіб;
- Докази рівня С ґрунтуються на результатах службових та звичайних клінічних досліджень у поєднанні з клінічними спостереженнями, які є достатньо переконливими, щоб обґрунтувати застосування методу лікування або дотримання конкретних рекомендацій;
- Докази рівня D ґрунтуються на довготривалій та широко розповсюдженій клінічній практиці, яка не підлягала емпіричним випробуванням [88].

Станом на 2013 були зареєстровані дослідження психотерапевтичного ефекту НЛП лише класів В, С і D.

Проте після того, як НЛП показало свою практичну ефективність у лікуванні психічних розладів, передусім ПТСР і фобій, постала необхідність *формальної наукової валідації клінічного досвіду в НЛП* відповідно до стандартів доказової медицини, і перш за все – доказів типу А, які базуються на рандомізованих, добре контрольованих клінічних випробуваннях на окремих людях. Першочерговим завданням дослідницького руху НЛП Л. Уейк, Р. Грей та Ф. Бурк вважають подальше вивчення ефективності методів та технік НЛП шляхом систематичного огляду та критичної оцінки наявної доказової бази задля створення надійної основи для майбутніх досліджень.

Важливим кроком у валідизації НЛП як доказового методу психотерапії був наступний метааналіз публікацій, здійснений австрійськими дослідниками

Каталін Цахарія, Мелітою Райнер та Петером Шютцем у 2015 році [91]. До остаточного аналізу було включено 12 досліджень з кількістю учасників від 12 до 115 осіб. Ця стаття являла собою перший метааналіз, що оцінює ефективність НЛП-терапії для осіб із соціально-психологічними проблемами, і включала не лише англомовні, але й німецькомовні першоджерела. Загальний метааналіз показав, що НЛП-терапія може додати загальну стандартизовану середню різницю 0,54 з довірчим інтервалом ДІ = [0,20; 0,88]. Автори дійшли висновку, що нейролінгвістична психотерапія як психотерапевтичний метод, що ґрунтується на науково доведених теоретичних основах, методологіях та втручаннях, «демонструє результати, які можуть витримувати порівняння з іншими психотерапевтичними методами» [91].

Слід відмітити також мета-аналіз досліджень гіпнозу у лікуванні тривожних розладів, проведений К. Валентайн, Л. Міллінгом, Л. Кларк і К. Моріарті у 2019 році. Автори переглянули 399 записів, з них 15 досліджень, що включали 17 спроб гіпнозу, відповідали критеріям включення: міжсуб'єктний дизайн або змішана модель дослідження і співставлення результатів гіпнотичних інтервенцій зі станом контрольної групи (тобто дослідження задовольняло критерії типу А). Мета-аналіз показав середньозважений розмір ефекту 0,79 ($p \leq 0,001$), що означає, що середньостатистичний учасник курсу гіпнотерапії знизив тривожність більше, ніж приблизно 79% учасників контрольної групи. У найтривалішому періоді спостереження сім випробувань показали середньозважений розмір ефекту 0,99 ($p \leq 0,001$), що демонструє покращення стану середньостатистичного учасника курсу гіпнотерапії більше, ніж у 84% учасників контрольної групи [85].

Критичний огляд наукової літератури, присвяченої можливостям НЛП у зменшенні тривожності, був здійснений 2021 року і навів докази ефективності методу в покращенні ментального здоров'я, академічної успішності, комунікативних навичок, самоефективності і в подоланні стресу [64].

Новий огляд наукових досліджень у сфері психотерапії методом НЛП (NLPt), здійснений у книзі «Нейролінгвістичне програмування в клінічних

умовах: теорія та науково обґрунтована практика» (2022) під редакцією Лізи де Рейк, Річарда Грея та Френка Бурка, відобразив здобутки НЛПт у клінічних дослідженнях рівня А [39]. Книга розглядає найсучасніші теоретичні основи та клінічне застосування протоколів нейролінгвістичного програмування і пропонує науково обґрунтовані моделі для лікування різних порушень та станів, включаючи ПТСР, тривогу, депресію, горе, фобії та компульсивне переїдання. У книзі представлені сучасні дані клінічних випробувань, які демонструють успішність НЛПт у роботі з людьми з ПТСР, і обговорюється, як поточні рандомізовані клінічні випробування в Кінгс Коледжі в Лондоні демонструють клінічну ефективність протоколів НЛПт і стають все більш широко прийнятими в основній психіатрії.

Особлива увага приділяється протоколу реконсолідації травматичних спогадів (RTM) для ПТСР. Дослідження показують, що RTM є ефективним методом лікування ПТСР, з ремісією симптомів у 90% клієнтів. Протокол RTM пройшов оцінку в чотирьох рандомізованих контрольованих дослідженнях з використанням стандартних показників тяжкості симптомів [53; 54; 55]. Зокрема, Р.Грей і Ф.Бурк за допомогою цього протоколу вперше досягли терапевтичного ефекту елімінації інтрузій у пацієнтів з ПТСР за менш ніж 5 сесій [53]. Результати показали повну відсутність флешбеків і кошмарів після закінчення лікування, і ефект тривав щонайменше рік спостереження. Дослідження НЛП при соматоформних розладах, тривозі та депресії також мають суттєву доказову цінність.

Пілотне рандомізоване порівняльне дослідження ефективності лікування ПТСР методами травмафокусованої КПТ (TFCBT) і протоколу RTM продемонструвало беззаперечну перевагу НЛП-базованого протоколу. У вибірці RTM одужання (зникнення симптомів ПТСР) було зафіксовано у 48% пацієнтів, а у вибірці TFCBT – лише у 16%. Під час контролю сталого одужання через 20 тижнів після закінчення курсу терапії сигнал ефективності у пацієнтів RTM на 80% перевищував мінімально необхідний рівень, а у пацієнтів TFCBT був на 20% відсотків нижче мінімально необхідного рівня, що свідчило про нестійкість

ефекту у другому випадку. Окрім того, загальне покращення психічного здоров'я було зафіксовано лише у пацієнтів RTM [80].

У рандомізованому клінічному дослідженні впливу НЛП і керованої уяви на усунення післяопераційного болю і досягнення психологічного комфорту пацієнтів після відкритої операції на серці прослуховування 30-хвилинного аудіозапису з настановами на нові форми поведінки або релаксацію мало наслідком значуще покращення стану досліджуваних порівняно з контрольною групою, при чому НЛП-терапія значно вплинула на усунення больових симптомів, а практика керованої уяви – на відчуття комфорту [44].

Дослідження довело ефективність трьох немедикаментозних методів лікування — нейролінгвістичного програмування (НЛП), транскраніальної стимуляції постійним струмом (tDCS) та нейрофідбеку (NFB) — у зниженні рівня депресії, тривожності та стресу. Дослідження проводилося за квазіекспериментальним дизайном із використанням попередніх і післятестових вимірювань у трьох експериментальних групах та одній контрольній групі. Інтервенції НЛП тривалістю 40-60 хвилин проводилися психіатром і клінічним психологом 1 раз на тиждень 8 тижнів поспіль. Результати показали значуще зниження середніх показників депресії, тривожності та стресу в експериментальних групах порівняно з контрольною. Автори підкреслюють підвищену швидкодію, ефективність і економічну заощадливість НЛП у порівнянні з іншими терапевтичними підходами, адже значущого результату вдалося досягти всього за 8 сесій [75].

Отже, на сучасному етапі НЛП є доказовим, науково валідизованим, швидкодіючим, екологічним і відносно малозатратним методом психотерапії з високою терапевтичною ефективністю і значним потенціалом для майбутніх досліджень.

1.3.2. Офіційне визнання НЛП як методу психотерапії в Україні

В Україні НЛП належить до офіційно визнаних психотерапевтичних методів. Нейролінгвістична психотерапія включно з еріксонівською гіпнотерапією та іншими методами навіювання та гіпнозу увійшла до Переліку методів психотерапії з доведеною ефективністю, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13 грудня 2023 року №2118 «Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню» [20], витяг з якого наводиться у табл. 1.2.

Таблиця 1.2 – Витяг з Переліку методів психотерапії з доведеною ефективністю (Наказ МОЗ України № 2118 від 13.12.2023) [20]

Назва методу	Застосування
Нейро-лінгвістична психотерапія (у тому числі Еріксонівська гіпнотерапія та інші методи базовані на навіюванні та гіпнозі)	• (F34.1) Дистимія; • (F41) інші тривожні розлади; • (F45) соматоформні розлади; • (F52) сексуальні розлади, не обумовлені органічними порушеннями або хворобами; • складні життєві обставини (СЖО); • інші проблеми психічного здоров'я, які не відповідають критеріям психічних та поведінкових розладів

Таким чином, нейролінгвістичне програмування можна вважати методом вибору для психотерапії і психокорекції дистимії, тривожних розладів і станів, для психосоціальної допомоги населенню у складних життєвих обставинах (у нашому випадку – війна, вимушена еміграція, життєві і матеріальні втрати, пов'язана з різкою зміною життєвих обставин криза ідентичності тощо), а також для загального покращення емоційного стану клієнтів та зміцнення їх психічного здоров'я.

Розглянемо детальніше деякі з названих проблем психічного здоров'я, які можуть мати відношення до нашого дослідження, та визначимо їх складові.

Дистимія – це вид депресивного розладу, який інакше називається «постійний (або стійкий) депресивний розлад» і може діагностуватися після щонайменше двох років прояву симптомів протягом більшої частини дня без суттєвої ремісії. Умовою постановки діагнозу «Дистимія» згідно DSM-5 є наявність *одночасно принаймні двох* з перерахованих нижче симптомів тривалістю *від 2 років і довше*:

- Знижений апетит або переїдання;
- Надмірна сонливість або безсоння;
- Втомлюваність або низький рівень енергії;
- Знижена самооцінка;
- Труднощі з концентрацією уваги або прийняттям рішень;
- Відчуття безнадії [5; 62].

Для лікування дистимії та інших депресивних розладів рекомендуються методи психологічної підтримки, психотерапії та медикаментозна терапія.

Тривожні розлади характеризуються стійким і надмірним відчуттям страху і тривоги, а також дисфункціональними поведінковими змінами, які людина може використовувати для пом'якшення цих почуттів. Тривожні розлади відрізняються один від одного залежно від конкретних об'єктів або ситуацій, які викликають *страх* або *тривогу* та пов'язані з ними поведінкові зміни.

Страх - це емоційна, фізична та поведінкова реакція на зовнішню загрозу, що піддається швидкому розпізнаванню (наприклад, зловмисник, дикий звір, постріли). Страх – швидкоплинна, конкретна і досить інтенсивна емоція, яка «виникає в ситуаціях загрози біологічному чи соціальному існуванню індивіда і спрямована на джерело дійсної або уявної небезпеки» [27, с. 509]. Страх є базовою емоцією, яка не розкладається на інші емоції і притаманна будь-якій людині за певних обставин. Страх входить до всіх відомих класифікацій базових емоцій. Так, К. Ізард виділяв десять фундаментальних емоцій (інтерес-хвилювання, радість, горе-страждання, гнів, відраза, презирство, страх, подив,

сором, провина), П. Екман – сім базових емоцій (радість, здивування, сум, гнів, відраза, презирство, страх), а Р. Плутчик – вісім (гнів – страх, схвалення – відраза, радість – зневіра, очікування – подив) [13; 14], і кожний з цих переліків містить емоцію страху. Страх є однією з найдавніших емоцій у філогенезі людини і тварин, а осередком його локалізації у головному мозку вважається мигдалевидне тіло (amigdola), або рептильний мозок, присутній навіть у земноводних. Ця давня неприємна емоція важко піддається свідомому контролю і змушує суб'єкт уникати небезпечних ситуацій, запускаючи захисні механізми типу «бий», «біжи» або «завми» (деякі сучасні дослідники додають ще реакцію «уникай»).

Тривога – це генералізована реакція на невідому загрозу або внутрішній конфлікт (тоді як страх зосереджений на відомій зовнішній небезпеці). Тривога має у своїй основі когнітивний аспект, пов'язаний з ситуацією невизначеності і відсутності контролю. Вона являє собою узгоджену когнітивно-афективну структуру в захисній і мотиваційній системі, в центрі якої лежить відчуття неконтрольованості, зосереджене в основному на майбутніх загрозах, небезпеці чи інших потенційно негативних подіях у майбутньому, на відміну від страху, коли небезпека є присутньою і неминучою [79].

Тривога являє собою неспокійний, неприємний емоційний стан знервованості та занепокоєння. Її причини менш зрозумілі і/або менш усвідомлені. Тривога не прив'язана до точного часу виникнення загрози. Вона може з'являтися перед загрозою, зберігатися після того, як загроза минула, або виникати без видимої загрози. На відміну від конкретного страху, тривога найчастіше носить тривалий, дифузний, генералізований або невизначений характер.

Тривога, пов'язана з конкретною загрозою або ситуацією, носить назву **ситуативна тривога**. Схильність людини до тривожного реагування на зовнішні подразники, власні внутрішні стани або уявну небезпеку носить назву **особистісна тривожність**.

Тривога часто виникає в ситуаціях невизначеної небезпеки або в очікуванні негативного розвитку подій у майбутньому і тому, зрозуміло, є досить поширеним явищем в умовах тривалої війни.

Люди часто відчують страх і тривогу як зміни у своєму тілі (наприклад, відчуття холоду, пітливість, нудота) та поведінці (наприклад, уникання, втеча або гнів). Усвідомлюючи фізичні та поведінкові зміни, вони часто не усвідомлюють свій емоційний стан, який власне і викликає ці зміни, а саме: страх і особливо – тривогу. Невизначеність є суттєвою ознакою тривожних станів, що ускладнює психотерапевтичну роботу з ними.

Адаптивна тривога мотивує людей готуватися до складних життєвих ситуацій, тренуватися, страхуватися і вживати доцільних заходів безпеки. Вона також мотивує до належної обережності у потенційно небезпечних ситуаціях і спонукає людину до пошуку, визначення і усунення або нейтралізації об'єкта, який є джерелом тривоги.

Однак, коли тривога призводить до дисфункцій і надмірного дистресу, вона вважається **дезадаптивною** і, таким чином, відноситься до сфери компетенції психіатрії. Така тривога може проявлятися як відчуття неспроможності, невпевненості у власних силах, вразливості до зовнішніх обставин, перебільшення загроз. На поведінковому рівні дисфункціональна тривога виявляється через цілковиту безпорадність, невиправдану несаможиттєвість або дезорганізацію діяльності, шкодить цілеспрямованості та ефективності вчинків. Деадаптивна тривога, особливо якщо вона спричинена внутрішніми конфліктами, завищеними вимогами до себе і зміщенням локусу контролю, часто стає основою для формування неврозів. Вона може призводити до хворобливої підозрілості і неадекватної оцінки загроз, що походять від інших людей, власного тіла, результатів своїх вчинків тощо [27].

Тривога і страх мають різну локацію у головному мозку.

Емоція страху формується у мигдалинах (amygdala) і гіпокампі (hippocampus). Ці ділянки головного мозку дуже давні, вони присутні навіть у рептилій, і тому їх у деяких джерелах умовно називають рептильним мозком.

Мигдалина (amygdola) відіграє визначальну роль у виникненні реакції страху. Оскільки основна функція страху – забезпечення виживання, сигнали від органів чуття надходять до мигдалини відразу двома шляхами. Наприклад, коли людина бачить змію, сенсорна інформація спочатку надходить від ока до таламуса, а звідти — до зорової кори. Зорова кора передає оброблену інформацію до мигдалини, що й запускає реакцію страху. Одночасно таламус також надсилає сигнал безпосередньо до мигдалини, забезпечуючи миттєву реакцію організму *ще до того, як людина усвідомлює побачене*. Прямий шлях від таламуса до мигдалини є швидким, але менш точним порівняно з повільнішим і точнішим маршрутом через зорову кору. При ураженні мигдалини або прилеглих ділянок вентрального гіпокампу порушуються процеси формування реакції страху як у людей, так і у тварин [17; 60; 61; 90].

Тривожні розлади зустрічаються частіше, ніж будь-який інший клас психічних розладів: близько третини людей у глобальному масштабі відповідають критеріям тривожного розладу в певний момент свого життя. Це дало підстави Б. Банделоу і С. Міхаеліс віднести тривожні розлади до числа епідемій XXI сторіччя, при чому в результаті порівняння епідеміологічних даних із різних джерел було виявлено, що жінки протягом життя переживають тривожні розлади різного характеру і тривалості у 1,5 – 3,1 частіше, ніж чоловіки [35]. При цьому тривожні розлади, як правило, недостатньо діагностуються, відзначаються високою коморбідністю і можуть бути пов'язані з суїцидальними думками.

Тривожні розлади пов'язані з дисфункцією мозкових ланцюгів, які реагують на небезпеку. На ризик виникнення тривожних розладів впливають генетичні фактори, фактори навколишнього середовища та їхні епігенетичні зв'язки. Тривожні розлади часто коморбідні між собою та з іншими психічними розладами, особливо з депресією, а також із соматичними розладами.

В американському Діагностичному і статистичному посібнику з психічних розладів, 5-е видання, текстовий перегляд (DSM-5-TR) перераховано різні тривожні розлади в порядку типового віку їх виникнення:

- тривожний розлад, пов'язаний з сепарацією;
- селективний мутизм (вибіркова німота);
- специфічні фобії (тварин, природного середовища, ін'єкцій, ситуацій);
- соціальний тривожний розлад;
- панічний розлад;
- агорафобія;
- генералізований тривожний розлад;
- тривожний розлад, спричинений психоактивними речовинами/ліками;
- тривога через інше захворювання;
- інший специфічний тривожний розлад [19; 41; 42].

У терапії тривожних розладів провідна роль відводиться **психоедукації і технікам заспокоєння**. Окрім того, ефективним засобами виступають психотерапія і гіпноз.

На думку провідного фахівця з терапії тривожних розладів Дж. Барнхілла, **психоедукація** є фундаментальним і першочерговим елементом успішного подолання тривожності. «Психоедукація – це пояснення і донесення до людей необхідної інформації про психічне здоров'я, психологічні проблеми та їх наслідки для особистості» [16]. Вона дозволяє пацієнтам обмежити своє хвилювання, коли вони починають розуміти джерела і причини утворення своїх тривожних симптомів і навчаються свідомо керувати ними. Психоедукація синергічно поєднується з психотерапією і підвищує її ефективність тим, що пояснює серйозність проблеми і мотивує людей системно долати розлади і психологічні труднощі, навіть якщо для цього необхідно мобілізувати ресурси і проявити витримку [36]. Окрім того, просвітництво і пояснювальна робота в рамках психоедукації є незамінним засобом профілактики тривожних розладів, які набули рис «епідемії двадцять першого сторіччя» [35].

Методам **релаксації** слід навчати з метою профілактики і на ранніх етапах лікування тривожних розладів. Ці методи допомагають зменшувати або нівелювати страх і тривогу, які є визначальними для тривожних розладів. Окрім того, у процесі терапії можуть підніматися і загострюватися тривожні симптоми, виснажливі думки та почуття. Методи релаксації можуть включати усвідомлене дихання, прогресивну м'язову релаксацію, EMDR, EFT, медитацію, гіпноз, йогу, цигун та багато іншого – головне, щоб ця техніка відповідала уподобанням клієнта і викликала у нього задоволення, а не напругу. Методи релаксації можна коротко описати, продемонструвати і потренувати з клієнтом, а потім доцільно «призначити» їх як домашнє завдання.

Як зазначає Дж. Барнхілл, різні методи психотерапії однаково ефективні для більшості психічних розладів. Ця еквівалентність, ймовірно, пов'язана з так званими неспецифічними факторами, які включають особистісні характеристики терапевта та позитивний терапевтичний клімат, що дозволяє пацієнту ефективно брати участь у розмовній терапії, дотримуватися узгоджених практик і дисципліновано приймати ліки [36].

Висновки до розділу 1

Отже, зі знань про природу і процеси переробки в мозку людини емоцій страху і тривоги, або, за термінологією Дж. Леду, «тваринного» і «людського» страху [61], ми можемо зробити припущення про деяку перевагу методу НЛП над іншими підходами у подоланні тривожних емоційних станів, адже саме НЛП і еріксонівський гіпноз впливають безпосередньо на позасвідоме, тобто на глибинні структури головного мозку і лімбічну систему, звертаючись до них напряду, на мові емоцій та тілесних відчуттів, в обхід префронтальної кори і неокортексу з його аналітичними центрами переробки інформації.

У методі НЛП об'єктом впливу можуть бути не лише окремі когніції і почуття, але й неподільні сомато-емоційні комплекси – як усвідомлені, так і

неусвідомлені. Це надає психологам і психотерапевтам унікальні переваги як у корекції та профілактиці тривожних станів, так і у психотерапії ПТСР, тривожних розладів і фобій різного характеру.

Психоедукація є методом вибору у психотерапії і профілактиці тривожних розладів та корекції тривожних станів.

Тому ми обрали підхід НЛП в якості методологічної бази психоедукаційного заходу зі зниження тривожності і покращення емоційного стану жінок, який лежить в основі нашого пілотного експериментального дослідження.

РОЗДІЛ 2.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПСИХОЕДУКАЦІЙНА ПРОГРАМА ЗІ ЗНИЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ І ПОКРАЩЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЖІНОК «ЛАВАНДА»

2.1. Аналіз українських психоедукаційних програм з покращення емоційного стану

Як зазначалося вище, міжнародні фахівці з психічного здоров'я рекомендують психоедукацію як метод першочергового вибору у подоланні тривожних розладів і станів та загальному зміцненні психічного здоров'я як основи якості життя [36].

«Психоедукація – це пояснення і донесення до людей необхідної інформації про психічне здоров'я, психологічні негаразди та їх наслідки для особистості» [4, с.9].

В Україні вже накопичено значний позитивний досвід психоедукації щодо покращення емоційного стану і збереження ментального здоров'я. Слід зазначити превалювання в українській психоедукації підходу КПТ.

Перш за все варто зазначити *Всеукраїнську програму ментального здоров'я за ініціативи Олени Зеленської «Ти як?»*. Програму було створено 2022 року з метою забезпечення життєстійкості українських громадян, створення системи якісних загальнодоступних психосоціальних послуг і виховання культури відповідальності і піклування про власне ментальне здоров'я як основу якості життя в екстремальних умовах повномасштабної війни. З боку держави імплементацію програми спрямовує Координаційний центр психічного здоров'я Кабінету Міністрів України, який узгоджує діяльність міністерств і відомств, місцевих органів влади, недержавних організацій, міжнародних донорів та професійної спільноти у створенні системи якісної підтримки ментального здоров'я населення та співробітників, включно з законодавчим врегулюванням надання психологічних і психотерапевтичних послуг, включенням компетенцій

забезпечення ментального здоров'я до системи освіти і підвищення кваліфікації, поширенням кращих зарубіжних практик посттравматичного відновлення психіки та регулювання життєстійкості і налагодженням системи психоедукації і психосоціальних послуг.

Зокрема, на офіційному сайті програми «Ти як?» можна знайти путівник з емоційної регуляції «Правила внутрішнього руху» (2025), покликаний забезпечити населення доступними техніками самопомоги у стані стресу і емоційної напруги. Зокрема, з позицій підходу КПТ психологиня Світлана Ройз роз'яснює когнітивні і тілесно-орієнтовані техніки емоційної регуляції та оптимізації внутрішніх ресурсів для стабілізації психоемоційного стану. Концептуальною основою є модель «ромба балансу», що інтегрує тілесні, міжособистісні, діяльнісні та ціннісно-сміслові компоненти. Підкреслюється важливість розвитку навичок самопідтримки як внутрішньої опори особистості. Для операціоналізації процесу емоційної регуляції використовується метафора «внутрішнього світлофора», що дозволяє категоризувати поточний психоемоційний стан за критеріями напруги та контрольованості.

Корекційні стратегії включають комплекс вправ, спрямованих на редукцію психофізіологічного збудження та відновлення когнітивного контролю. До них належать інтегративні техніки заземлення, дихальні практики, м'язова релаксація та когнітивні методи реструктуризації.

Особлива увага приділяється стратегіям відновлення ресурсу, що ґрунтуються на оптимізації міжособистісної взаємодії, контакті з природним середовищем та активізації ціннісно-сміислової сфери. Підкреслюється значущість індивідуалізованого підходу до вибору терапевтичних інтервенцій з урахуванням особистісних характеристик та контекстуальних факторів.

Психоедукаційні програми *Київського центру стресостійкості* відзначаються гендерно-орієнтованим підходом і спираються на технології Ізраїльської Коаліції по роботі з травмою. Цільовими групами центру є фахівці критичної інфраструктури, соціальні і педагогічні працівники, медики і управлінці міста. Опрацьовується широке коло тем: перша допомога у

надзвичайних ситуаціях; навички подолання стресу, тривожності, травми; профілактика вигорання; психологічна підготовка до адаптації ветеранів тощо [9].

Програма психоедукації Департаменту і підтримки Червоного Хреста України у співпраці з Данським Червоним Хрестом передбачає 5-денні курси психоедукації для психологів-консультантів по каскадній системі. У контексті цієї програми психоедукація розуміється як «надання людям повної достовірної інформації про те, як самотійно подолати стрес в умовах невизначеності, та в яких випадках необхідно звернутися за допомогою до фахівця» [18]. Передбачається надання лише базової підтримки населенню у випадках, коли люди і самі можуть справитися зі стресом, і додатково пропонується за бажанням висловити емоції щодо пережитих подій. За суттєвим покращенням психоемоційного стану пропонується звернутися до фахівців [18].

Добре проявила себе авторська *психоедукаційна програма А. Кабанцевої* щодо зміцнення ментального здоров'я дітей і дорослих «Хвиля змін», яка складається з 15 двогодинних зустрічей раз на два тижні. Завдяки її реалізації рівень знань про стрес та способи його подолання зріс на 70%, розуміння власних емоцій на 50%, а навички самоконтролю і надання допомоги дітям і дорослим – на 40-50% [7]. Проте формат очних зустрічей і довготривалість програми зменшують її географічну доступність і ефективність за одиницю часу.

Загалом сучасні психоедукаційні програми в Україні відзначаються своєю спрямованістю на підтримку, відновлення і нормалізацію психоемоційного стану людей у стресових і травматичних умовах війни, сфокусованістю на травми і втраті, відкритістю до міжнародного досвіду та інтеграцією різнопланових психологічних підходів і технік з доведеною ефективністю.

О. Борисова [4] на основі аналізу практичного досвіду роботи з учасниками бойових дій 2022-2023 років відводить психоедукації як елементу психотерапевтичного процесу важливе місце і вважає її недооціненою галуззю психології з великим оздоровчим потенціалом.

Психологічне інформування виконує кілька важливих функцій:

1) пояснює людині природу і сутність психічних процесів, які з нею відбуваються, і ця ясність вже сама по собі знижує рівень тривоги: «страх невизначеності та нерозуміння «лікується» підвищенням компетенції» [4, с.8];

2) підвищує рівень обізнаності людини, надає їй інструменти психологічної саморегуляції і тим самим допомагає долати розгубленість і безсилля, надає впевненості, цілеспрямованості, дієздатності;

3) показує, що проблема людини не є унікальною, що певні неприємні ознаки пов'язані з нормальною реакцією психіки на ненормальні обставини, і це сприяє нормалізації емоційного стану учасників психоедукаційних заходів.

О. Борисова пропонує структурувати інформацію у вигляді **психоедукаційних моделей**, тобто окремих скриптів, або коротких блоків інформації про певне психічне явище, які складаються з таких елементів:

- пояснення суті певної психічної системи та принципів її функціонування;
- з'ясування причинно-наслідкових зв'язків;
- проста інструкція про те, як вплинути на відповідний процес з метою оптимізації психоемоційного або психофізичного стану людини;
- супровід раціональних пояснень образною ілюстрацією – метафоричними схемами, малюнками або розповіддю метафоричних історій [4, с.10].

О. Кокун, В. Мороз, Н. Лозінська та І. Пішко наголошують на *профілактичних* функціях психоедукації, яка дозволяє сформувати у учасників розуміння принципів функціонування людської психіки, поведінки людей в екстремальних умовах, *сформувати навички управління можливостями власної психіки, надання самодопомоги і першої психологічної допомоги іншим особам, а також мотивацію дбайливого ставлення до свого психічного здоров'я* [1, с. 36].

В умовах війни, коли кожній людині корисно мати наготові власні ефективні стратегії подолання стресових ситуацій та криз, спостерігається тенденція до посилення практичної компоненти психоедукації. Зокрема,

психологічна служба в українських військах визначає психоедукацію як «пояснення і донесення до людей необхідної інформації про психічне здоров'я, психологічні негаразди та їхні наслідки для особистості» [29]. У той же час військові психоедукаційні заходи передбачають не лише інформування про можливі психологічні стани в бойових обставинах та роз'яснення проявів психіки і поведінкових механізмів організму перед боєм та в бою, а й містять суттєві практичні компоненти, такі як демонстрація технік стабілізації емоційного стану та подолання бойового стресу, навчання видам психологічної допомоги, відточення навичок само- та взаємодопомоги у бою [29].

Ми вважаємо правильним і необхідним у сучасних умовах включати до психоедукаційних заходів значну практичну складову з акцентом на навчання навичкам самодопомоги і взаємодопомоги, висуваючи в пріоритет збереження психічного здоров'я людини, а не чистоту жанру психоедукації чи тренінгу.

Психоедукаційні програми на основі НЛП також поступово набувають поширення в Україні. Наприклад, випускниці курсу Френка Пьюселика «Профілактика та лікування ПТСР», психологині і коучі в підході НЛП Катерина Гайдученко та Ольга Прокопенко пропонують чотириденний курс «Посттравматичне зростання: навчальна програма з самокорекції у кризових умовах» з такою структурою.

Структура НЛП-орієнтованого психоедукаційного курсу «Посттравматичне зростання» К. Гайдученко та О. Прокопенко [6] представлено на рис. 2.1.

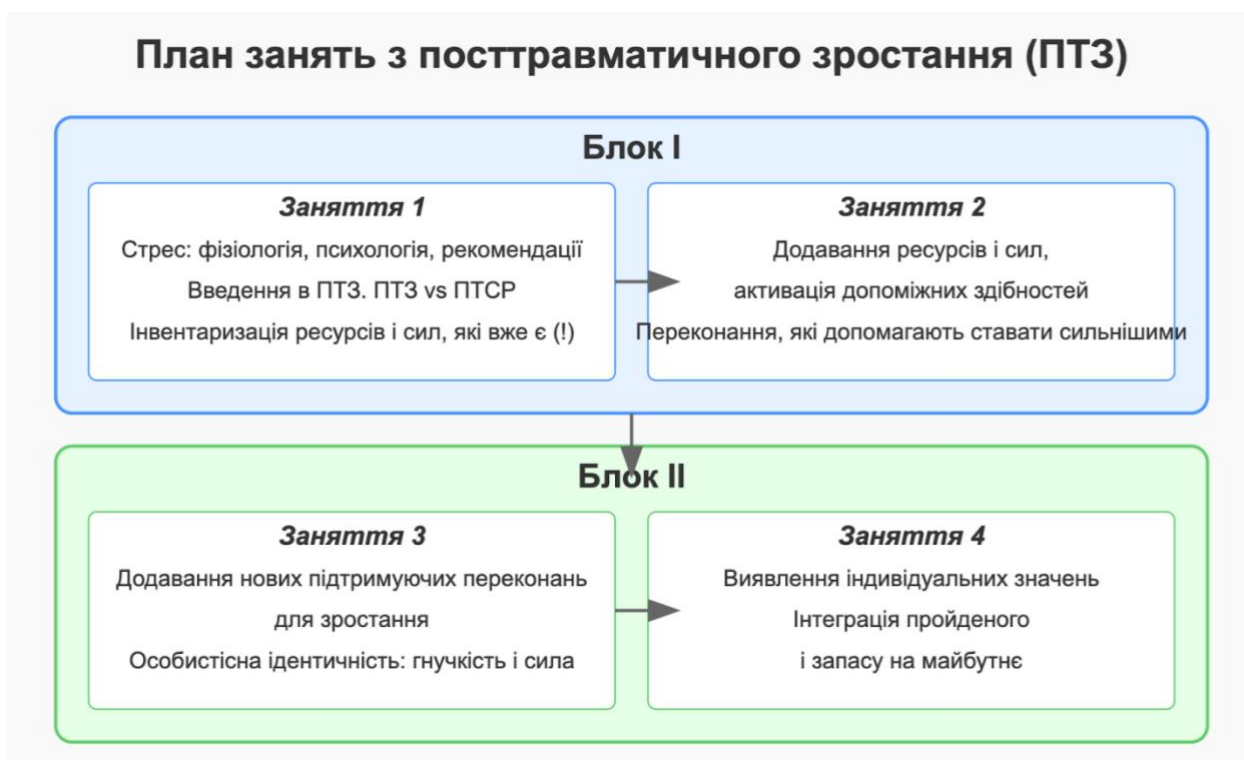


Рисунок 2.1 – Структура НЛП-орієнтованого психоедукаційного курсу «Посттравматичне зростання» К. Гайдученко та О. Прокопенко [6]

Авторки програми пропонують інновативний підхід до роботи з психологічною травмою, вбачаючи у травматичному досвіді людини основу для її подальшого особистісного зростання. Посттравматичне зростання (ПТЗ) розглядається ними як «позитивна психологічна зміна, яку переживають після травматичних, кризових та стресових подій, що призводить до відновлення та перевищення початкового рівня адаптації та психологічного функціонування, а також до змін кількісного, трансформуючого характеру» [6]. Авторки наголошують на тому, що у випадку травматичних або кризових подій однакової інтенсивності ПТСР розвивається у 22 – 28% людей, деяка частина не зазнає ніяких психічних змін, а решта бере ці події за основу особистісного зростання. Програма психоедукації покликана збільшити частку тих людей, який оберуть найбільш конструктивну модель адаптації до сильного стресу.

Метою програми є ознайомлення української коучингової і психологічної спільноти з нейробіологічними та фізіологічними механізмами стресу, які лежать в основі психічної травми і можуть зумовлювати як ПТСР, так і

посттравматичне зростання; визначення предикторів (передумов) ПТЗ і навчання навичкам їх створення для себе; а також передача фахових методик для опрацювання травматичного досвіду клієнтів та створення у них передумов для ПТЗ [6].

Незважаючи на швидкий розвиток української психоедукації в часи війни, яка допомагає різним соціальним групам населення долати труднощі і психічно адаптуватися до стресових умов, ми не знайшли програм, які б орієнтувалися на профілактику тривожних розладів у жінок – проблеми, яка набуває все більш загрозливого масштабу, особливо стосовно жінок у вимушеній еміграції. Окрім того, існуючі психоедукаційні програми здебільшого спираються на традиції когнітивно-поведінкового підходу.

Беручи до уваги значний потенціал підходу НЛП у формуванні життєстійкості, позитивної картини світу і психокорекції тривожних станів, було прийнято рішення створити на основі цього підходу експериментальну психоедукаційну програму для жінок в Україні і за кордоном для покращення їх емоційного стану і зміцнення психічного здоров'я. Оскільки програма не має аналогів застосування, то важливо дослідити її вплив на емоційні стани жінок шляхом математико-статистичного аналізу на основі випробуваних адаптованих психометричних методик, що буде зроблено в розділі 3.

2.2 Структура і змістове наповнення програми «Лаванда»

З огляду на те, що українські жінки, як продемонстровано в теоретичній частині дослідження, непропорційно часто потерпають від тривожних станів та відповідних розладів психічного здоров'я, питання психоедукації, психологічного консультування та психотерапії жінок з метою покращення їх емоційного стану є актуальним завданням сучасної практичної психології. Слід мати на увазі, що ситуація для жінок, які перебувають в еміграції, додатково ускладнюється через недостатній доступ до психотерапевтичних та

просвітницьких послуг у країнах перебування, слабка орієнтування в чужому культурному середовищі та мовний бар'єр. Цими міркуваннями був обумовлений вибір форми та змістовного наповнення авторської психоедукаційної програми з покращення емоційного стану жінок «Лаванда». Програмою передбачені такі переваги для учасниць:

- 1) географічна доступність заходів як цільовій аудиторії як в Україні, так і за кордоном;
- 2) першочергове опрацювання однієї з найбільш актуальних і небезпечних для ментального здоров'я жінок емоційних проблем в умовах війни – тривожних станів;
- 3) гармонійне поєднання інформаційної і психокорекційної складової з точки зору усвідомлення емоцій, їх причин і функцій, а також безпосередньої часткової корекції тривожних станів, з одного боку, і посилення позитивних емоцій і ментального здоров'я, з іншого боку;
- 4) коротка тривалість і висока продуктивність;
- 5) створення умов для близького емоційного спілкування, відкритості і взаємної підтримки у групі, що особливо важливо для жінок в еміграції, які потерпають від відносної соціальної ізоляції і втрати зв'язків.

Форму психоедукації було обрано з тих міркувань, що вона, на нашу думку, належить до найбільш ефективних форм вирішення психологічних завдань у груповому форматі, гармонійно поєднуючи в собі просвітницький і практичний компоненти. Ця форма роботи практичного психолога добре зарекомендувала себе під час війни. Вслід за О. Борисовою, вважаємо психоедукацію «універсальним і дієвим інструментом, який виконує одразу багато функцій: сприяє здобуттю ясності щодо процесів, які відбуваються з людиною та її психікою, наслідком чого стає зниження рівня тривоги; підвищує рівень обізнаності клієнта, що посилює його почуття впевненості у собі; в певній мірі може сприяти стабілізації психоемоційного стану» [4, с.8].

Психоедукаційна програма «Лаванда» заснована на сучасних знаннях про механізми функціонування психіки людини як складного комплексу тілесних,

емоційних та когнітивних явищ, які маніфестуються як на рівні свідомості, так і на рівні позасвідомого. В рамках підходу НЛП ми здійснюємо безпосередній терапевтичний вплив на усвідомлені і неусвідомлені психічні травми та спротиви особистості, використовуючи образно-метафоричну роботу з тілесними відчуттями, емоціями та когніціями.

Маючи можливість впливати на неусвідомлені або частково усвідомлені мисленнєві, емоційно-реактивні або поведінкові патерни, НЛП пропонує широку палітру ефективних і глибинних методів корекції емоційних станів. Важливо розуміти особливу відповідальність за екологічність інтервенцій у контакті з позасвідомим клієнта, яка забезпечується ненав'язуванням клієнту думок і почуттів психолога або психотерапевта, для чого оптимально підходить Мілтон-модель.

Програма «Лаванда» спирається на течію трансформаційного НЛП, представлену сучасними розробками американського коуча і майстра НЛП Роберта Ділтса та його послідовників. У рамках цієї течії психолог під час інтервенцій з метою корекції емоційних станів спирається виключно на образи, метафори, спосіб сприйняття і глибинні переконання клієнта з максимальним залученням його тілесних відчуттів та творчої уяви, локалізованої у правій півкулі головного мозку. Під недирективним спрямовуючим супроводом психолога клієнт самостійно здійснює необхідні йому трансформації образу почуття або емоції, використовуючи для цього власні психологічні ресурси. Ліва, аналітична півкуля мозку активується вже після проведеної трансформації для рефлексії та усвідомлення змін, а також планування майбутніх дій, виходячи з нового, більш ресурсного емоційного стану.

Зважаючи на високий трансформаційний потенціал НЛП у глибинному опрацюванні негативного емоційного досвіду, з одного боку, і недостатню поширеність цього ефективного методу в Україні, з іншого, ми вважаємо за необхідне поширювати серед населення знання і техніки самодопомоги, які розроблені або використовуються у підході НЛП. З цією метою нами було укладено та імплементовано шестиденну (6 робочих і 8 календарних днів)

психоедукаційну програму зниження тривожності і покращення емоційного стану жінок «Лаванда», вплив і ефективність якої досліджується у наступній частині цієї роботи за допомогою математико-статистичних методів.

Теоретичну основу психоедукаційної програми складає теорія НЛП та НЛПт, детально розглянута у першому розділі нашого дослідження. Джерелом **практичних технік** послужили сертифікаційний курс «Практик НЛП 2.0» О. Стручаєва, курс підвищення кваліфікації UpProSchool «Сучасна гіпнотерапія», протокол NSDR (медитація глибокого відпочинку без занурення у сон) Ендрю Губермана [56], а також матеріали організованої українським тренером і психотерапевтом у підході НЛП Бориславом Хомуленком міжнародної онлайн-конференції з НЛП «Програмування розуму на краще майбутнє» 1.12.2024 – 14.12.2024, яка зібрала понад 400 учасників. Спікерами конференції виступили сучасні світові авторитети, класики і інноватори НЛП, а саме: Роберт Ділтс, Джудіт Делозьє, Брайан Ван Дер Хорст, Арт Гайзер, Рей Вілкінс, Білл О'Хенлон, Стівен Руден та Сімона Анлікер, Френк Пьюселик, Майкл ДіМоліна, Мішель Руж, Лукас Деркс, Алікі Хелман, Ева Віпрехт, Річард Болстед і Юлія Курушева.

У прямій трансляції було проведено велике число демосесій, які на практичному досвіді учасників показали беззаперечну ефективність методу щодо швидкої і глибинної корекції негативних емоційних станів та тяжких переживань. Велику частку з продемонстрованих на конференції технік було в подальшому використано в психоедукаційній програмі «Лаванда»: EFT, хевенінг, елементи EMDR, якоріння на улюблену пісню дитинства, ідеї для керованих медитацій, техніки прощення тощо.

Мета програми «Лаванда» – зміцнити психічне здоров'я жінок за рахунок покращення їх загального емоційного стану та зниження інтенсивності симптомів тривожності в умовах постійного стресу, спричиненого війною і додатковими індивідуальними і психосоціальними чинниками (наприклад, еміграція, втрата близької людини, втрата соціального статусу, екзистенційна криза тощо).

Для досягнення цієї мети програма вирішує такі **завдання**:

- сформувати у учасниць програми усвідомлене і відповідальне ставлення до свого емоційного світу через пояснення теорії емоцій та надання сучасних знань щодо їх регулюючої функції;
- надати їм сучасну наукову інформацію про можливі наслідки травматичного стресу для психічного здоров'я, пояснити і продемонструвати на практиці механізми оздоровчого впливу НЛП на психіку людини;
- пояснити різницю між конкретним страхом та невизначеною тривогою, показати їх розташування у часовому континуумі;
- знизити інтенсивність тривоги та інших негативних афектів учасниць, з одного боку, і збільшити інтенсивність їх позитивних емоцій, з іншого боку;
- сформувати в учасниць навички емоційної саморегуляції за допомогою технік НЛП та інших імагінативних (тобто пов'язаних з роботою уяви) технік і тілесних практик;
- зафіксувати зміни емоційних станів в результаті психоедукаційних інтервенцій у вимірюваних величинах за допомогою психодіагностичних опитувань та застосування шкали суб'єктивної оцінки емоційного стану з метою контролю ефективності.

Тривалість програми – 24 години, розподілених на 6 онлайн-зустрічей в у програмі Zoom та індивідуальну практичну роботу учасниць із закріплення та самостійного виконання технік емоційного регулювання, продемонстрованих на онлайн-заняттях (можлива загальна тривалість від 6 календарних днів до 6 календарних тижнів).

Форма роботи: групова.

Технічне обладнання, програмне забезпечення і матеріали:

Для ведучої:

- ноутбук або стаціонарний персональний комп'ютер;
- безперебійний інтернет;

- технічний доступ до відео- і аудіозв'язку;
- професійна версія застосунку Zoom без обмежень часу;
- інсталювані програми Word, Excel, Powerpoint, Jamovi;
- браузер Chrome, сервіси GoogleDrive, GoogleForms, Gmail;
- соціальна мережа Telegram;
- підготовані Powerpoint-презентації до занять;
- аудіозапис домашньої медитації на глибоку релаксацію;
- опитувальники.

Для учасниць:

- смартфон, планшет, ноутбук або стаціонарний персональний комп'ютер;
- доступ до інтернету;
- технічний доступ до відео- і аудіозв'язку;
- технічний доступ до застосунку Zoom;
- електронна пошта;
- соціальна мережа Telegram;
- зошит і ручка для записів.

Цільова аудиторія: жінки віком від 18 до 65 років, які бажають зменшити тривожність, покращити свій загальний емоційний стан і тим самим зміцнити своє психічне здоров'я в умовах тривалого стресу (зумовленого війною, вимушеною еміграцією тощо).

Вимоги до фахівця, який впроваджує програму.

Ведучим психоедукаційної програми може бути практичний психолог, психотерапевт або тренер у підході НЛП/НЛПт з досвідом групової роботи та високим рівнем майстерності у застосуванні відповідних технік. Фахівець має володіти навичками і компетенціями забезпечення конфіденційності, добровільності, недирективності, взаємоповаги, дисципліни та невтручання в особистий простір без запиту. Обов'язковими умовами є практичне володіння техніками НЛП та еріксонівського гіпнозу і вміння керувати групою

динамікою. Необхідними «м'якими» навичками є вміння налагоджувати чесні і довірливі стосунки, навички калібрування емоційного стану, приєднання і ведення клієнта. Особливу увагу слід приділяти забезпеченню екології відносин та ініційованих у перебізі реалізації програми психологічних змін. Особа, яка впроваджує програму «Лаванда», повинна мати високий рівень емпатії, психологічну гнучкість, загальну ерудицію, ґрунтовну теоретичну і практичну підготовку у підході НЛП, вміти підбирати інструменти і техніки відповідно до запиту та бути достатньо емоційно стабільною, щоб витримувати тяжкі почуття клієнта.

Ключові слова: психоедукація, НЛП, тривожність, страх, емоційний стан, позитивний афект, негативний афект, психічне здоров'я жінок, психічне благополуччя.

Змістове наповнення програми «Лаванда»

Для науково обґрунтованого наповнення змістом програми «Лаванда» авторкою була проведена попередня підготовча робота з методологізації, яка полягала у виконанні таких завдань:

- проаналізувати наукову літературу та матеріали навчально-практичних курсів і конференцій на тему регулювання емоцій методами НЛП;
- підібрати ефективні техніки регулювання емоцій, придатні для самостійного застосування клієнтами;
- адаптувати іноземні практики до української мови, менталітету та історичної ситуації;
- створити власні просвітницькі та психотерапевтичні продукти (презентації до занять, тексти і аудіозаписи медитацій);
- провести інформаційну компанію і утворити експериментальну групу;
- методизувати матеріали психоедукаційної програми та підібрати наукометричні інструменти для вимірювання її ефективності.

Змістовний алгоритм психоедукаційної програми з подолання тривожності та покращення емоційного стану жінок «Лаванда» (24 години).

Підготовчий етап (не входить до часового обліку програми)

1. Запис медитації на релаксацію для самостійного прослуховування.
2. Написання авторських скриптів керованих медитацій для онлайн-зустрічей.
3. Добір вправ для зустрічей.
4. Створення групи в Телеграмі.
5. Розсилка опитувальника дослідження (pre) і збір відповідей.
6. Створення анкет попередніх очікувань і зворотнього зв'язку.
7. Підготовка презентацій і текстів міні-лекцій.
8. Проведення опитування попередніх очікувань.

Організаційно-ознайомчий етап (4 години)

2,5 години онлайн-зустріч + 1,5 години домашнє завдання.

1. Вітальне слово.
2. Знайомство психолога і групи.
3. Офіційне знайомство членів групи між собою.
4. Ознайомлення з програмою.
5. Правила групи.
6. Глибинне знайомство членів групи на основі метафоричних прийомів.
7. Пояснення сутності і трансформаційного потенціалу метафори в НЛП.

Самостійна робота: заповнення анкети попередніх очікувань учасниць програми, виконання домашньої медитації без заглиблення у сон.

Основний етап: 5 онлайн-сесій і самостійна робота з техніками (20 годин)

Зустріч 1. «Знайомство зі страхом» (4 години)

1. Вітання і повторення правил групи.

2. Поглиблення довіри: «Мало хто знає, що я...».
3. Міні-лекція «Травматичний досвід і тілесні блоки»

Практичний блок:

4. Техніка самодопомоги «Хевенінг». Якоріння.
5. Демонстрація ранкового ритуалу селф-хевенінгу
6. Швидкі техніки самодопомоги: дихання по квадрату, дихання «по пальцях», прогресивна мускульна релаксація.
7. Створення місця спокою. Якоріння.
8. Подорож до місця спокою – керована медитація. Закріплення якоря спокою.

Самостійна робота: «Маленька медитація без заглиблення у сон» вдень, тренування навичок керування фокусом уваги, медитація «Місце спокою» на ніч.

Зустріч 2. «Де живуть тривога і страх» (4 години)

1. Шеринг настрою на основі метафоричних образів.
2. Міні-лекція «Основи знань про структуру свідомості»: три інтелекти; тотожність уяви і реальності у зміненому стані свідомості; уявний досвід як основа реальних змін.
3. Вправа про лимон.
4. Дискусія: Різниця між страхом і тривогою.
5. Вправа на розвиток усвідомленості і фокус уваги (розширення, звуження і переміщення фокусу уваги по ВАК-модальностях).
6. Практичний блок: застосування EMDR як техніки самодопомоги.

Самостійна робота: «Маленька медитація без заглиблення у сон» вдень, тренування навичок керування фокусом уваги, «Місце спокою» на ніч.

Зустріч 3. «Знайомимосся ближче: Страхvs Тривога» (4 години)

1. Рефлексивний шеринг «Моє джерело спокою».
2. Міні-лекція «Колесо емоцій»: контакт з емоціями; емоція як сигнал; безоцінне ставлення до емоцій; позитивна функція емоцій, які прийнято вважати негативними.
3. Сутність тривоги і патогенний вплив тривожності.

4. Розрізнення страху і тривоги, їх користь і шкода на власному досвіді.
5. Демонстрація техніки емоційної свободи EFT за М.діМоліна.

Самостійна робота: ранковий ритуал «Селф-хевенінг», «Маленька медитація без заглиблення у сон» вдень, «Місце спокою» на ніч.

Зустріч 4. «Страх мій – друг мій» (4 години)

1. Рефлексивний шеринг «Моя тривожність».
2. Міні-лекція «Позитивний намір тривоги».

Практичний блок:

3. Дискусія «Чи можливо самостійно подолати страх і тривогу?».
4. Демонстрація техніки емоційно-образної терапії «Інтеграція частин, що конфліктують».
5. Рефлексія і обговорення.
6. Пояснення техніки «Лінія часу» і домашнього завдання «Лист з майбутнього».

Самостійна робота: ранковий ритуал «Селф-хевенінг», «Маленька медитація без заглиблення у сон» вдень, вправа «Лист з майбутнього», «Місце спокою» на ніч, написання собі листа з майбутнього.

Зустріч 5. «Per aspera ad astra» (4 години)

1. Рефлексивний шеринг «Листи з майбутнього».
2. Дискусія: чи були на шляху до щастя приводи для тривоги?
3. Міні-лекція «Аксіоми НЛП».
4. Практичний блок: медитація «Внутрішня дівчинка» з елементами техніки хоопонопоно.
5. Додаткове ресурсування.
6. Завершальний шеринг (з яким почуттям я йду, що беру з собою).
7. Ритуал подяки і прощання.

Самостійна робота: Заповнення опитувальника по результатах експерименту; постійне застосування улюблених технік з метою покращення емоційного стану та підвищення життєстійкості.

Завершальний етап (не входить до часового обліку програми)

1. Проведення анкетування учасниць для рефлексії і збору відгуків по результатах програми.
2. Проведення математично-статистичної обробки показників шкал суб'єктивної оцінки станів для виявлення впливу кожної із застосованих технік на емоційний стан учасниць.
3. Аналіз даних та критичні висновки.
4. Надання рекомендацій.
5. За бажанням учасниць – проведення додаткової зустрічі для ознайомлення групи з узагальненими результатами та прийняття рішення щодо подальшої взаємодії.

2.3 Імплементація програми «Лаванда» і оцінка застосованих технік

Психоедукаційна програма «Лаванда», яка лягла в основу цього експериментального дослідження, проводилася в інтенсивному режимі протягом 6 робочих днів (з п'ятниці 21.02.2025 по п'ятницю 28.02.2025 року). До участі було запрошено 10 жінок з суб'єктивними ознаками тривожності, які були проінформовані не лише про мету програми, але й про наукове дослідження, яке проводиться на цьому матеріалі, і пов'язані з цим опитування, анкетування та очікування щодо дисципліни відвідування. Відповідно до норм етики, участь у програмі була добровільною, і кожна учасниця в будь-який момент могла вийти з програми без пояснення причин. Учасницям гарантувалася конфіденційність, використання особистих даних лише з метою дослідження і оприлюднення результатів лише в узагальненому вигляді.

Заздалегідь, 09.02.2025, була утворена група у Телеграмі, де авторка вела спілкування з групою і проводила інформаційну, організаційну та психологічну підготовку учасниць до програми. Це забезпечило можливість не лише оперативної взаємодії ведучої з групою, але й віртуальне знайомство і

спілкування учасниць між собою, що стало першим кроком у створенні позитивної групової динаміки.

На першій інформаційно-організаційній зустрічі відбулося безпосереднє офіційне знайомство, інформування про мету, організаційні рамки та структуру психоедукаційного заходу. Ведуча та учасниці офіційно представилися і розповіли про себе те, що вважали суттєвим. Був проведений брифінг щодо психологічного дослідження. Центральною частиною першої зустрічі стало встановлення правил взаємодії у групі (див. рис. 2.2). У результаті спільного обговорення було, зокрема, прийнято рішення, ініційоване однією з учасниць, про забезпечення цілковитої конфіденційності і заборону на відеозапис зустрічей. Після узгодження правил відбувся другий тур знайомства на основі метафоричної гри «Розкажи, який ти фрукт або овоч», який поглибив саморефлексію і саморозкриття учасниць, допоміг їм краще зрозуміти особистість одна одної, розвеселитися і розслабитися, встановити емоційний контакт і довірливі відносини в групі. Окрім того, вже з першої зустрічі жінки мали можливість оцінити, наскільки більше глибинної інформації про особистість одна одної вони отримали через метафору у порівнянні з офіційною самопрезентацією у першому турі знайомства.

Правила відвертості у почуттях, відкритих камер під час зустрічей, дотримання дисципліни відвідування і запрошення до постійної участі в опитуваннях виявилися неприйнятними для трьох учасниць, які повідомили про свій вихід з групи після організаційної зустрічі. Таким чином, у подальшому експерименті взяли участь 7 чоловік з початкових 10.

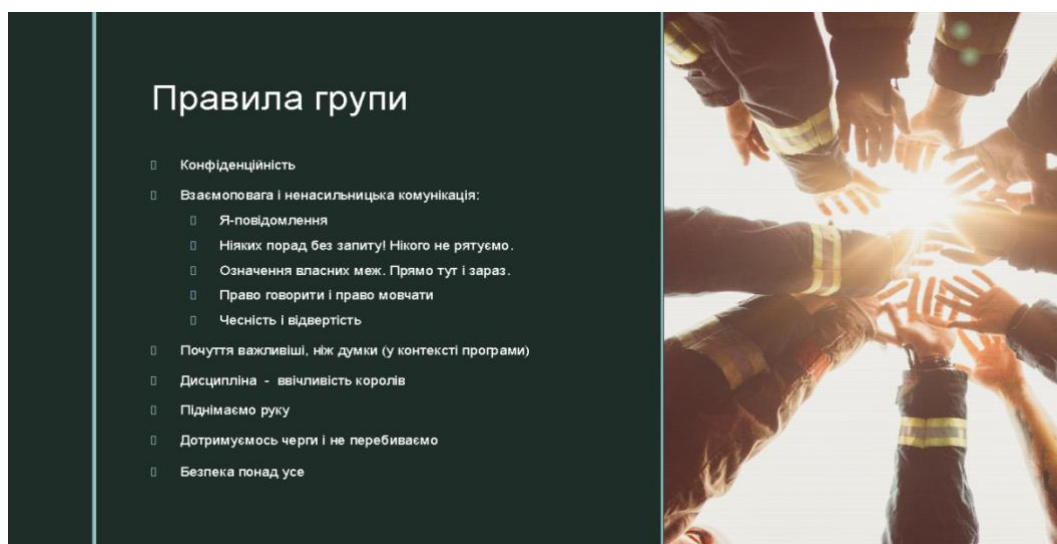


Рисунок 2.2 – Правила групи учасниць програми Лаванда

У програмі «Лаванда» з метою зниження тривожності учасниць і покращення їх емоційного стану були використані, зокрема, такі психосенсорні та імагінативні техніки [22; 40; 56; 65; 69; 74; 81; 82; 83]:

- 1) Селф-хевенінг;
- 2) Eye Movement Desentization and Reprocessing (EMDR);
- 3) Emotional Freedom Therapy (EFT);
- 4) Інтеграція частин;
- 5) Лінія часу з елементами медитації;
- 6) Медитація глибокої релаксації (у записі для самостійного використання).

Для поточного контролю ефекту кожної техніки застосовувався метод шкалювання суб'єктивної оцінки емоційного стану учасниць до і після її виконання за 11-бальною шкалою Лайкерта, тобто учасниці отримували інструкцію оцінити інтенсивність відповідної емоції, почуття або іншого суб'єктивного стану за власними відчуттями від 0 до 10. Оцінки реєструвалися у письмовому вигляді, а після виконання певної техніки на опрацювання відповідного психічного явища учасниці повторно надавали свою оцінку за тією ж інструкцією. Ці цифрові дані заносилися у таблицю, на основі якої виконувався

математичний аналіз ефекту кожної техніки засобами описової статистики програми Jamovi.

У **перший день** основної частини програми в центрі уваги стояла тема тривожності і розпізнавання власних емоцій. Новою інформацією для багатьох була настанова в руслі НЛП на те, що треба уважно і неупереджено ставитися до своїх емоцій, не поділяючи їх на «хороші» і «погані», а сприймаючи їх як сигнали, якими їх несвідоме спілкується зі світом і свідомістю. Важливо сприймати, розуміти і поважати мову своїх емоцій, адже лише усвідомленою емоцією можна керувати, інакше емоція буде неусвідомлено керувати реакціями людини. Учасниці отримали теоретичну інформацію про причини, ознаки, сутність тривожності і різноманітні способи її зменшення і зведення нанівець (на противагу придушенню) з подальшою заміною на більш ресурсний емоційний стан.

На першому занятті кожна учасниця у керованій медитації створила і заякорила в своїй уяві місце спокою, куди зможе повертатися у будь-який момент, задіявши якір – свідомо обраний сенсорний стимул (наприклад, дотик до певної частини тіла), пов'язаний з бажаною реакцією і комплексом відчуттів (тут: безпека, розслабленість, насолода спокоєм). Далі були продемонстровані дихальні техніки, а також короткі дієві техніки заспокоєння шляхом переключення уваги на конкретне безпечне середовище і/або на тілесні процеси.

Основною технікою до засвоєння і подальшого щоденного самостійного виконання учасницями виступала техніка самозаспокоєння селф-хевенінг (Self-Havening), назва якої з англійської перекладається як «Самостійний захід у тиху гавань» [86]. Техніка була представлена на Міжнародній онлайн-конференції з НЛП «Програмування розуму на краще майбутнє» її співрозробником Стівеном Руденом (США) та його асистенткою Сімоною Анлікер. Для програми «Лаванда» був обраний варіант, методизований Кейт Труїтт [82]. Техніка полягає у виконанні алгоритмізованої послідовності погладжувальних рухів на ділянках тіла, де нервові закінчення у високій концентрації підходять до шкіряного покриву, з одночасним промовлянням самопідтримуючих і заспокійливих

афірмацій. Як показали дослідження, ця вправа здатна викликати у головному мозку найповільніші дельта-хвилі частотою 0,5 - 4 Гц, які відповідають глибокій фазі сну, а також вирівнюють гормональний і електролітичний баланс тіла. Мигдалевидне тіло починає виробляти інші нейротрансмітери. Травматичні спогади на цьому тлі розсіюються, віддаляються і втрачають сенсорні зв'язки [69, 70, 86].

Техніка Self-Havening, методизована Кейт Труїтт, передбачає виконання низки послідовних погладжувальних рухів, що показані на рисунку 2.3. Ці рухи здійснюються по певних ділянках тіла і поєднуються з проговоренням афірмацій, спрямованих на самозаспокоєння та стабілізацію емоційного стану.



Рисунок 2.3 – Техніка самозаспокоєння Self-Havening у варіанті Кейт Труїтт [83]

Учасниці повідомили свої рівні суб'єктивного відчуття тривоги від 0 (тривога відсутня) до 10 (максимально можливий рівень тривоги) до і після виконання техніки. Для забезпечення порівнюваності з іншими, в т.ч. позитивними, емоційними станами значенням небажаних емоцій ми присвоїли знак « - » і занесли результати у таблицю 2.1.

Таблиця 2.1 – Зміна суб'єктивної оцінки негативного афекту «Тривога» після виконання техніки «Хевенінг» (сірі бали)

	Стан до	Стан після	Різниця
Інф.1	-2	-1	1
Інф.2	-3	-1	2
Інф.3	-7	-3	4

Інф. 4	-6	-6	0
Інф. 5	-8	-1	7
Інф. 6	-6	-4	2
Інф. 7	-6	-1	5

З табл. 2.1 і рис. 2.4 бачимо, що показники тривоги після виконання техніки в середньому покращилися майже вдвічі (з -5,43 до -2,43), або в абсолютних показниках на 3 бали з 10. Всі учасниці, крім інформанта 4, відчули покращення емоційного стану. Найкращу динаміку показали інформант 5 (різниця 7 балів) і інформант 7 (різниця 5 балів).

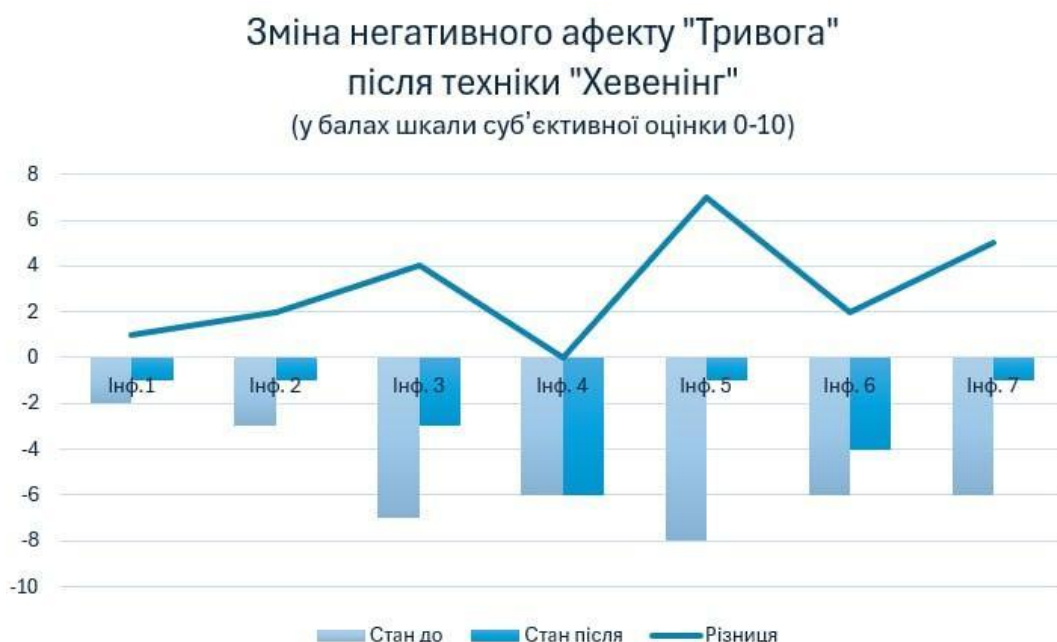


Рисунок 2.4 – Вплив техніки «Селф-хевенінг» на індивідуальний емоційний стан учасниць

Т-тест парних вибірок підтвердив високу ефективність техніки «Селф-хевенінг» (Додаток А). Зокрема, тест Шапіро-Вілка засвідчив нормальність розподілу даних у вибірці з $p > 0.05$ ($p=0,753$). Медіана піднялася на 5 позначок з -6 до -1, що говорить про те, що досить інтенсивне на початку відчуття тривоги у більшості учасниць майже зникло. Стандартне відхилення скоротилося, що свідчить про більш рівномірні показники у групі, тобто більшість жінок відчували себе однаково добре. Ефект d Коена і коефіцієнт бісеріальної кореляції

рангів по модулю значно вище, ніж 0,8, а отже ми можемо говорити про високу ефективність цієї техніки і рекомендувати її до подальшого застосування і розповсюдження.

На рисунку 2.5. зображена позитивна зміна емоційного стану тривожності після проведення техніки «Селф-хевенінг» (середньогрупові показники в балах шкали суб'єктивної оцінки).

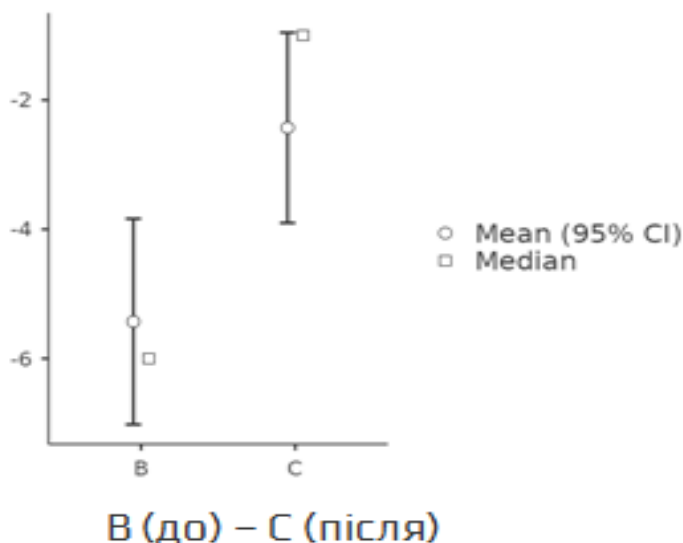


Рисунок 2.5– Позитивна зміна емоційного стану тривожності після проведення техніки «Селф-хевенінг» (середньогрупові показники в балах шкали суб'єктивної оцінки)

Другий день основної частини програми був присвячений поглибленому ознайомленню слухачок із сучасними досягненнями нейробіології. Була надана інформація про механізми утворення дистресу, особливості зберігання травматичних спогадів у головному мозку і їхнє соматичне відображення, а також про способи нейтралізації психічної травми за допомогою психосенсорних технік на основі підходів НЛП і НЛПт (див. розділ 1).

В якості експериментального матеріалу була обрана техніка EMDR – Eye Movement Desensibilization and Reprocessing, що перекладається з англійської як десенсибілізація та репроцесуалізація (тобто повторна обробка травматичного досвіду) за допомогою руху очей. Ця техніка, за існуючим наративом, була випадково винайдена американською психотерапевткою Френсін Шапіро у 1987

році, коли вона, занурена у гнітючі думки про свій невиліковний діагноз, споглядала за рухом лебедів на озері і несподівано відчула покращення емоційного стану. З того часу EMDR показав високу ефективність у роботі з ПТСР і розвинувся у закритий сертифікаційний напрямок психотерапії зі складною системою допуску. Теоретики і практики EMDR попереджають про випадки гострих реакцій і ретравматизації психіки пацієнтів, які відбувалися під час, а іноді через деякий час після терапевтичного сеансу, тому наполягають на використанні методу тільки сертифікованими спеціалістами. У нашому досліді ми користувалися загальнодоступним варіантом техніки, продемонстрованим американським фахівцем з психотерапії ПТСР у методі НЛПт Майклом діМоліна на вищезгаданій Міжнародній конференції з НЛП 2024 року. Адже слід розуміти, що EMDR як метод формувався у тому ж місці, в той же час і на тих же засадах психосенсорики, що й НЛП, де Р. Бендлер і Дж. Гріндер вже в середині 1970-х років виявили зв'язок між напрямком руху очей і когнітивними процесами (т.з. «очні ключі доступу до читання думок»). Метод полягає у білатеральній стимуляції мозку через рух очей вправо і вліво у різних площинах під час одночасної уявної експозиції травмівному досвіду з можливістю додавання реальної оцінки ситуації у безпечному середовищі в даний момент і додаванням ресурсів для майбутніх реакцій. У такий спосіб травмівний спогад реструктуризується і набуває нових, здорових асоціативних зв'язків у вищій нервовій системі [48].

У техніці EMDR відбулося опрацювання емоції пережитого в минулому конкретного страху (як контрастивна ілюстрація до дифузної, невизначеної емоції тривоги). Учасникам пропонувалося пригадати і описати ситуацію, коли вони переживали інтенсивний страх. При цьому переслідувалася триєдина мета:

- 1) пізнавальна (допомогти учасникам на чуттєвому досвіді засвоїти різницю між страхом і тривогою, щоб у майбутньому вміти краще розпізнавати свої емоційні стани і керувати ними);
- 2) терапевтична (здійснити репроцесуалізацію травмівного досвіду);

3) світоглядна (сприяти формуванню оптимістичного ставлення до світу, адже страх, який всеціло поглинав людину у момент події, вдалося успішно пережити, отже і в майбутньому ситуації, які викликають страх, будуть подоланими).

Результати представлені в табл. 2.2 та на рис. 2.6.

Таблиця 2.2 – Зміна суб'єктивної оцінки негативного афекту «Страх» після техніки «EMDR» (сірі бали)

	Стан до	Стан після	Різниця
Інф.1	-9	-4	5
Інф.2	-9	-6	3
Інф.3	-8	-2	6
Інф.4	-4	-3	1
Інф.5	-5	-3	2
Інф.6	-5	-2	3
Інф.7	-8	0	8



Рисунок 2.6 – Вплив техніки «EMDR» на індивідуальний емоційний стан учасниць

Візуалізація сирих даних демонструє покращення емоційного стану кожної з учасниць. Найкращу динаміку продемонстрували інформант 7 (+7), інформант 3 (+6) і інформант 1 (+5).

Результати статистичної обробки даних (Додаток Б) показали високу ефективність техніки EMDR. Зокрема, тест Шапіро-Вілка показав нормальний

розподіл у вибірці з $p = 0,753$; медіана змістилася на 5 пунктів вгору з позначки -8 до виконання техніки на -3 після її виконання; варіація після виконання вправи зменшилася, що свідчить про однонаправлені зміни і покращення стану до рівномірно високого рівня. Результати оцінки розміру ефекту за Т-тестом парних вибірок мають високу значущість, як свідчить $p = 0,005$ за t-критерієм Стьюдента і $p = 0,022$ за W-критерієм Вілкоксона, що значно менше, ніж необхідний мінімум $p < 0,05$. При цьому розмір ефекту демонструє дуже високі позначки, а саме d Коена на рівні -1,63 і коефіцієнт бісеріальної кореляції рангів на рівні -1,00.

На рисунку 2.7. зображена позитивна зміна емоційного стану страху після проведення техніки «EMDR» (середньогрупові показники в балах шкали суб'єктивної оцінки 0-10).

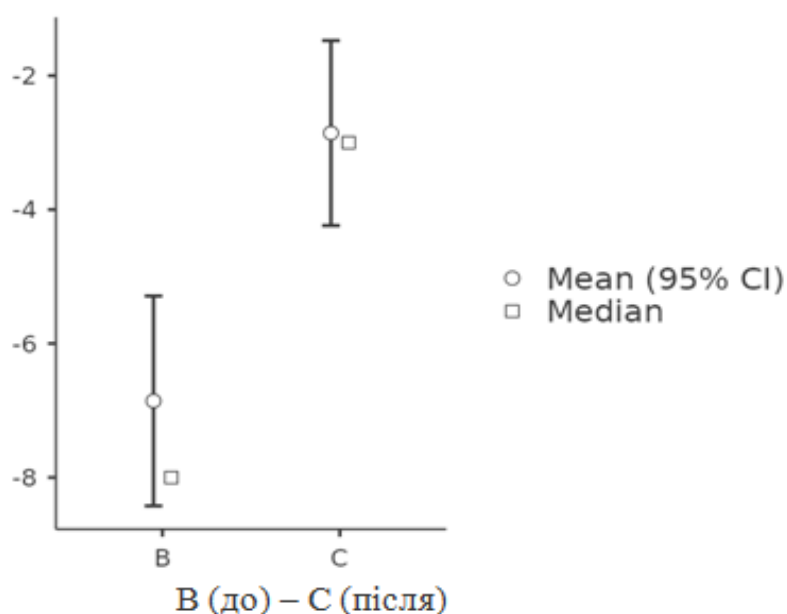


Рисунок 2.7 – Позитивна зміна емоційного стану страху після проведення техніки «EMDR» (середньогрупові показники в балах шкали суб'єктивної оцінки 0-10)

Таким чином, техніка EMDR показала бездоганну ефективність у подоланні страху як на індивідуальному, так і на груповому рівні і може бути рекомендована для подальшого використання у груповій психотерапії та психоедукації з метою психосенсорної регуляції емоції страху.

Третій день основної частини програми ніс велике інформаційне навантаження. У теоретичній частині учасниці отримали інформацію щодо повного спектру людських емоцій і їх класифікацію з унаочненням у вигляді колеса емоцій Р. Плутчика. Особливу увагу було приділено базовим емоціям та профілактиці алекситимії – складнощів з усвідомленням та вербалізацією емоцій. Учасниці навчилися теоретично розрізняти страх, тривогу і тривожність і провели паралелі з власними емоційними станами. Було роз'яснено, яким чином дезадаптивна тривожність може шкодити ментальному здоров'ю та спотворювати поведінку.

У центрі уваги практичної частини знаходилася техніка емоційної свободи – Emotional Freedom Technique (EFT), створена у 1990-х роках Гері Крейгом (Gary Craig) [63]. Ця інтегративна техніка утворилася як поєднання елементів давньокитайського вчення про енергетичну будову людини, акупунктури, експозиційної психотерапії та КПТ. Вона використовує точки вздовж енергетичних меридіанів тіла - «магістралей» або каналів, якими, згідно з китайською медициною, тече енергія ци, а з сучасної з анатомічної точки зору ці точки є проекцією на шкірі місць скупчення нервових закінчень. Активація цих енергоактивних точок шляхом постукування (tapping) по них кінчиками пальців або долонею допомагає відновити баланс енергії в організмі і розслабити тілесні зажими. Таким чином, техніка простукування може полегшити як емоційні, так і фізіологічні стани, поєднуючи постукування із зосередженими думками про певну проблему або травматичний досвід [63]. НЛП збагатило техніку EFT розширенням часової перспективи (лінія часу), звуковою білатеральною стимуляцією (рахування вголос і наспівування приємної мелодії), метафоричними моделями і індивідуальним ресурсуванням з метою корекції майбутньої поведінки. У такому доповненому варіанті техніка була продемонстрована М. діМоліною на Міжнародній конференції з НЛП 2024 р.

Згідно з теорією, що лежить в основі EFT, активація цих точок меридіанів шляхом натискання на них кінчиками пальців допомагає відновити баланс енергії в організмі. Таким чином, техніка тепінгу, поєднуючи простукування

біоактивних точок із зосередженими думками про певну проблему або травматичний досвід має здатність полегшувати як емоційні, так і фізичні проблемні стани. Техніка добре зарекомендувала себе в терапії ПТСР шляхом репроцесуалізації та адаптивної реінтеграції травматичних спогадів.

Для опрацювання технікою EFT група обрала емоційний стан виснаження. Техніка проводилася в три етапи (щодо минулого, теперішнього і майбутнього), кожний з яких мав у своєму складі EMDR, простукування з проговорюванням афірмацій щодо виснаження і самоприйняття, рахунок вслух і улюблену пісню дитинства. Нижче наводимо результати вимірювань, які засвідчили високу ефективність техніки у нейтралізації стану хронічного емоційного виснаження, який становить неабияку небезпеку для психічного здоров'я.

Результати змін суб'єктивної оцінки негативного афекту «Виснаження» після виконання техніки «EMDR» представлені в табл. 2.3.

Таблиця 2.3 – Зміна суб'єктивної оцінки негативного афекту «Виснаження» після виконання техніки «EMDR»

	Стан до	Стан після	Різниця
Інф.1	-5	0	5
Інф. 2	-8	-3	5
Інф. 4	-6	-5	1
Інф. 5	-9	-2	7
Інф. 6	-8	-4	4
Інф. 7	-9	0	9

Спостерігаємо значний позитивний вплив техніки на емоційний стан виснаження. Після виконання повного циклу EFT, який складався трьох етапів, відчуття виснаження повністю зникло у двох жінок. У переважної більшості покращення стану відбулося на 5-7 пунктів із 10 можливих. Найкращу динаміку продемонстрували інформант 7 (+9 балів) та інформант 5 (+7 балів), а найслабкішу (+1) – інформант 4. По результатах трьох днів ми вже можемо спостерігати деякі індивідуальні особливості реагування на запропоновані техніки: Інформант 4 проявляє низьку чутливість до їх впливу, тоді як

інформант 7, очевидно, є більш чутливим до психоемоційного впливу, ніж решта групи.

На рис. 2.8 можна побачити як змінився індивідуальний емоційний стан учасниць після техніки «EMDR».

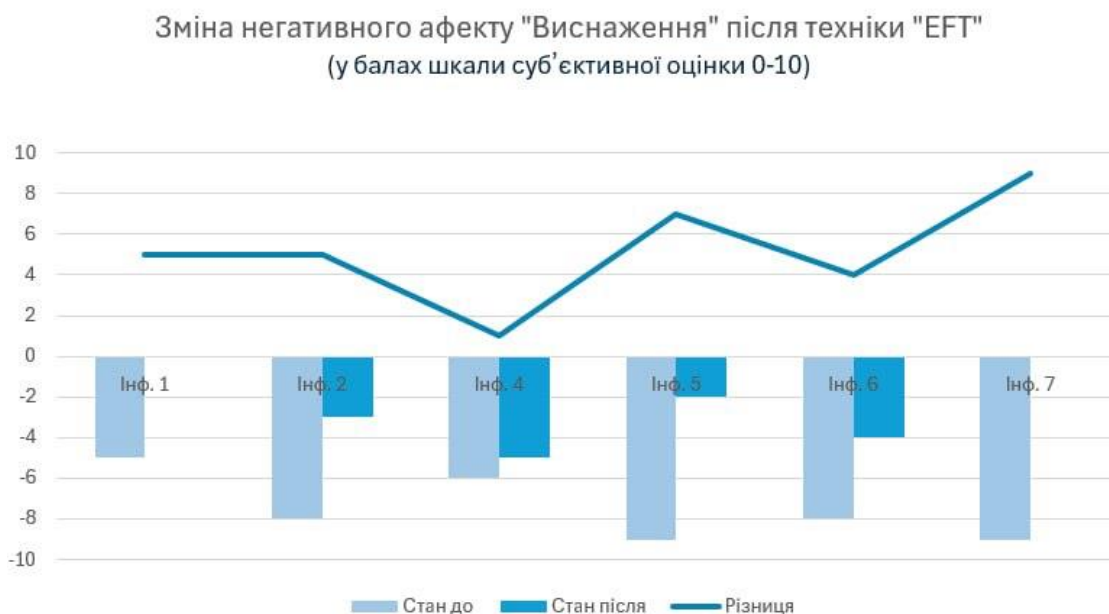


Рисунок 2.8 – Вплив техніки «EMDR» на індивідуальний емоційний стан учасниць

Розглядаючи групу в цілому, за допомогою Т-тесту парних вибірок (Додаток В) ми отримали інформацію про непересічний вплив техніки TFT на психоемоційний стан жінок, у даному випадку відчуття виснаження. Тест Шапіро-Вілка показав нормальний розподіл даних у вибірці ($p = 0,911$, тобто $p > 0,05$). Медіана у балах суб'єктивної оцінки емоційного стану підвищилася на 5,5 пунктів з -8 до -2,5, що є значним прогресом. Діапазон варіації оцінок після виконання техніки дещо розширився, проте всі учасниці експерименту без винятку відчували покращення, а у груповому форматі *максимальна* оцінка стану до виконання техніки (-5) дорівнювала *мінімальній* оцінці після її виконання. Значущість виявлених тенденцій і позитивний вплив техніки не залишають ніяких сумнівів: за критерієм t Стюдента розмір ефекту d Коена склав 1,90 по модулю при значенні $p = 0,006$ ($p < 0,05$), а за критерієм Вілкоксона коефіцієнт бісеріальної кореляції склав 1,00 по модулю при $p = 0,036$ ($p < 0,05$). Забігаючи

вперед, слід відмітити, що EFT виявилася найефективнішою з усіх застосованих у перебізі програми «Лаванда» технік.

На рис. 2.9 зображена позитивна зміна емоційного стану страху після проведення техніки «EFT» (середньогрупові показники в балах шкали суб'єктивної оцінки 0-10).

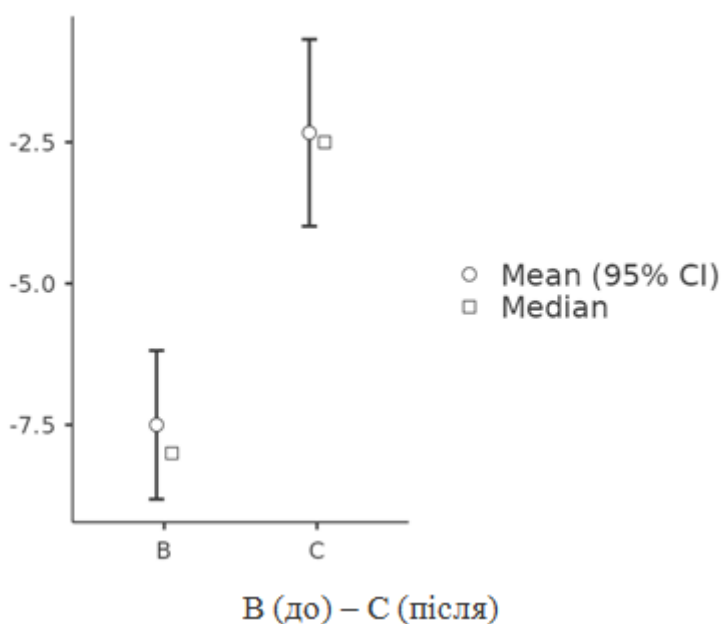


Рисунок 2.9 – Позитивна зміна емоційного стану страху після проведення техніки «EFT» (середньогрупові показники в балах шкали суб'єктивної оцінки 0-10)

Окрім того, спостереження за поведінкою учасниць групи після закінчення зустрічі – веселі, сповнені оптимізму і життєрадісності пости в групі Телеграм, обмін відеозаписами сюжетів з власного життя, коли учасниці відчували пікові ресурсні стани, – свідчить на користь пролонгованого ефекту техніки. Отже, EFT у комплексному трьохступінчатому варіанті, запропонованому М. діМоліна, беззаперечно заслуговує на подальше застосування і розповсюдження.

Четвертий день основної частини програми був присвячений теоретичному і практичному розгляду тривожних емоційних станів. Метою зустрічі було зниження тривожності учасниць шляхом поглиблення усвідомленості і розвитку навичок класифікації власних емоцій шляхом розпізнавання фізіологічних (наприклад, заціпеніння або збудження,

перехоплення або пришвидшення дихання, відчуття холоду або жару тощо), когнітивних (наприклад, румінація, розсіяність або надмірна сфокусованість уваги тощо) ознак емоційних станів, а також допомога у розумінні і прийнятті власної емоційної індивідуальності, закріплення адаптивних і корекція дезадаптивних індивідуальних стратегій подолання тривожності.

В інформаційній частині був пояснений зміст настанови НЛП на позитивний намір, у нашому випадку – це адаптивні функції емоцій страху і тривоги як сигналів, які служать збереженню життя і цілісності. Було детально розглянуто вторинну природу тривоги, яка може розглядатися як страх страху або іншої емоції, або як страх невизначеності, невідомості. Важливим елементом розуміння тривоги є її прив'язка до минулого і майбутнього, але не до конкретного реального моменту «тут і зараз». Тому техніки усвідомлення, які повертають людину в актуальну внутрішню реальність, допомагають ефективно долати тривогу. З іншого боку, НЛП збагачує можливості подолання тривоги технікою «Лінія часу», яка допомагає «виправити» колишні помилки і неприємні переживання з приводу кризових подій, в уяві додати ресурси, яких не вистачило в минулому, і по-новому вирішити колишню кризову ситуацію, створивши уявлення про можливий новий сценарій розвитку подій у майбутньому.

Для кращого засвоєння теоретичної інформації учасникам була запропонована дискусія «Чи можливо самотійно подолати страх і тривогу?». В якості опорної структури учасникам було запропоновано розкрити такі питання, які зображенні на рис. 2.10.

У перебізі дискусії були актуалізовані і по-новому усвідомлені індивідуальні адаптивні стратегії подолання тривожності з акцентом на позитивний результат. Окрім того, відбувся обмін досвідом, рефлексія і саморефлексія. Для закріплення цього позитивного емоційного афекту, а також техніки «Лінія часу», учасникам було запропоновано в якості домашнього завдання написати собі теперішній, яка переживає стан тривоги, лист підтримки від свого образу з майбутнього, із актуалізованого індивідуального позитивного емоційного стану, який настає після подолання негативного афекту.

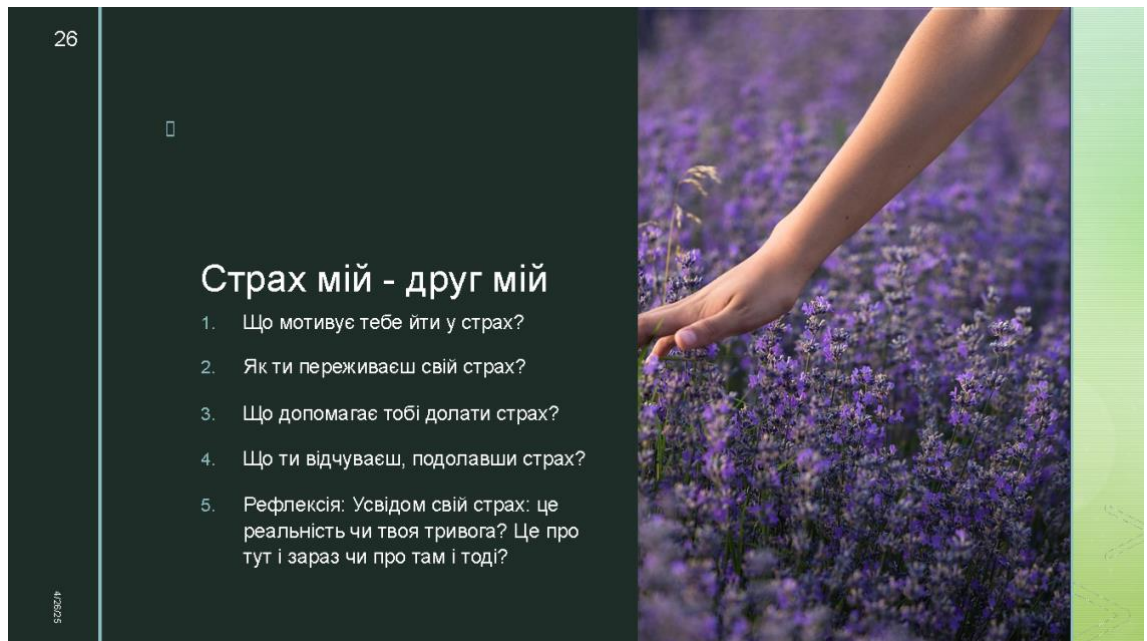


Рисунок 2.10 – Опорні питання для усвідомлення емоцій страху і тривоги та індивідуальних стратегій їх ефективного подолання (в НЛП – «ресурс»)

Після цього була проведена демонстраційна сесія з подолання тривоги за допомогою з НЛП-технік емоційно-образної терапії «Інтеграція частин, що конфліктують», мета якої полягає у нормалізації психоемоційного стану клієнта шляхом усунення або пом'якшення внутрішнього конфлікту між його цінностями або потребами, тимчасово дисоційованими у вигляді уявних сенсорних образів, описаних у ВАК-модальностях. Запит на сесію полягав у подоланні клієнтом тривожної невпевненості перед контактом з потенційним покупцем послуги і набутті натомість упевненості в собі.

Результати змін психоемоційного стану учасниць експерименту (клієнта і акваріуму) зображені на таблиці 2.4 та рисунку 2.11.

З опису сирих даних видно, що техніка справила дуже сильний вплив в сенсі корекції негативного емоційного стану «Тривожна невпевненість» безпосередньої клієнтки у сесії, звівши її суб'єктивну оцінку негативного стану з -8 на початку сесії до нуля і замінивши стан тривоги на стан впевненості.

Таблиця 2.4 – Вплив демонстрації техніки «Інтеграція частин, що конфліктують» на індивідуальний загальний психоемоційний стан учасниць сесії (сирі бали)

	Стан до	Стан після	Різниця
Інф. 1	7	8	1
Інф. 2	5	6	1
Інф. 3	5	7	2
Інф. 4	7	7	0
Інф. 6	8	8	0
Інф. 7	7	9	2
Інф. 3 - демо «невпевненість»	-8	0	8



Рисунок 2.11 – Вплив демонстрації техніки «Інтеграція частин, що конфліктують» на індивідуальний позитивний психоемоційний стан учасниць

Спостерігачі сесії в цілому також отримали підкріплення загального позитивного емоційного стану. Зокрема, позитивний емоційний стан інформантів 4 і 6 не змінився, а решта інформантів покращили своє загальне емоційне самопочуття на 1-2 бали. Це покращення є не таким значним, як у попередніх техніках, але слід наголосити на пасивній, споглядальній ролі всіх учасниць, крім інформанта 3, у цьому експерименті. Втім, покращення загального позитивного афекту інформанта 3 також складає лише +2 бали (у порівнянні з усуненням негативного афекту в обсязі +8 у демосесії).

Статистична обробка результатів експерименту в програмі Jamovi (Додаток Г) показала нормальний розподіл даних за тестом Шапіро-Вілکا. Середнє значення суб'єктивної оцінки стану піднялося на 1 пункт з 6,5 до 7,5, а медіана зросла лише на 0,5 пунктів з 7,0 до 7,5. Т-тест парної вибірки показав достатній рівень значущості при $p = 0,041$ ($p < 0,05$) по t критерію Стюдента і показав високий рівень ефекту при d Коена на рівні 1.12 по модулю, проте по W критерію Вілкоксона рівень значущості виявився недостатнім при $p = 0,095$, що не задовольняє умову $p < 0,05$.

З цих розрахунків можна зробити висновок, що навіть пасивне спостереження за успішною демонстрацією техніки «Інтеграція частин, що конфліктують», дещо сприяє покращенню загального психоемоційного стану учасниць. Однак ефективність пасивного спостереження набагато нижча, ніж ефект, який може бути досягнутий за активної участі у виконанні технік. Оскільки техніка «Інтеграція частин, що конфліктують» при всій її дієвості (+8 пунктів покращення стосовно емоції запиту у виконавиці) не пристосована до групового формату через індивідуальність метафоричних образів емоцій, її в майбутньому рекомендується застосовувати в індивідуальній психотерапії, але не на групових психоедукаційних заходах.

Остання зустріч – п'ята в основній частині програми «Лаванда» – мала на меті завершити формування у учасниць уважного і позитивного ставлення до своїх емоційних станів, інтегрувати набуті ними знання, уміння і досвід у щоденну практику і мотивувати їх до подальших активних зусиль щодо зміцнення свого ментального здоров'я, психічного добробуту і життєстійкості. Цьому сприяло добровільне зачитування у групі листів самопідтримки з майбутнього, а також підсумкова міні-лекція про основні постулати (т.з. пресупозиції) НЛП. Інтегральною завершальною груповою практикою служила керована медитація «Внутрішня дівчинка» з елементами маловідомої техніки хоопонопоно. Ця медитація, за задумом авторки, мала закріпити досягнуте протягом програми емоційне покращення і посилити інтенцію учасниць з відповідальністю піклуватися про власний психоемоційний добробут.

Внутрішня дитина – це одночасно і внутрішній образ своєї особистості в дитинстві у свідомій пам’яті, і відбиток дитячого досвіду взаємодії зі світом і значущими дорослими, що зберігається у позасвідомому, і символ емоційної частини і істинних потреб дорослої людини, як це детально розкрито у транзактному аналізі. У медитації відбувалося переміщення в дитинство по лінії часу і ресурсування дитячої частини у спілкуванні з дорослою частиною особи, яка брала на себе відповідальність за емоційний добробут маленької дівчинки.

Техніку було доповнено елементами хоопонопоно (Но’Оропоропо – з гавайської: «виправити речі») – стародавньої гавайської практики прощення, яка набула поширення у світі після того, як її успішно застосував директор гавайської державної пенітенціарної психіатричної лікарні Хью Лін у терапії особливо небезпечних пацієнтів. Основу цієї практики складають чотири кроки: каяття, прощення, вдячність і любов [81].

Результати застосування медитації дало результати, представлені у табл. 2.5 та рис. 2.12.

Таблиця 2.5 – Вплив керованої медитації «Внутрішня дівчинка» на індивідуальний загальний психоемоційний стан учасниць (сирі бали)

	Стан до	Стан після	Різниця
Інф. 1	5	5	0
Інф. 2	5	8	3
Інф. 3	5	9	4
Інф. 5	8	9	1
Інф. 6	6	9	3
Інф. 7	9	5	-4



Рисунок 2.12 – Вплив керовної медитації на індивідуальний позитивний психоемоційний стан учасниць

Реакція учасниць на медитацію виявилася несподівано різноманітною: чотири учасниці після спілкування з уявним образом внутрішньої дівчинки покращили свій позитивний настрій; психоемоційний стан одного інформанта не змінився; а інформант 7, який у попередніх експериментах проявляв ознаки підвищеної емоційної лабільності у позитивному напрямку, в даному досліді знизив показники позитивного афекту. Така різнонаправлена емоційна реакція відобразилася на загальностатистичних показниках групи, так що рівень значущості ефекту по t критерію Стьюдента виявився для даної техніки таким, що не відповідає умові $p < 0,05$ (Додаток Г).

Незважаючи на те, що переважна більшість учасниць відчула помітне покращення емоційного стану, ми не можемо рекомендувати застосування техніки хоопонопоно у груповому форматі, якщо хоча б у однієї людини погіршився психоемоційний стан. Як показало обговорення, ця техніка збурила у багатьох учасниць давні (можливо, витіснені) емоції, пережиті в дитинстві, і якщо в індивідуальній психотерапії це було б цінним матеріалом для опрацювання, то у психоедукаційному форматі надмірна активація витіснених почуттів є небажаною.

З іншого боку, учасниці з більш стійкою психоемоційною конституцією повідомляли, що відчули у медитації сором і провину перед собою – перед своїм істинним Я – за те, що часто ігнорували свої потреби, зраджували свою унікальну індивідуальність на догоду соціальним очікуванням. Це переживання стало основою для цінного з точки зору особистісного зростання інсайту і сформувало інтенцію самотурботи і уваги до своїх почуттів, що відповідає цілям програми. При цьому абсолютна більшість учасниць повідомляли про інтенсивні приємні емоції, пережиті у медитації.

Таким чином, ми вважаємо, що медитаційні техніки керованої уваги мають високий психокорекційний, психотерапевтичний і профілактичний потенціал, проте у груповому форматі їх слід використовувати з обережністю, а у психоедукаційних заходах рекомендується обмежитися лише техніками імагінативного ресурсування у теперішньому і майбутньому, не торкаючись минулого. Вдалим прикладом може бути «Коротка медитація глибокої релаксації без занурення у сон» по мотивах медитації Е. Губермана [56], яка використовувалася у програмі в якості щоденного домашнього завдання.

По загальних результатах програми було виявлено, що техніки НЛП мають високу ефективність і здатні швидко змінювати емоційний стан людини, допомагаючи їй в тій чи іншій мірі усувати емоційні блоки та негативні емоції, з одного боку, і замінити їх на позитивні, з іншого боку.

Нам вдалося не лише досягти просвітницького ефекту і покращити емоційний стан учасниць, але й створити атмосферу довіри, безпеки і відкритості, що значно підсилило позитивну групову динаміку. Розширився спектр позитивних емоцій, а інтенсивність негативних переживань знизилася. Цікаво відмітити, що в анкетуванні після проведення експериментальної програми у переліку особистих психоемоційних ресурсів, які дозволяють відчути радість життя, дві з семи учасниць вперше зазначили медитацію (яку вони не зазначали в опитуванні перед експериментом). Результати прикінцевого опитування представлені у Додатку Д.

Висновки до розділу 2

Отже, мета, яку ми ставили перед собою, укладаючи і імплементуючи експериментальну психоедукаційну програму зниження тривожності і покращення емоційного стану жінок, була досягнута, а завдання були виконані.

Зокрема, психічний комфорт і загальний психоемоційний стан жінок покращилися. Відчуття страху, тривоги, виснаження зменшилися, а натомість покращився настрій, посилився оптимізм і впевненість у собі.

Учасниці отримали сучасну науково обґрунтовану інформацію з теорії емоцій у підході НЛП і стали краще орієнтуватися у власній емоційній сфері, що своєю чергою додатково посприяло зниженню тривожності.

Було сформовано свідоме ставлення учасниць до світу емоцій і відповідальне ставлення до власного психічного здоров'я, а також надано практичні інструменти самостійного регулювання психоемоційного стану.

Окремо слід відмітити здоровий психоемоційний клімат, що склався у групі, який послужив учасницям програми додатковим джерелом підтримуючих соціальних контактів і позитивних емоцій.

РОЗДІЛ 3.

ВПЛИВ ПСИХОЕДУКАЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ «ЛАВАНДА» НА ЕМОЦІЙНИЙ СТАН І ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ЖІНОК

3.1. Методичне обґрунтування експерименту

Мета цієї частини дослідження – оцінка впливу НЛП-орієнтованих психоедукаційних інтервенцій на емоційні стани жінок у широкому контексті, де психоедукаційна програма «Лаванда» в цілому виступає в ролі фактора впливу на емоційний стан у формуальному експерименті, в якому група учасниць програми виступає в ролі експериментальної групи, а її середньостатистичний емоційний стан до і після проведення програми порівнюється зі станом контрольної групи, яка не брала участі у програмі. Для порівняння використовуються наступні міжнародно визнані психометричні методики визначення емоційних станів та ментального здоров'я, адаптовані в Україні:

- Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS, субшкали Т («Тривога») і Д («Депресія») (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS, by A. Zigmond & R. Snaith, 1983, українська адаптація О. Кутікова та І. Нікішкової) [12];
- Опитувальник позитивного і негативного афекту ОПАНА, розроблений на основі методики PANAS (Positive and Negative Affect Schedule, by Watson, Clark, and Tellegen, 1988), адаптація М. Кліманської та І. Галецької [10];
- Шкала для оцінки генералізованого тривожного розладу GAD-7, (Generalized Anxiety Disorder 7-item, GAD-7, by R. Spitzer, J. Williams., K. Kroenke, B. Löwe, 2006, українська адаптація Н. Алексіної, О. Герасименко, Д. Лавриненка, О. Савченко) [2];
- Шкала позитивного ментального здоров'я PMH-SCALE (Positive Mental Health Scale J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz; W.M. vander Veld, and

E.S. Becker), українська адаптація Л. Карамушки, О. Креденцер, К. Терещенко, 2022) [15];

– Індекс благополуччя BOO3-5 (WHO-5 Well-being Index by C.W. Topp., S.D. Ostergaard, S. Sondergaard, & P. Bech, 2015), адаптація Л. Карамушки, К. Терещенко, О. Креденцер) [15].

Математико-статистичні: 1) перевірка нормативного розподілу за критерієм Шапіро-Вілка; 2) виявлення наявності та значущості впливу психоедукаційних заходів на емоційні стани їх учасниць за допомогою показника $p < 0,05$ за t критерієм Стюдента; 3) оцінка зсуву в показниках тривожності та інших емоційних станів від впливом психоедукаційних інтервенцій за W -критерієм Вілкоксона у T -тесті для незалежних парних вибірок; 4) аналіз величини ефекту за d критерієм Коена та коефіцієнтом бісеріальної кореляції рангів; 5) метод таблиць та графічних зображень для описової статистики.

Методики, обрані для дослідження, відзначаються такими характеристиками.

1. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), розроблена англійськими вченими А. Зігмондом і Р. Снейтом [92], широко використовується у сучасній клінічній психології для скринінгу тривожних і депресивних станів та розладів соматичних хворих, свідомо виключаючи з опитувальника важкі психопатологічні симптоми. Рівень тривожних і депресивних симптомів протягом останнього тижня (або іншого періоду залежно від мети дослідження) реєструється шляхом самооцінки за двома субшкалами (Т - тривоги і Д - депресії) по сім пунктів у кожній з оцінкою інтенсивності від 0 до 3 балів. Бали підраховуються окремо по шкалах Т і Д і оцінюються наступним чином: 0-7 балів – норма; 8-10 балів – субклінічно виражена тривога або депресія; 11 і вище – клінічно виражена тривога або депресія. Загальна сума балів може бути використана як загальний показник тривожно-депресивного розладу. Шкала адаптована українською мовою співробітниками Інституту неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України О. Кутіковим та

І. Нікішковою [12] та входить як діагностичний інструмент до Уніфікованого клінічного протоколу МОЗ України «Депресія», затвердженого наказом МОЗ України № 1003 від 25.12.2014. (Текст опитувальника подано в Додатку Е).

2. Опитувальник позитивного та негативного афекту ОПАНА був розроблений на основі американської методики Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) Девіда Уотсона, Лі Енн Кларк та Ауке Теллегена (1988) для діагностики емоцій. У 2020 році методика була успішно апробована українськими дослідницями Мариною Кліманською та Інною Галецькою на вибірці у 777 осіб [10]. Методика включає 20 дескрипторів емоцій, які досліджувані мають оцінити за шкалою інтенсивності. Ці дескриптори розподіляються на 10 характеристик позитивного афекту і 10 характеристик негативного афекту, які уможлиблюють аналіз інтенсивності і динаміки емоційних станів різних відтінків. Кожний дескриптор може бути оцінений по 5-бальній шкалі залежно від відповіді на запитання: «Як Ви почували себе протягом останніх декількох тижнів?» (вибір періоду може варіювати залежно від цілей опитування). Можливі відповіді: 1 – майже або зовсім ні, 2 – трохи; 3 – помірно; 4 – значною мірою і 5 – дуже сильно. Згідно нормам авторів адаптації, рівень позитивного афекту визначається за наступною шкалою сумарних балів ПА: 10-22 - низький рівень, 23-39 - середній рівень, 40-50 високий рівень. Рівень негативного афекту (НА) має дещо інші порогові величини: 10-15 для низького, 16-32 для середнього і 33-50 для високого рівня. (Текст опитувальника подано в Додатку Є).

3. Шкала генералізованого тривожного розладу GAD-7 широко використовується у світовій психометриці [50]. Українська адаптація GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) — це перекладена та валідована версія оригінального опитувальника для скринінгу та оцінки рівня генералізованого тривожного розладу (ГТР), авторами української адаптації є Д. Алексіна, О. Герасименко, Д. Лавриненко., О. Савченко [2]. Вона призначена для використання у клінічній практиці, психологічному консультуванні та наукових дослідженнях. GAD-7 оцінює частоту тривожних симптомів за останні два

тижні. Шкала містить 7 питань, кожне з 4 варіантами відповідей: 0 — зовсім не турбувало; 1 — кілька днів; 2 — більше половини днів; 3 — майже щодня. Оцінка стану здійснюється за сумою балів, максимально можливий сумарний бал за шкалою GAD-7 складає 21. Методика дозволяє диференціювати чотири рівні тривожності: мінімальну (0-4), легку (5-9), помірну (10-14) та високу/тяжку (15-21). Показники вище 10 балів можуть свідчити про клінічний випадок, який потребує додаткової медичної діагностики. Автори української адаптації наголошують, що в умовах війни слід особливо звертати увагу на те, щоб розрізняти ситуативно обумовлену тривогу в екстремальних обставинах від ГТР як клінічного розладу. Дослідження показало значущу гендерну різницю тривожності в умовах війни в Україні, а саме: середній показник тривоги у жінок (9,70) значно вищий, ніж у чоловіків (6,93) [2]. Тобто, середньостатистична українська жінка впритул підійшла до верхньої межі норми тривожності за показником GAD-7. (Текст опитувальника подано в Додатку Ж).

4. Методика «Шкала позитивного ментального здоров'я» РМН-9 (Positive Mental Health Scale (PMH-scale)) (J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz, W.M. vander Veld, & E.S. Becker) адаптована в Україні Л. Карамушкою, О. Креденцер, К. Терещенко у 2022 році. Вона включає 9 тверджень, кожне з яких оцінюється по 4-бальній шкалі (1 – не вірно, 2 – скоріше не вірно, 3 – скоріше вірно і 4 – вірно). За сумою балів визначається рівень позитивного ментального здоров'я в межах від 9 до 36: низький рівень - 9-24 балів, середній рівень – 25-29 балів, високий рівень – 30-36 балів. За допомогою цього психодіагностичного інструменту вимірюється позитивна спрямованість ментального здоров'я, яка допомагає людині зберігати стресостійкість, відчувати цінність життя і встановлювати соціальні контакти [8]. (Текст опитувальника подано в Додатку З).

5. Індекс благополуччя BOO3-5 (WHO-5 Well-being Index by C.W. Topp, S.D. Ostergaard, S. Sondergaard, & P. Bech, 2015), адаптація Л. Карамушки, К. Терещенко, О. Креденцер) [15] – це інтегральна методика для виявлення психологічного добробуту, яка складається з п'яти тверджень щодо

а) бадьорості і доброго настрою, б) спокою і релаксації, в) активності та енергійності, г) ранкового відчуття свіжості і відновлення сил та д) цікавості і наповненості повсякденного життя. Кожне твердження передбачає 6 варіантів відповіді на питання «Як Ви відчували себе протягом останніх двох тижнів» з можливістю оцінити свій стан по 6-бальній шкалі від 0 до 5. Мінімальна кількість сумарного балу 0, максимальна 25. Шляхом множення на 4, ми отримуємо показник стану психічного благополуччя у відсотках до найкращої можливої якості життя. Показники у проміжку 0% - 40% свідчать про низький рівень благополуччя, 41% - 62% - середній, а 63% - 100% - про високий рівень. (Текст опитувальника подано в Додатку И).

3.2. Організація експериментального дослідження

Як зазначалося вище, група учасниць програми «Лаванда» у кількості 7 жінок виступила в якості експериментальної групи. Перед початком програми і після її закінчення за допомогою гугл-форми було проведено опитування серед жінок відповідно до зазначених методик. Окрім учасниць групи «Лаванда», в опитуванні взяли участь ще 32 жінки. З цього пулу методом попарного відбору були підібрані 7 осіб, які за своїми соціодемографічними характеристиками максимально наближалися до учасниць програми «Лаванда» і також мали деякі ознаки тривожності. Вони склали контрольну групу, яка послужила базою для порівняння ефекту від психоедукаційної програми, обчисленого за допомогою програми Jamovi.

Стовідсоткової відповідності соціодемографічних показників вдалося добитися лише по ознаці «міграційний статус», яку ми вважаємо ключовою для нашого дослідження з огляду на різний характер психоемоційних проблем жінок, які знаходяться в Україні і за кордоном, що було висвітлено в першій главі. Ознаки переважної більшості учасниць у обох групах співпали за всіма іншими характеристиками включно з віком і рівнем освіти. Нижче наводимо порівняння соціодемографічних характеристик експериментальної і контрольної груп.



Рисунок 3.1 – Вікова структура експериментальної групи

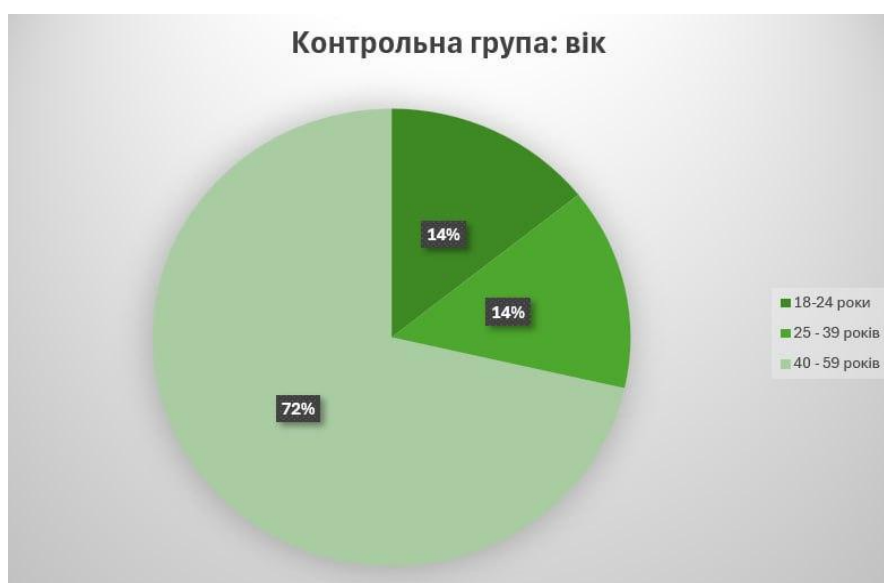


Рисунок 3.2 – Вікова структура контрольної групи

На рисунках 3.1 – 3.6 наявний опис вибірки дослідження, а саме за експериментальною та контрольною групами.

Так, на рис. 3.1 та 3.2 зображений розподіл досліджуваних експериментальної та контрольної груп за віком.

На рисунках 3.3 та 3.4 подано розподіл учасників експериментальної та контрольної груп відповідно до рівня їх освіти.



Рисунок 3.3 – Розподіл експериментальної групи за рівнем освіти



Рисунок 3.4 – Розподіл контрольної групи за рівнем освіти

Рисунки 3.5 та 3.6 ілюструють розподіл за міграційним статусом серед учасниць експериментальної та контрольної груп.



Рисунок 3.5 – Розподіл експериментальної групи за міграційним статусом



Рисунок 3.6 – Розподіл контрольної групи за міграційним статусом

3.3. Результати статистичної обробки даних

Шляхом математично-статистичного аналізу ми перевіряємо гіпотезу, що по показниках обраних нами методик у результаті проведення психоедукаційної програми «Лаванда» емоційний стан і психічне здоров'я учасниць

експериментальної групи у порівнянні з контрольною групою покращиться на значущому рівні при $p \leq 0,05$ по критерію Вілкоксона (H_1). При $p > 0,05$ приймається нульова гіпотеза (H_0) – немає значущих змін.

Аналіз ефективності програми здійснюється за допомогою Т-тесту для парних незалежних вибірок (Додаток І). Перевірка розподілу даних за критерієм Шапіро-Вілка в експериментальній і контрольній групі підтвердила нормальність розподілу ($p = 0,182$ і $p = 0,217$ відповідно, тобто $p > 0$, отже розподіл нормальний). Окрім того, була здійснена перевірка розподілу по кожній з методик, і нормальність розподілу була також підтверджена.

Описова статистика (табл. 3.1) показала, що всі середні показники сумарних значень досліджуваних шкал в експериментальній групі змінилися у бажаному напрямку. Якщо брати значення медіани, то показник Госпітальної шкали тривоги і депресії по субшкалі Т (тривога) знизився з 10 до 7, по субшкалі Д (депресія) з 7 до 3 (але при цьому розмір стандартного відхилення від середнього значення 5,29 перевищував 4); показник позитивного афекту за шкалою ОПАНА зріс з 24 до 31; показник негативного афекту знизився з 24 до 21; показник генералізованого тривожного розладу знизився з 7 до 4; показник позитивного ментального здоров'я зріс з 24 до 26, а показник загального психічного благополуччя зріс з 10 до 15. При цьому стандартна похибка, а отже діапазон варіації, після експерименту скорочується для всіх показників, крім депресії і негативного афекту.

Середні величини показників в експериментальній групі змінювалися подібним чином, а стандартне відхилення і стандартна похибка різко зменшилися по шкалі HADS Тривога, ОПАНА Позитивний Афект, GAD, РМН і ВООЗ, що свідчить на користь свідомо скерованих змін.

В той же час стандартне відхилення і стандартна похибка дещо збільшилися по шкалі HADS Депресія і по шкалі ОПАНА Негативний Афект, тобто негативні почуття хоч і зменшилися в середньому, але їх індивідуальна динаміка була більш різноманітною і гірше піддавалася впливу.

Таблиця 3.1 – Зміна показників шкал до і після експерименту в експериментальній групі під впливом психоедукаційної програми «Лаванда»

	Шкала	Середнє значення	Медіана	Стандартне відхилення	Стандартна похибка
1	HADS T до	10.86	10	3.85	1.455
2	HADS T після	7.00	7	1.63	0.617
3	HADS Д до	8.57	7	4.35	1.645
4	HADS Д після	5.29	3	4.75	1.796
5	ПА до	22.57	24	6.78	2.562
6	ПА після	29.71	31	4.61	1.742
7	НА до	26.71	24	5.41	2.044
8	НА після	23.14	21	7.34	2.773
9	GAD до	8.43	7	5.71	2.159
10	GAD після	3.57	4	2.44	0.922
11	PMH до	21.86	24	3.89	1.471
12	PMH після	25.71	26	1.89	0.714
13	BOOЗ до	8.86	10	3.85	1.455
14	BOOЗ після	15.29	15	2.93	1.107

Ті ж самі шкали у контрольній групі показали несистемні, різнонаправлені і хаотичні зміни, а саме: показники тривожності по шкалі HADS зросли, а показники депресії знизилися; позитивний афект збільшився, а негативний також зріс по медіані, але залишився на незмінному середньоарифметичному рівні з посиленням варіації. Так само показники ПМЗ і BOOЗ збільшувалися по медіані, але знижувалися по середньому значенню з розширенням діапазону варіації (див. Додаток І).

Зміна показників шкал до і після експерименту в контрольній групі під впливом психоедукаційної програми «Лаванда» представлені в табл. 3.2.

Таблиця 3.2 – Зміна показників шкал до і після експерименту в контрольній групі під впливом психоедукаційної програми «Лаванда»

	Шкала	Середнє значення	Медіана	Стандартне відхилення	Стандартна похибка
1	HADS T до	9.29	10	3.77	1.426
2	HADS T після	10.86	12	4.06	1.534
3	HADS Д до	7.29	7	3.77	1.426
4	HADS Д після	7.00	6	5.26	1.988
5	ПА до	22.57	24	6.78	2.562
6	ПА після	29.71	23	10.57	3.994
7	НА до	26.71	25	6.64	2.511
8	НА після	26.71	31	9.89	3.740
9	GAD до	8.14	7	4.06	1.534
10	GAD після	8.86	6	6.26	2.365
11	PMH до	24.43	26	6.65	2.515
12	PMH після	24.14	27	8.40	3.173
13	BOOЗ до	13.86	15	5.98	2.262
14	BOOЗ після	13.43	17	7.37	2.785

Таким чином, вже на рівні описової статистики спостерігається помітне покращення в експериментальній групі по показниках тривожності, позитивного і негативного афекту, позитивного ментального здоров'я та загального психічного благополуччя в експериментальній групі, а в контрольній групі такі зміни відсутні. Для оцінки значущості цих змін емоційного стану учасниць експерименту під впливом програми «Лаванда» потрібно застосувати подальший статистичний аналіз.

З огляду на невеликий розмір порівнюваних груп ми вирішили здійснити подвійний контроль за допомогою параметричного критерію t Стюдента і непараметричного критерію W Вілкоксона, здійснивши Т-тест для парних вибірок. Перевірка p -значення по обох критеріях дасть інформацію про наявність чи відсутність значущих змін. Про те, наскільки ці зміни сильні, можна

буде судити з розміру ефекту, який для критерію t Стюдента вимірюється за допомогою коефіцієнта d Коена, а для критерію Вілкоксона – за допомогою коефіцієнта бісеріальної кореляції рангів.

В табл. 3.3 подані результати Т-тесту парних вибірок за шкалою HADS – підшкала Тривога.

Таблиця 3.3 – Результати Т-тесту парних вибірок за шкалою HADS – підшкала Тривога

Шкала		Критерій 1	Значення	df	p	Критерій 2	Розмір ефекту
Е_Трив. до	Е_Трив. після	Student's t	3.012	6.00	0.024	d Коена	1.1386
		Wilcoxon W	27.00		0.034	Коеф. бісер. кореляції	0.9286
К_Трив. до	К_Трив. після	Student's t	-1.364	6.00	0.221	d Коена	-0.5157
		Wilcoxon W	6.00 ^a		0.396	Коеф. бісер. кореляції	-0.4286

В експериментальній групі $p < 0,05$ і за критерієм t Стюдента, і за критерієм Вілкоксона, а отже відбулися значущі зміни щодо зниження тривоги по шкалі HADS-T. Розмір ефекту за коефіцієнтом бісеріальної кореляції рангів перевищує 0,8 і оцінюється як великий, за d Коена перевищує 1, що свідчить про дуже значний ефект. Це означає, що тривожні переживання учасниць програми «Лаванда» суттєво зменшилися внаслідок НЛП-орієнтованих психоедукаційних інтервенцій. У той же час значущих змін у контрольній групі не відбулося, оскільки для неї $p > 0,05$.

У табл. 3.4 представлені результати Т-тесту парних вибірок за шкалою ОПАНА – підшкала Позитивний Афект (ПА).

В експериментальній групі $p < 0,05$ і за критерієм t Стюдента, і за критерієм Вілкоксона, а отже відбулися значущі зміни щодо збільшення позитивного афекту по шкалі ОПАНА. Розмір ефекту дуже великий – максимально можливий у тесті Вілкоксона, – а отже позитивні емоції учасниць програми «Лаванда» в результаті психоедукаційних інтервенцій набули значно більшої інтенсивності, тоді як у контрольній групі значущих змін не відбулося, оскільки для неї $p > 0,05$.

Таблиця 3.4 – Результати Т-тесту парних вибірок за шкалою ОПАНА – підшкала Позитивний Афект (ПА)

Шкала		Критерій 1	Значення	df	p	Критерій 2	Розмір ефекту
Е_ПА до	Е_ПА після	Student's t	-3.605	6.00	0.011	d Коєна	-1.3627
		Wilcoxon W	0.00		0.022	Коеф. бісер. кореляції	-1.0000
К_ПА до	К_ПА після	Student's t	-1.005	6.00	0.354	d Коєна	-0.3798
		Wilcoxon W	6.50		0.462	Коеф. бісер. кореляції	-0.3810

У таблиці 3.5 наведено результати Т-тесту парних вибірок за шкалою генералізованого тривожного розладу GAD-7. Показник p вказує на достатню значущість змін внаслідок експерименту, а показники ефекту знову дуже високі.

Таблиця 3.5 – Результати Т-тесту парних вибірок за шкалою GAD-7

Шкала		Критерій 1	Значення	df	p	Критерій 2	Розмір ефекту
Е_GAD до	Е_GAD після	Student's t	3.198	6.00	0.019	d Коєна	1.2089
		Wilcoxon W	21.00		0.036	Коеф. бісер. кореляції	1.0000

Продовження табл. 3.5

K_GAD до	K_GAD після	Student's t	-0.801	6.00	0.454	d Коена	-0.3026
		Wilcoxon W	4.00		0.410	Коеф. бісер. кореле- ляції	-0.4667

Зокрема, в експериментальній групі $p < 0,05$ і за критерієм t Стюдента, і за критерієм Вілкоксона, а отже зниження генералізованої тривожності внаслідок НЛП-орієнтованих психоедукаційних інтервенцій є статистично значущим. Ефект за коефіцієнтом бісеріальної кореляції рангів має максимально досяжний розмір. У той час, як генералізована тривожність учасниць програми «Лаванда» в результаті психоедукаційних інтервенцій суттєво знизилася, у контрольній групі значущих змін не відбулося, оскільки для неї $p > 0,05$.

У таблиці 3.6 подані результати Т-тесту парних вибірок за шкалою РМН-9.

Таблиця 3.6 – Результати Т-тесту парних вибірок за шкалою РМН-9

Шкала		Критерій 1	Значення	df	p	Критерій 2	Розмір ефекту
E_РМН до	E_РМН після	Student's t	-2.815	6.00	0.031	d Коена	-1.0639
		Wilcoxon W	2.00		0.050	Коеф. бісер. кореле- ляції	-0.8571
K_РМН до	K_РМН після	Student's t	0.244	6.00	0.815	d Коена	0.0924
		Wilcoxon W	8.00		1.000	Коеф. бісер. кореле- ляції	0.0667

В експериментальній групі $p \leq 0,05$ і за критерієм t Стюдента, і за критерієм Вілкоксона, а отже відбулися значущі зміни по шкалі РМН-9. Ефект

має великий розмір. З цього витікає, що позитивне психічне здоров'я, загальний психоемоційний стан і пов'язана з цим стресостійкість учасниць програми «Лаванда» в результаті психоедукаційних інтервенцій значно покращилися. У той же час значущих змін у контрольній групі не відбулося, оскільки для неї дійсний вираз $p > 0,05$.

У таблиці 3.7 представлені результати Т-тесту парних вибірок за шкалою ВООЗ-5.

Таблиця 3.7 – Результати Т-тесту парних вибірок за шкалою ВООЗ-5.

Шкала		Критерій 1	Значення	df	p	Критерій 2	Розмір ефекту
Е_ВООЗ до	Е_ВООЗ після	Student's t	-7.398	6.00	<.001	d Коена	-2.7962
		Wilcoxon W	0.00		0.022	Коеф. бісер. кореляції	-1.0000
К_ВООЗ до	К_ВООЗ після	Student's t	0.548	6.00	0.604	d Коена	0.2070
		Wilcoxon W	17.50		0.605	Коеф. бісер. кореляції	0.2500

В експериментальній групі $p < 0,05$ і за критерієм t Стьюдента, і за критерієм Вілкоксона, отже, відбулися значущі зміни по шкалі ВООЗ-5. Ефект має дуже велику величину при високій значущості впливу. З цього можна зробити висновок, що учасниці програми «Лаванда» отримали відчутну підтримку у покращенні свого ментального здоров'я, позитивного психоемоційного стану і загалом психічного благополуччя. В той же час значущих змін у контрольній групі не відбулося, оскільки для неї $p > 0,05$.

Слід однак відмітити, що по субшкалах HADS Депресія і ОПАНА Негативний Афект експериментальна група не показала значущих зрушень (оскільки $p > 0,05$). З одного боку, це пояснюється тим, що в центрі уваги

програми «Лаванда» стояло подолання тривоги і тривожності, а депресивні стани напряду не опрацьовувалися, хоча у більшості випадків піддавалися опосередкованій корекції через покращення загального психоемоційного статусу. Окрім того, у складі експериментальної групи знаходилась одна учасниця з тяжкими депресивними переживаннями з приводу незворотної втрати, а ще одна учасниця лише нещодавно вийшла з останньої стадії горювання. Однак навіть ці ускладнення не стали на заваді загальному позитивному результату психоедукаційної програми.

На фінальному етапі оцінки ефективності програми узагальнено розміри ефекту для методик, які показали валідні результати, за параметричним критерієм t Стюдента і, відповідно, коефіцієнтом d Коена, а також, з огляду на невеликий розмір вибірки, - за непараметричним критерієм W Вілкоксона і, відповідно, коефіцієнтом бісеріальної кореляції рангів. Результати представлені в табл. 3.8.

Якщо оцінювати величину ефекту – покращення емоційного стану від програми «Лаванда» – на основі критерію d Коена, який кількісно оцінює різницю між середніми значеннями двох груп (у нашому випадку експериментальної і контрольної) в одиницях їх об'єднаного стандартного відхилення, то побачимо, що *ефект по результатах всіх п'яти методик оцінюється як дуже великий* ($d > 1.0$), як продемонстровано на рис. 3.1.

Таблиця 3.8 – Розмір ефекту психоедукаційної програми «Лаванда» (d Коена)

Методика	d Коена (модуль)	Student's t , p
HADS-T	1,1386	0,024
GAD-7	1,2089	0,019
ОПАНА-ПА	1,3627	0,011

Продовження табл. 3.8

PMH-9	1,0639	0,031
BOO3-5	2,7962	<0,001

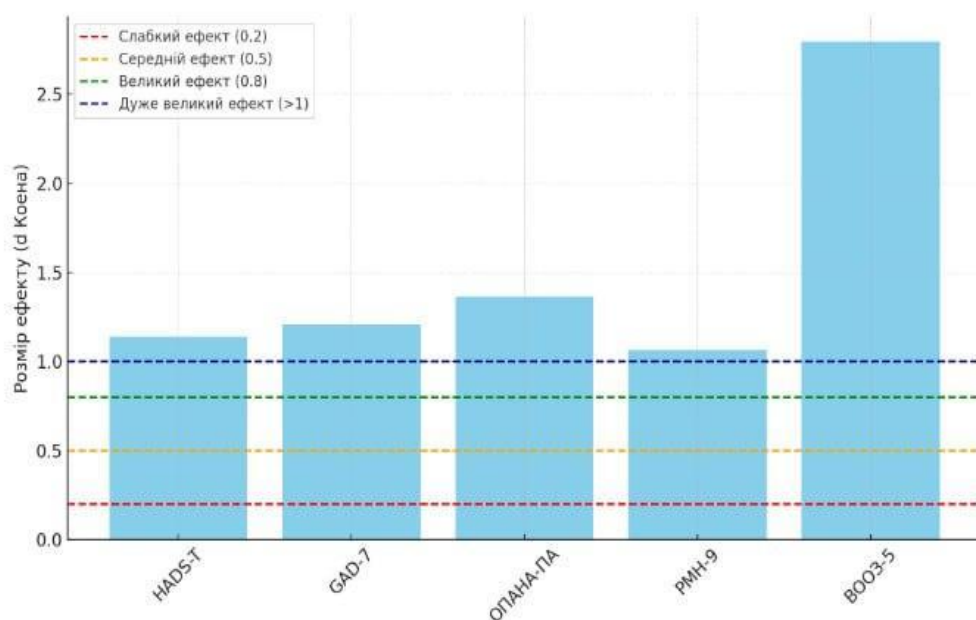


Рисунок 3.7 – Розмір ефекту від програми «Лаванда» за d Коена: дуже великий ефект

Оцінка ефекту програми за непараметричним критерієм Вілкоксона, який дає більш надійні результати для невеликих вибірок, ще раз підтверджує отримані висновки також за коефіцієнтом бісеріальної кореляції рангів. Результати подані в табл. 3.9 та рис. 3.8.

Таблиця 3.9 – Величина ефекту психоедукаційної програми «Лаванда» (коефіцієнт бісеріальної кореляції рангів)

Методика	Коефіцієнт бісеріальної кореляції (модуль)	Wісоxon, p
HADS-T	0,929	0,034
GAD-7	1,000	0,036
ОПАНА-ПА	1,000	0,022
PMH-9	0,857	0,050
BOO3-5	1,000	0,022

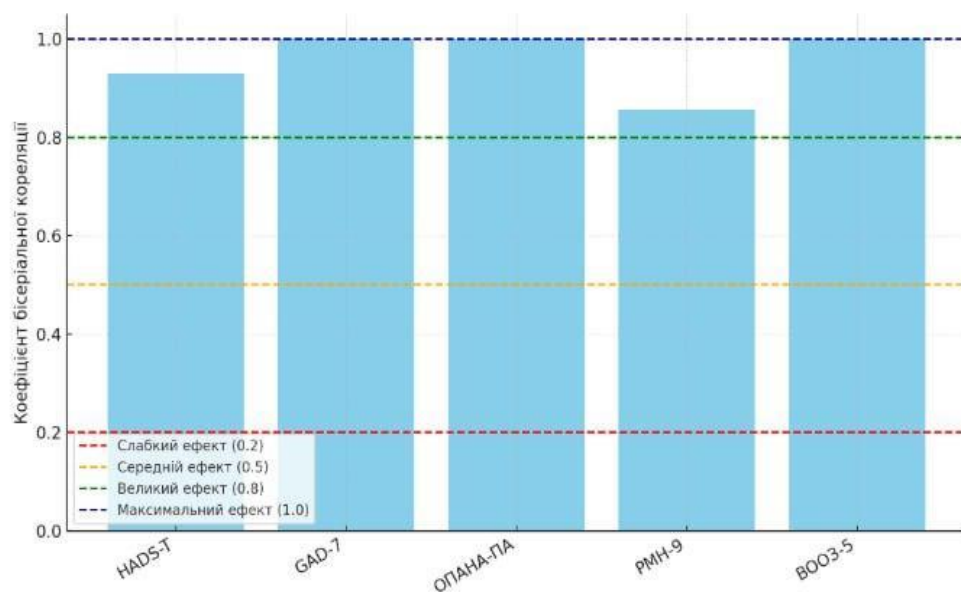


Рисунок 3.8 – Розмір ефекту від програми «Лаванда» за коефіцієнтом бісеріальної кореляції рангів: від великого до максимально можливого

Отже, по обох критеріях (d Коена і коефіцієнт бісеріальної кореляції рангів) нам вдалося досягти дуже значного ефекту в експериментальній групі. Тривога згідно підшкали HADS-T суттєво зменшилася, генералізована тривожність скоротилася в усіх учасниць загалом на дуже значну величину. Підшкала ОПАНА-ПА показує сплеск позитивних емоцій у всіх учасниць групи на дуже велику величину порівняно з контрольною групою. Ефект від програми у площині загального психологічного добробуту за шкалою позитивного ментального здоров'я РМН-9 також великий, хоча його статистична значущість за критерієм Вілкоксона знаходиться на межі допустимого ($p=0,05$). Показник ВООЗ-5 засвідчив дуже переконливе зміцнення психічного здоров'я всіх учасниць експериментальної групи: збільшилися бадьорість, спокій, активність, енергійність та інтерес до життя.

Якщо взяти до уваги, що такий значний результат був досягнутий лише за один тиждень інтенсивних занять, то це є також значним аргументом на користь ефективності програми.

Додатковим якісним показником позитивного впливу є схвальні відгуки учасниць програми, які взяли участь у фінальному опитуванні, і їхня готовність продовжити заняття для опрацювання інших психоемоційних проблем.

Висновки до розділу 3

Отже, в результаті проведеного статистичного аналізу ми маємо всі підстави стверджувати, що експеримент з подолання тривожності, покращення емоційного стану і зміцнення психічного здоров'я жінок засобами НЛП-орієнтованих психоедукаційних інтервенцій у методі НЛП увінчався успіхом.

Гіпотеза H_1 підтвердилася, оскільки під впливом психоедукаційних інтервенцій був зареєстрований значущий зсув у заданому напрямку показників за шкалами HADS-T, ОПАНА-ПА, GAD-7, РМН-9 і BOO3-5 в експериментальній групі, тоді як контрольна група не продемонструвала по цих шкалах значущих змін. В усіх зазначених для експериментальної групи випадках розмір ефекту знаходився у найвищому діапазоні, що свідчить про сильний позитивний вплив, який справили НЛП-орієнтовані психоедукаційні інтервенції на емоційний стан учасниць.

Вплив програми «Лаванда» частково обмежується її 24-годинною тривалістю та конкретними цілями психоедукаційного заходу, а саме: фокусом на подоланні тривожності, покращенні позитивного психоемоційного стану та зміцненні загального психічного здоров'я. У цих аспектах програма показала непересічно високу ефективність.

Що стосується емоцій негативного спектру, то для отримання більш значущих підтверджень їх динаміки необхідні подальші дослідження.

ВИСНОВКИ

На основі проведеного теоретичного аналізу сучасного стану розвитку НЛП та експериментального дослідження щодо впливу НЛП-орієнтованого психоедукаційного заходу «Лаванда» на зниження тривожності, покращення емоційного стану та загального психічного добробуту жінок, які перебувають в Україні і за кордоном у тривалому стресі в зв'язку з війною, можна зробити такі висновки.

На сучасній стадії розвитку НЛП являє собою доказовий високоефективний метод впливу на емоційну сферу психіки людини. Цей вплив може зокрема досягатися шляхом зосередження уваги на тілесних проявах емоцій і залучення уяви до їх образно-метафоричної трансформації. Особливістю методу є його орієнтація на переробку інформації не лівою півкулею мозку, орієнтованою на дискретність, логіку і послідовність, а на активацію правопівкульного, аналогового мислення з його цільними образами і творчою уявою. Це надає методу НЛП непересічні можливості у регулюванні емоційних станів, створенні позитивного емоційного налаштування та зміцненні психічного здоров'я.

Психоедукація є ефективним методом формування дбайливого ставлення до емоційного стану з метою покращення психічного здоров'я. Вона є особливо ефективною у подоланні тривожності, оскільки може одночасно надавати людям і чітку інформацію, і конкретні навички турботи про власне психічне здоров'я, і емоційну підтримку.

У результаті дослідження експериментальним шляхом була доведена можливість позитивного впливу на емоційний стан жінок, зниження тривожності та покращення їх загального психічного добробуту шляхом НЛП-орієнтованих психоедукаційних інтервенцій.

Зокрема, психоедукаційна програма «Лаванда» справила значний вплив на емоційний стан жінок і досягла його дуже значного покращення, що засвідчують абсолютні значення показників коефіцієнта бісеріальної кореляції рангів від

0,8571 до 1,000 при значенні p від 0,022 до 0,05 за критерієм Вілкоксона у таких аспектах:

- показники тривоги (HADS-T) і генералізованої тривожності (GAD-7) суттєво знизилися;
- показники позитивного афекту (ОПАНА-ПА) значно покращилися;
- показники позитивного ментального здоров'я (РМН-9) значно зросли;
- загальний психічний добробут жінок за інтегральним показником ВООЗ-5 суттєво покращився.

З іншого боку, зрушення середніх показників сфери негативного афекту і депресивного спектру хоча й відбулися в потрібному напрямку, проте знаходилися поза межами статистичної значущості ($p > 0,05$ за критерієм Вілкоксона). Зменшення негативних емоційних станів жінок вимагає подальших досліджень і нових психоедукаційних програм.

Слід окремо наголосити, що вищезазначене покращення емоційного стану і психічного добробуту жінок було досягнуте в рамках короткострокової програми тривалістю 24 години за 6 онлайн-зустрічей, одна з яких – інформаційно-організаційна. Таким чином, НЛП-орієнтована психоедукаційна програма «Лаванда» дозволяє досягти зниження тривожності і значного покращення позитивного емоційного стану і психічного добробуту жінок за дуже короткий строк.

Отже, НЛП-орієнтовані психоедукаційні інтервенції є важливим засобом покращення емоційного стану жінок і мають високий потенціал впливовості.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Провести подальші дослідження на основі експериментальної НЛП-орієнтованої психоедукаційної програмизниження тривожності і покращення емоційного стану жінок «Лаванда» з метою накопичення бази даних через повторюваність експерименту, збільшення вибірок і перевірки сталості ефекту.

2. Окрему увагу приділити тілесно-орієнтованим технікам, які показали високу ефективність щодо безумовного покращення емоційного стану і придатні для самостійного використання, перш за все технікам селф-хевенінг та EFT.

3. Поширювати серед професійної психологічної спільноти знання про НЛП як ефективний метод роботи з українськими жінками як в Україні, так і за кордоном, з метою подолання тривожності, покращення емоційного стану, збільшення психологічного добробуту та профілактики порушень ментального здоров'я тривожного спектру.

4. Активізувати діяльність наукової спільноти України у проведенні високоякісних прикладних, теоретичних і міждисциплінарних досліджень у методі НЛП, в першу чергу розробку тем, актуальних в умовах гібридної війни, зокрема:

- методи комунікативного (лінгвістичного, паралінгвістичного та невербального) впливу на масову та індивідуальну свідомість як міждисциплінарна сфера психології, когнітивної лінгвістики, лінгвопрагматики, семіотики, нейробіології і політології;

- поглиблене вивчення еріксонівського гіпнозу і моделей впливу на структури психіки людини через контекстуальні елементи (аналогії, метафоричні уявлення, сторітеллінг, пам'ять поколінь) з урахуванням досягнень НЛП, сучасної нейробіології і генетики;

- нейропсихічні комплексні механізми позасвідомої регуляції і спрямування емоцій, думок, бажань, поведінки, у тому числі локалізовані у нервовій системі за межами головного мозку;

- практична психотерапія ПТСР, тривожних розладів і фобій методами, що базуються на НЛП;

- вивчення і переклад українською мовою сучасних зарубіжних джерел, які містять валідні дослідження та теоретичні розробки у сфері НЛП.

5. Проводити широкі психоедукаційні заходи серед населення, особливо – серед окремих вразливих верств (наприклад, жінки, внутрішні і зовнішні вимушені мігранти, населення прифронтових територій, ветерани та ін.) з метою поширення знань щодо можливостей НЛП та еріксонівського гіпнозу у таких сферах, як:

- психологічна самодопомога і покращення емоційного стану;
- профілактика і корекція психічних відхилень;
- психотерапія тривожних розладів, ПТСР, фобій, адикцій;
- загальне зміцнення психічного здоров'я і підвищення якості життя.

6. Зміцнювати статус НЛП як офіційно визнаного, доказового методу психотерапії в Україні шляхом накопичення бази високоякісних емпіричних досліджень, які відповідають стандартам сучасної психології і медицини, з одного боку, і шляхом розбудови національних і міжнародних організаційних структур для забезпечення і сертифікації якості таких досліджень і послуг, з іншого боку. Зокрема, серед міжнародних структур, до яких могли б доєднатися представники НЛП України, можна виділити Європейську асоціацію НЛП (EANLP), Асоціацію НЛП з міжнародної сертифікації коучів (ANLP International CIC) та Міжнародну асоціацію НЛП (IANLP).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н. А., Кокур 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.
2. Алексіна Н., Герасименко О., Лавриненко Д., Савченко О. Українська адаптація шкали для оцінки генералізованого тривожного розладу GAD-7: досвід діагностики в умовах воєнного стану. *Insight: the psychological dimensions of society*. 2024. С. 77-103. 10.32999/2663-970X/2024-11-5.
3. Андреас С., Андреас К. Серце розуму: Практичне використання методів НЛП. Корвет, 2019
4. Борисова О. Психоедукаційні моделі в процесі психореабілітації учасників бойових дій: поняття та функції, приклад. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. № 3. 2023. С. 712. URL: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2023.3.1>
5. Внутрішні хвороби: Підручник, заснований на принципах доказової медицини / Кер. проекту А. Кубец. *Medycyna Praktyczna*, 2025. URL: <https://empendium.com/ua>
6. Гайдученко О., Прокопенко О. Навчальна програма “Посттравматичне зростання” для нейрокоучів та НЛПерів. 2024. URL: <https://connectome.com.ua/ua/trenengi/posttravmaticheskiy-rost/>
7. Кабанцева, А. В. Психоедукаційні заходи як складова клінічної психології. *Наукові записки. Серія: Психологія*, (2), 2024, Вип.2, 63–70 с. <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-2-9>
8. Карамушка, Л., Терещенко, К., & Креденцер, О. Адаптація на українській вибірці методик «The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB)» та «Positive Mental Health Scale (PMH-scale)». *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 3-4(27), 2022, с. 85-94. DOI: <https://doi.org/10.31108/2.2022.3.27.8>

9. Київський центр стресостійкості. URL: <https://www.geo-kyiv.com/posts/kiyivskiy-centr-stresostiykosti>
10. Кліманська М.Б., Галецька І.І. Психометрична характеристика опитувальника позитивного і негативного афекту (ОПАНА), розробленого на основі методики PANAS. *Psychological Journal* , Vol. 6, Issue 4, 2020. С. 119-132. <https://doi.org/10.31108/1.2020.6>.
11. Курченко Л.М. Гендерний вимір у невербальній міжкультурній комунікації / Л. М. Курченко // Наукові записки Національного університету "Острозька академія". Серія : Філологія. – 2018. – Вип. 1(1). – С.236 – 238.
12. Кутіков О., Нікішкова І. Адаптація українською мовою шкали "Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)": "Госпітальна шкала тривоги та депресії. Авт. свідоцтво № 90510 від 08.07.2019, ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» / Бюлетень №54, 27.09.2019. URL: <https://iprop-ua.com/cr/6cccmr4z/>
13. Матеріали Всеукраїнської конференції НЛП, онлайн, 1.12.2024-13.12.2024, організатор Борислав Хомуленко, Харків
14. Матеріали навчального курсу «Практик НЛП 2.0» Олександра Стручаєва, онлайн, 2024
15. Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій: психологічний практикум. Л.М. Карамушка, О.В. Креденцер, К.В. Терещенко, В.І. Лагодзінська, В.М. Івкін, О.С. Ковальчук; за ред. Л. М. Карамушки. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. - 76 с.
16. Миколайчук, М. Культура психічного здоров'я молоді як стратегічна проблема сучасного суспільства. URL: <http://oldconf.neasmo.org.ua/node/2654>
17. Неврологічні основи емоцій / LibreTexts Ukrayinska : Біопсихологія (OERI), гл. 16.1, 2022. URL: <https://ukrayinska.libretexts.org>
18. Новий проєкт для підтримки психічного здоров'я людей. Червоний хрест України, 2023. URL: <https://redcross.org.ua/news/2023/08/52725/>

19. Опитувальник з генералізованої тривоги / Про затвердження Порядку надання послуг з профілактики ВІЛ серед представників деяких ключових груп щодо інфікування ВІЛ: Наказ МОЗ України від 20.02.2024 № 288, додаток №5. URL: https://moz.gov.ua/uploads/10/54593-dn_288_20022024_poriadok_dod_5.pdf

20. Перелік методів психотерапії з доведеною ефективністю : Наказ МОЗ України від 13.12.2023 № 2118 : станом на 13.12.2023. URL: https://zakononline.com.ua/documents/show/525510__766506 (дата звернення 14.04.2025)

21. Психічне здоров'я під час війни: Ресурсний центр із психосоціальної підтримки для фахівців із психічного здоров'я. URL: <https://www.mh4u.in.ua/psychichne-zdorovya-pid-chas-vijny/> (дата звернення 11.04.2025)

22. Стручаєв О. Практик-Майстер NLP 2.0.: Навчальний курс. SK Skool, 2025.

23. Студенти та викладачі взяли участь у дискусії про роль соціальної роботи в часі війни. 2025. <https://fhs.ucu.edu.ua/resources/studenty-ta-vykladachi-vzyaly-uchast-u-dyskusiyi-pro-rol-soczialnoyi-roboty-v-chasi-vijny>

24. Хаустова О.О. Тривожні розлади в умовах перманентного стресу. *Здоров'я України*. Тематичний номер «Неврологія. Психіатрія. Психотерапія.», №3(66), 2023. — С.21-22. URL: <https://health-ua.com/multimedia/7/4/4/1/0/1697875278.pdf> (дата звернення 10.02.2025)

25. Чабан, О. Депресія, тривожні розлади, соціальні експерименти. / Олег Чабан. – Це Ніхто Не Буде Дивитись, @emma.hardtalk, 30.09.2024. URL: https://www.youtube.com/watch?v=loqbRnWibks&t=947s&ab_channel=ЦеНіхтоНеБудеДивитись

26. Чабан, О.С., Хаустова О.О., Асанова А.Е., Л.Є. Трачук Л.Є., Асонов Д.О. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник / За заг. ред. О.О. Чабана, О.О. Хаустової. — 2-ге видання, виправлене і доповнене. — К.: Видавничий дім Медкнига, 2019. — 112 с. URL:

https://www.researchgate.net/profile/O-Khaustova/publication/351086530_Prakticna_psihosomatika_diagnosticni_skali_Navcalnij_posibnik/links/6096883a92851c490fc3f737/Practicna-psihosomatika-diagnosticni-skali-Navcalnij-posibnik.pdf

27. Шапар В. Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. — Х.: Прапор, 2007.— 640 с. URL: https://library.udpu.edu.ua/library_files/427530.pdf

28. Шубіна Г. Психологи назвали основні методики діагностики тривоги. 2023. URL: <https://hubz.ua/ekspertna-dumka/psychology-nazvaly-osnovni-metodyky-diagnostyky-tryvogy/>

29. Як проводиться психоедукація з новоприбулими «холодноярцями». 8.11.2023. <https://armyinform.com.ua/2023/11/08/yak-provodytsya-psyhoedukacziya-z-novoprybulymy-holodnoyarcyamy/>

30. Adams L., Martínez-Rives N., Edwards A., Komorowska M., Kotera Y. Communication in dentistry: application of Neuro-Linguistic Programming to reduce patients' anxiety. *International Journal of Spa and Wellness*, 6(2), 2023. Pp. 296–303. <https://doi.org/10.1080/24721735.2023.2204545>

31. Andreas, Steve, 2011. *Research in NLP* [online]. Boulder, USA: Steve Andreas, 07.09.2011 [Zugriff am: 28.09.2020]. Verfügbar unter: <https://realpeoplepress.com/blog/research-in-nlp-neurolinguistic-programming-science-evidence>

32. ANLP – The Association for NLP: Definition of NLP. URL: <https://anlp.org/knowledge-base/definition-of-nlp>

33. Anxiety Disorders. World Health Organization, 27.09.2023. – URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders> (01.03.2025)

34. BACP – British Association for Counselling and Psychotherapy. Types of Therapy. URL: <https://www.bacp.co.uk/about-therapy/types-of-therapy/>

35. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015. Sep;17(3): 327-35. doi: 10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow.

36. Barnhill J.W. Overview of Anxiety Disorders, 2024. *MSD Manual: Professional Edition*. URL: <https://www.msmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/anxiety-and-stressor-related-disorders/overview-of-anxiety-disorders> (15.04.2025)
37. Boughattas W., Ben Salha M., Moella N. Mental training for young athlete: A case of study of NLP practice. *Mental Health*, Vol. 2(3), 2022. DOI: 10.1016/j.ssmmh.2022.100076
38. Chudzicka-Czupała A., Hapon N., Chiang, SK. *et al.* Depression, anxiety and post-traumatic stress during the 2022 Russo-Ukrainian war, a comparison between populations in Poland, Ukraine, and Taiwan. *Sci Rep* 13, 3602 (2023). <https://doi.org/10.1038/s41598-023-28729-3>
39. de Rijk, L., Gray, R., & Bourke, F. (Eds.). *Neurolinguistic Programming in Clinical Settings: Theory and evidence- based practice*. Routledge, 2022. 250 p. <https://doi.org/10.4324/9781003198864>
40. deMolina M. Welcome to Introduction to EFT: Emotional Freedom Techniques. Alaska Training Institute, 17.04.2023. 49 p. URL: https://www.naadac.org/assets/2416/ak23_-_michael_demolina_presentation_handout.pdf
41. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition, Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing, Washington, DC, pp 215-262.
42. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition, Text Revision (DSM-5-TR). Washington, DC : American Psychiatric Association Publishing, pp. 215-262.
43. Dilts R. What is NLP? 2023. URL: https://www.nlpu.com/NLPU_WhatIsNLP.html
44. Doğan A, Saritaş S. The effects of neuro-linguistic programming and guided imagery on the pain and comfort after open-heart surgery. *J Card Surg*. 2021 Jul;36(7):2389-2397. doi: 10.1111/jocs.15505. Epub 2021 Mar 24. PMID: 33760270.

45. Dormandy, K., & Grimley, B. (2024). Gatekeeping in science: Lessons from the case of psychology and Neuro-Linguistic Programming. *Social Epistemology*, 38(3), 392–412. <https://doi.org/10.1080/02691728.2024.2326828>
46. EANLPt – European Association for Neuro-Linguistic Psychotherapy. <https://www.eanlpt.org/About-Us>
47. EAP – European Association of Psychotherapy. URL: <https://www.europsyche.org/About/Modality-Representations/Psychotherapeutic-Approaches/Neuro-Linguistic-Psychotherapy>
48. EMDR – Eye Movement Desentization and Reprocessing. EMDR Fachgesellschaft Österreich, 2020. URL: https://www.emdr-fachgesellschaft.at/images/pdf/Infoblatt_EMDR_Erwachsene.pdf
49. Fakehy, M., Haggag M. The Effectiveness of a Training Program using Neuro - Linguistic Programming (NLP) to Reduce Test Anxiety in Consideration of Biological Feedback. – *International Journal of Behavioral Research & Psychology*, No.1, 2016. – Pp. 173-177. – DOI 10.19070/2332-3000-1600031.
50. Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7). URL: <https://www.hiv.uw.edu/page/mental-health-screening/gad-7>
51. Genser-Medlitsch M., Schütz P. Does Neurolinguistic-Psychotherapy have effects? New results in the extramural section. *Nowiny Psychologiczne*, 2004, 1. Pp. 23-48. URL: <https://www.nlpt.at/res9.pdf>
52. Goto R., Pinchuk I., Kolodezhny O., Pimenova N., Kano Y., Skokauskas N. Mental Health of Adolescents Exposed to the War in Ukraine. *JAMA Pediatr.* 2024 May 1;178(5):480-488. doi: 10.1001/jamapediatrics.2024.0295. PMID: 38526470; PMCID: PMC10964160. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38526470/>
53. Gray R., Bourke, F. Remediation of intrusive symptoms of PTSD in fewer than five sessions: A 30-person pre-pilot study of the RTM Protocol. *Journal of Military, Veteran and Family Health*. 2015, Vol.1, pp. 85-92.

54. Gray R., Budden-Potts D., Bourke F. Reconsolidation of Traumatic Memories for PTSD: A randomized controlled trial of 74 male veterans. *Psychotherapy Research*. 2017, Vol. 29, pp. 1-19. Doi: 10.1080/10503307.2017.1408973.
55. Gray RM, Budden-Potts D, Schwall RJ, Bourke FF. An open-label, randomized controlled trial of the reconsolidation of traumatic memories protocol (RTM) in military women. *Psychol Trauma*. 2021 Sep;13(6):641-651. doi: 10.1037/tra0000986. Epub 2020 Nov 19. PMID: 33211519.
56. Huberman A. Non-Sleep Deep Rest with Dr. Andrew Huberman [Podcast], 2023. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=AKGrmY8OSHM>
57. Isaacson, Eileen B. "Neuro-linguistic programming: a model for behavioral change in alcohol and other drug addiction." *Neuro-Linguistic Programming in Alcoholism Treatment*. Routledge, 2016. 27-48.
58. Landsiedel S. Was ist NLP? NLP einfach erklärt. <https://www.landsiedel-seminare.de/nlp/was-ist-nlp.html>
59. Lazarus, A. Innenbilder: Imagination in der Therapie und als Selbsthilfe. *Leben Lernen* (47). Klett-Cotta, 2006. – 144 p.
60. Lebow, M., Chen, A. Overshadowed by the amygdala: the bed nucleus of the stria terminalis emerges as key to psychiatric disorders. *Mol Psychiatry* 21, 450–463 (2016). <https://doi.org/10.1038/mp.2016.1>
61. LeDoux J.E. As soon as there was life, there was danger: the deep history of survival behaviours and the shallower history of consciousness. *Phil. Trans. R. Soc. B.*, 2021. 377: 20210292. <https://doi.org/10.1098/rstb.2021.0292>
62. MSD довідник: версія для фахівців. URL: <https://www.msdmanuals.com/uk/professional/psychiatric-disorders/mood-disorders/depressive-disorders>
63. Newport Institute, 2025. URL: <https://www.newportinstitute.com/our-clinical-model/modalities/emotional-freedom-technique/>
64. Nompo R., Pragholaipati A., Thome A. Effect of Neuro-Linguistic Programming (NLP) on Anxiety: A Systematic Literature Review / The 4th

International Virtual Conference on Nursing, KnE Life Sciences, 2021. – Pp. 496–507.
DOI 10.18502/cls.v6i1.8640

65. Patel H. How effective are schema therapy and Neuro-linguistic programming in reducing anxiety and improving social functioning in patients? Research Gate, 2023. Doi 10.13140/RG.2.2.24987.13606

66. Penninx B., Pine D., Holmes E., Reif A. Anxiety disorders. Lancet. 2021 Mar 6; 397(10277):914-927. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00359-7

67. Pennok S. Discover Effective NLP Techniques for Conquering Anxiety. 6.10.2024. URL: <https://quenza.com/blog/nlp-techniques-for-anxiety/>

68. Rohach O., Wisecup D. Neurolinguistic programming in sports. Research trends in modern linguistics and literature. Vol. 5, 2022. DOI 10.29038/2617-6696.2022.5.32.48

69. Ruden R. Harnessing Electroceuticals to Treat Disorders Arising From Traumatic Stress: Theoretical Considerations Using A Psychosensory Model, EXPLORE, Volume 15, Issue 3, 2019, Pp. 222-229. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2018.05.0>

70. Ruden S., Anliker S. A Biological Basis for Encoding Traumatic Stress: Strategies of Recovery and the Development of Active Well-Being М-ли Міжн. онлайн-конф. „Програмування розуму на краще майбутнє“, 1.12.24-14.12.24

71. Schneider N. 5 NLP techniques to reduce your anxiety. 12.01.2023. – URL: https://globalnlptraining.com/simply/5-nlp-techniques-to-reduce-your-anxiety/#elementor-toc__heading-anchor-0

72. Schütz P., Brüning L. Neurolinguistische Psychotherapie, 2021. URL: https://www.socialnet.de/lexikon/Neuro-Linguistische-Psychotherapie#toc_4_1_3

73. Schütz, P. Theorie und Praxis der neuro-linguistischen Psychotherapie (NLPt): das wissenschaftliche Fundament für Europa-Anerkennung von NLPt. Padeborn: Junfermann, 2001. 267 S.

74. Shapiro, F. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures (3rd ed.). London, UK: Guilford Press, 2018. 416 p.

75. Sibi, M., Shirazi, M., Kahrazei, F., Ghiasi, Z. Comparison of the effect of transcranial direct current stimulation, neurofeedback, and neuro-linguistic programming on reducing the rate of depression, anxiety, and stress. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 2021;10(4). <https://doi.org/10.5812/jjcdc.117656>
76. Sin T., Fadli R., Ifdil, I. Effectiveness of neurolinguistic programming in reducing sport anxiety in athletes. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 19 (1), 2020. Pp. 52–55. <https://doi.org/10.1097/ADT.000000000000180W>.
77. Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1983.
78. Spitzer, R.L., Kroenke, Kl., Williams, J.B., & Löwe, B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7 / *Archives of internal medicine*, 2006, 166(10), 1092–1097.
79. Steimer T. The biology of fear- and anxiety-related behaviors. *Dialogues Clin Neurosci*. 2002, Sep;4(3):231-49. doi: 10.31887/DCNS.2002.4.3/tsteimer. PMID: 22033741; PMCID: PMC3181681.
80. Sturt J, Rogers R, Armour C, Cameron D, De Rijk L, Fiorentino F, Forbes T, Glen C, Grealish A, Kreft J, Meyre de Souza I, Spikol E, Tzouvara V, Greenberg N. Reconsolidation of traumatic memories protocol compared to trauma-focussed cognitive behaviour therapy for post-traumatic stress disorder in UK military veterans: a randomised controlled feasibility trial. *Pilot Feasibility Stud*. 2023 Oct 13;9(1):175. doi: 10.1186/s40814-023-01396-x. PMID: 37833734; PMCID: PMC10571284.
81. Sword R., Zimbardo P. Ho’Oponopono: To make things right. *Psychology Today*, 21.11.2021. URL: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/the-time-cure/202111/hooponopono-to-make-things-right>
82. Truitt K. *Healing in Your Hands: Self-Havening Practices to Harness Neuroplasticity, Heal Traumatic Stress, and Build Resilience*. Eau Claire: PESI Publishing, 2022

83. Truitt K. Reduce Anxiety with Self-Havening Touch & Breathwork. 2022. <https://www.pesi.com/blog/details/2022/reduce-anxiety-with-self-havening-touch-breathwork>
84. Ugalde A., Krishnasamy M., Schofield P. The relationship between self-efficacy and anxiety and general distress in caregivers of people with advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 2014. Vol. 17(8), pp. 939-941. doi: 10.1089/jpm.2013.0338.
85. Valentine K.E., Milling L.S., Clark L.J., Moriarty C.L. The efficiency of hypnosis as a treatment for anxiety: A meta-analysis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2019 Jul-Sep, 67(3). C. 336-363. doi: 10.1080/00207144.2019.1613863.
86. Villines Z. What is the Havening Technique? MedicalNewsToday, 29.3.2023 <https://www.medicalnewstoday.com/articles/havening>
87. Wake L., Leighton M. Pilot study using Neurolinguistic Programming (NLP) in post-combat PTSD. *Mental Health Review Journal*, 2014: 19(4), 251–264. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-08-2014-0026>
88. Wake, L., Gray, R., & Bourke, F. (Eds.). The Clinical Effectiveness of Neurolinguistic Programming: A Critical Appraisal (1st ed.). Routledge, 2013. <https://doi.org/10.4324/9780203083666>
89. Walker W. Wie alles begann: Neues zur Entstehungsgeschichte des Neurolinguistischen Programmierens (NLP). / Hroceedings of the ILMSP, Vol. I, Issue 2, February 2013. – Pp.1-12. URL: https://www.researchgate.net/publication/257141252_Wie_alles_begann_-_Neues_zur_Entstehungsgeschichte_des_Neurolinguistischen_Programmierens_NLP
90. Yarwood, G. M. Fear vs anxiety: physiological and brain differences / *Psychology of human emotion: An open access textbook*. Pressbooks, 2022. URL: <https://psu.pb.unizin.org/psych425/chapter/fear-vs-anxiety/>
91. Zaharia C., Reiner M., Schütz P. Evidence-based Neuro Linguistic Psychotherapy: a meta-analysis. *Psychiatria Danubina*. 2015: 27, pp. 355-363.

92. Zigmond, A.S., Snaith, R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67/1983, p. 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

ДОДАТКИ

Додаток А

День 1. Т-Тест парних вибірок оцінки суб'єктивного стану «Тривога» до і після виконання техніки «Селфхевенінг»

В - бали шкали суб'єктивної оцінки до, С - після виконання техніки

Descriptives

	В	С
N	7	7
Mean	-5.43	-2.43
Std. error mean	0.812	0.751
Median	-6	-1
Mode	-6.00	-1.00
Standard deviation	2.15	1.99
Variance	4.62	3.95
Minimum	-8	-6
Maximum	-2	-1
Shapiro-Wilk W	0.884	0.782
Shapiro-Wilk p	0.247	0.027

PairedSamples T-Test

			Statistic	df	p	Meandifference	SE difference		EffectSize
B	C	Student's t	-3.24	6.00	0.018	-3.00	0.926	Cohen's d	-1.22
		Wilcoxon W	0.00 ^a		0.036	-3.50	0.926	Rankbiserialcorrelation	-1.00

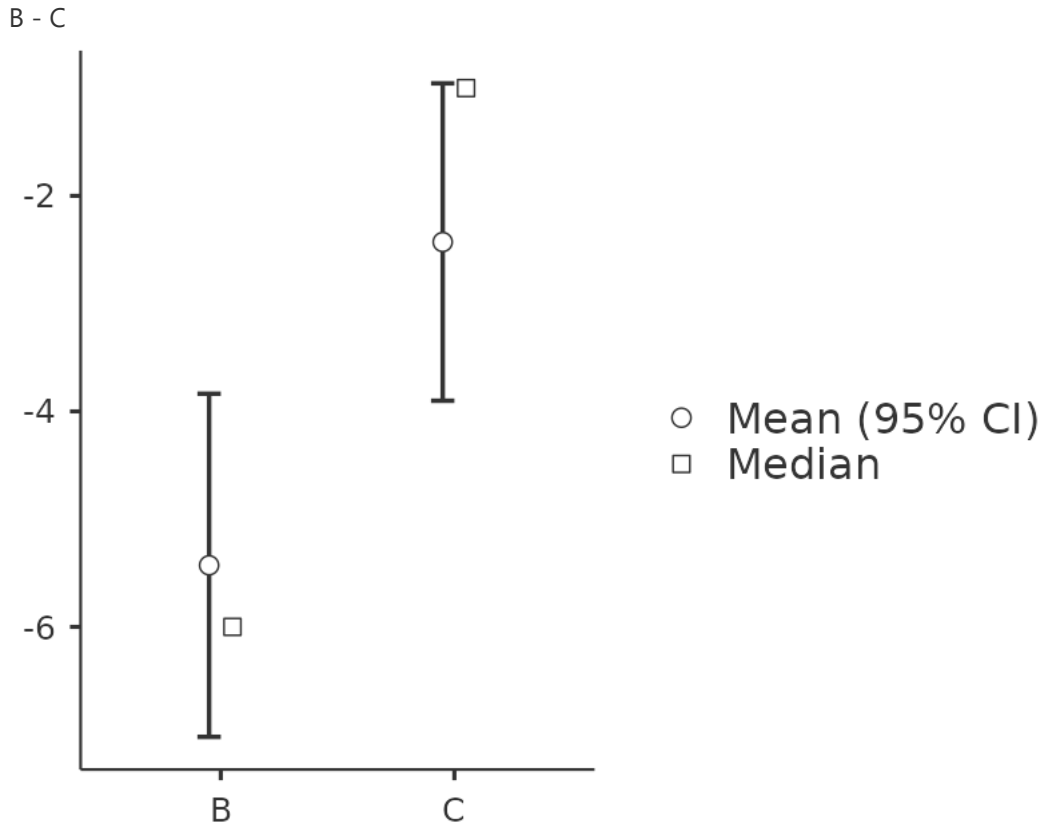
Note. H_a $\mu_{\text{Measure 1}} - \mu_{\text{Measure 2}} \neq 0$

^a 1 pair(s) of values were tied

Normality Test (Shapiro-Wilk)

			W	p
B	-	C	0.953	0.753

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality



Додаток Б

День 2. Т-Тест парних вибірок оцінки суб'єктивного стану «Страх» до і після виконання техніки «EMDR»

В - бали шкали суб'єктивної оцінки до, С - після виконання техніки

Descriptives

	В	С
N	7	7
Mean	-6.86	-2.86
Std. error mean	0.800	0.705
Median	-8	-3
Mode	-9.00 ^a	-3.00 ^a
Standard deviation	2.12	1.86
Variance	4.48	3.48
Minimum	-9	-6
Maximum	-4	0
Shapiro-Wilk W	0.840	0.965
Shapiro-Wilk p	0.100	0.859

^a More than one mode exists, only the first is reported

PairedSamples T-Test

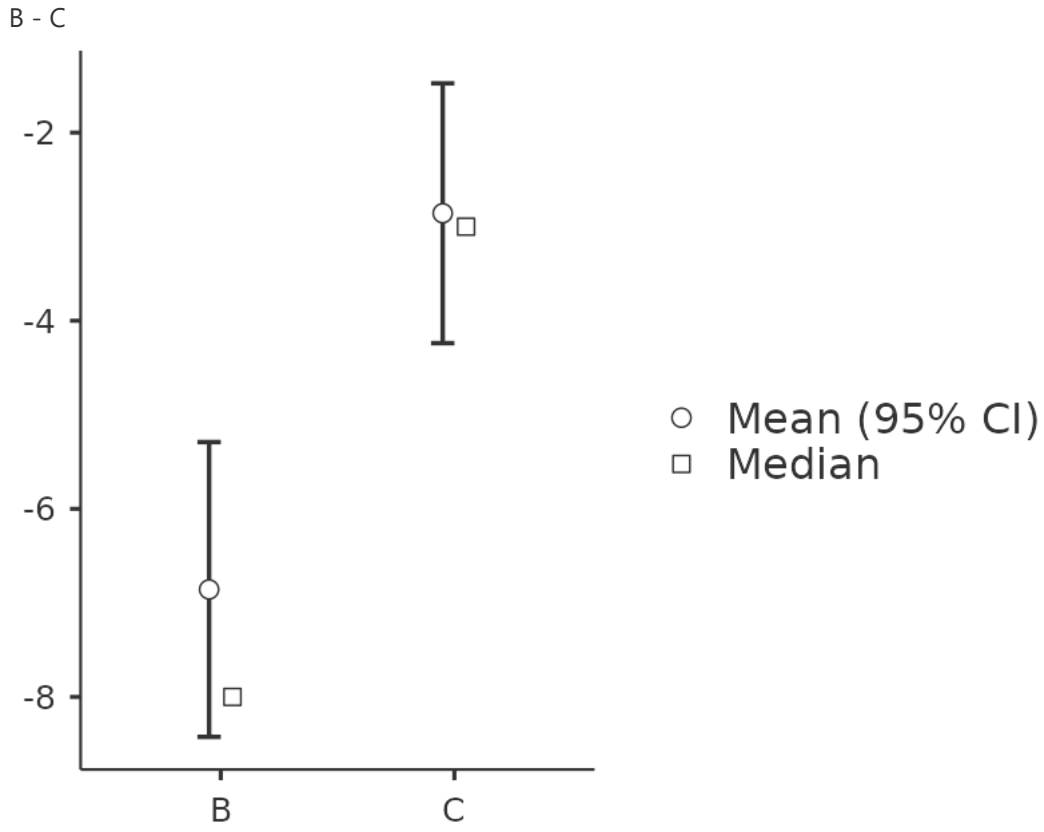
			Statistic	df	p	Meandifference	SE difference		EffectSize
B	C	Student's t	-4.32	6.00	0.005	-4.00	0.926	Cohen's d	-1.63
		Wilcoxon W	0.00		0.022	-4.00	0.926	Rankbiserialcorrelation	-1.00

Note. $H_a: \mu_{\text{Measure 1}} - \mu_{\text{Measure 2}} \neq 0$

Normality Test (Shapiro-Wilk)

			W	p
B	-	C	0.953	0.753

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality



Додаток В

День 3. Т-Тест парних вибірок оцінки суб'єктивного стану

«Виснаження» до і після виконання техніки «EMDR»

В - бали шкали суб'єктивної оцінки до, С - після виконання техніки

Descriptives

	В	С
N	6	6
Mean	-7.50	-2.33
Std. error mean	0.671	0.843
Median	-8.00	-2.50
Mode	-9.00 ^a	0.00
Standard deviation	1.64	2.07
Variance	2.70	4.27
Minimum	-9	-5
Maximum	-5	0
Shapiro-Wilk W	0.863	0.918
Shapiro-Wilk p	0.201	0.493

^a More than one mode exists, only the first is reported

Paired Samples T-Test

			Statistic	df	p	Mean difference	SE difference		Effect Size
B	C	Student's t	-4.66	5.00	0.006	-5.17	1.11	Cohen's d	-1.90
		Wilcoxon W	0.00		0.036	-5.00	1.11	Rank biserial correlation	-1.00

Note. $H_a: \mu_{\text{Measure 1}} - \mu_{\text{Measure 2}} \neq 0$

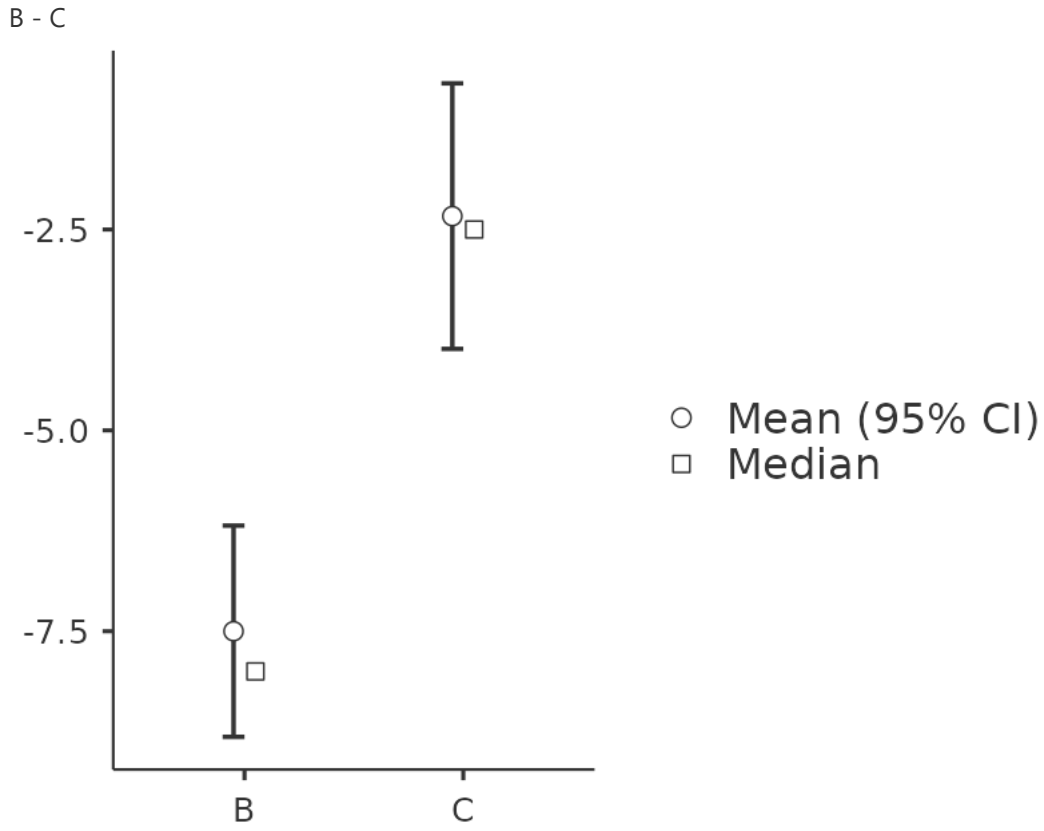
Normality Test (Shapiro-Wilk)

			W	p
B	-	C	0.973	0.911

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Descriptives

	N	Mean	Median	SD	SE
B	6	-7.50	-8.00	1.64	0.671
C	6	-2.33	-2.50	2.07	0.843



Додаток Г

**День 4. Т-Тест парних вибірок оцінки загального позитивного
суб'єктивного стану до і після демонстрації техніки «Інтеграція частин, що
конфліктують»**

В - бали шкали суб'єктивної оцінки до, С - після виконання техніки

Descriptives

	В	С
N	6	6
Mean	6.50	7.50
Std. error mean	0.500	0.428
Median	7.00	7.50
Mode	7.00	7.00 ^a
Standard deviation	1.22	1.05
Minimum	5	6
Maximum	8	9
Shapiro-Wilk W	0.827	0.960
Shapiro-Wilk p	0.101	0.820

^a More than one mode exists, only the first is reported

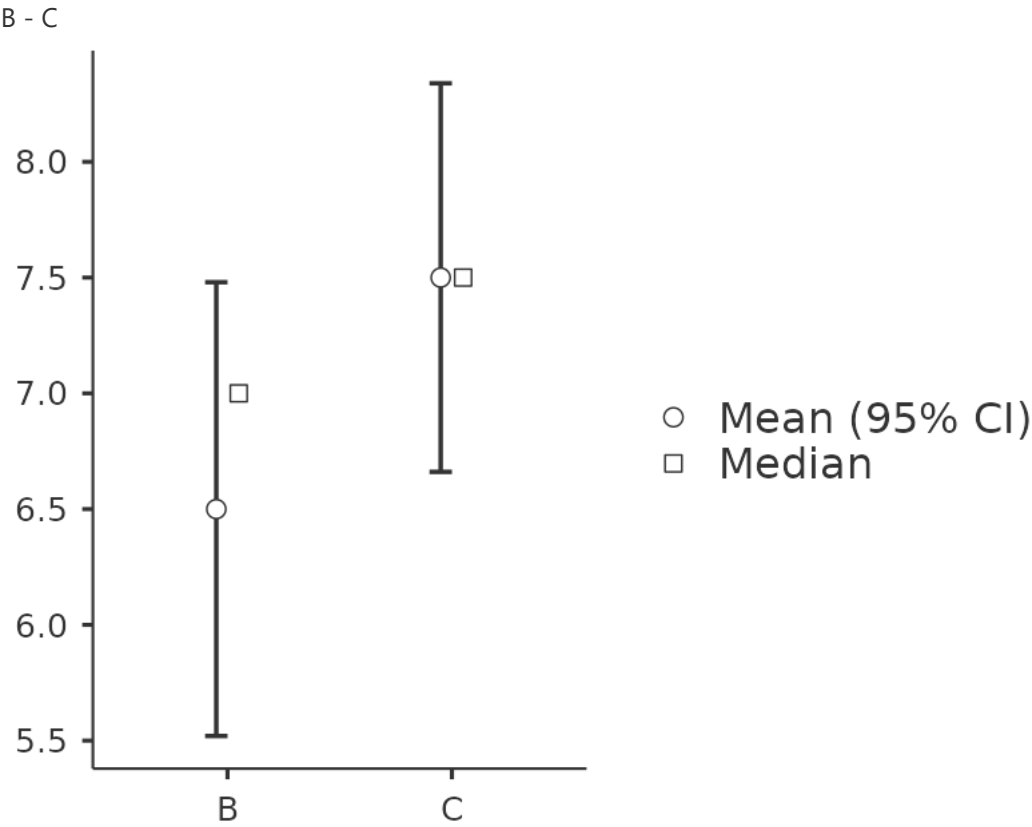
PairedSamples T-Test

			Statistic	df	p
B	C	Student's t	-2.74	5.00	0.041
		Wilcoxon W	0.00 ^a		0.095

Normality Test (Shapiro-Wilk)

			W	p
B	-	C	0.853	0.167

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality



Додаток Г

**День 5. Т-Тест парних вибірок оцінки загального позитивного
суб'єктивного стану до і після виконання техніки «Внутрішня дівчинка»**

В - бали шкали суб'єктивної оцінки до, С - після виконання техніки

Descriptives

	В	С
N	6	6
Mean	6.33	7.50
Std. error mean	0.715	0.806
Median	5.50	8.50
Mode	5.00	9.00
Standard deviation	1.75	1.97
Variance	3.07	3.90
Minimum	5	5
Maximum	9	9
Shapiro-Wilk W	0.800	0.734
Shapiro-Wilk p	0.059	0.014

PairedSamples T-Test

			Statistic	df	p	Meandifference	SE difference		EffectSize
B	C	Student's t	-0.976	5.00	0.374	-1.17	1.19	Cohen's d	-0.399
		Wilcoxon W	4.50 ^a		0.496	-2.00	1.19	Rankbiserialcorrelation	-0.400

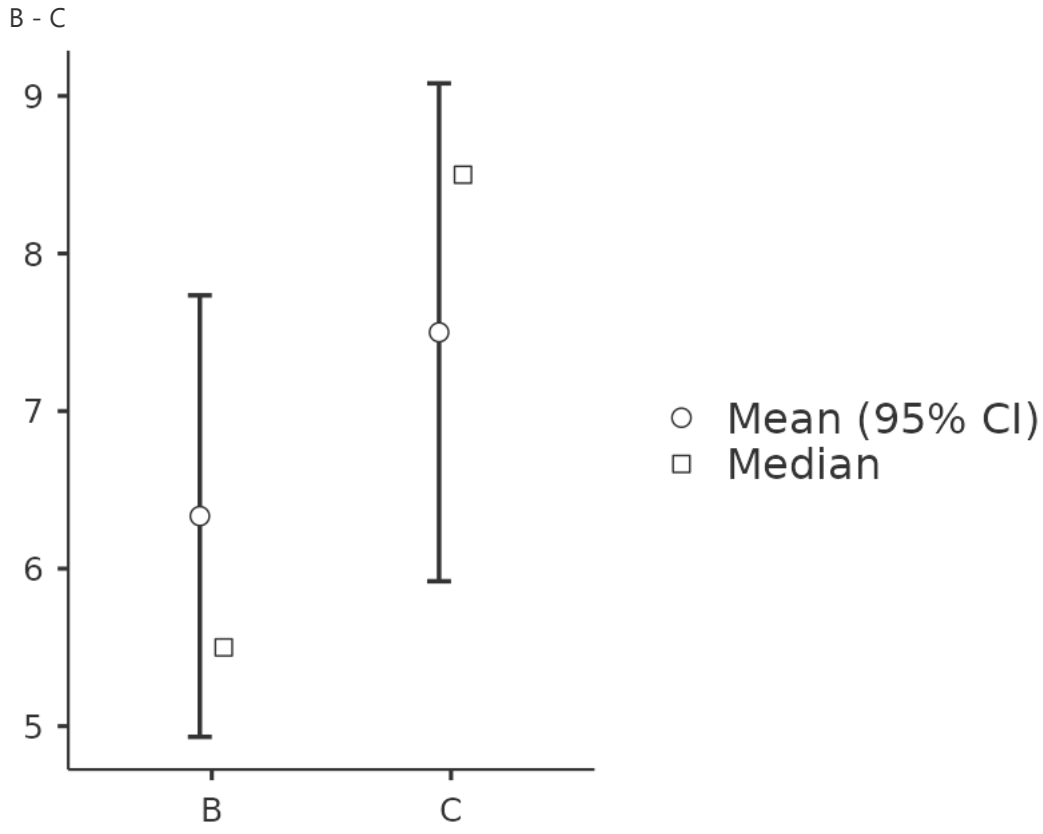
Note. H_a $\mu_{\text{Measure 1}} - \mu_{\text{Measure 2}} \neq 0$

^a 1 pair(s) of values were tied

Normality Test (Shapiro-Wilk)

			W	p
B	-	C	0.887	0.301

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality



Результати опитування учасниць після проведення програми «Лаванда»

Чи сподобалося Вам брати участь у програмі?

100% так

Чим саме?

- Є цікаві інсайти.
- Я дізналася про дихальні вправи, медитації та інші методи, які допомагають швидко заспокоїтись. Участь у груповій програмі дала можливість спілкуватися з однодумцями, що було додатковим джерелом підтримки.
- Був створений безпечний простір, цікаві вправи/медитації
- знаходити відповіді та ресурси в роботі групи під час спілкування
- Нова інформація спілкування досвід
- Нові люди, зі своїм досвідом, своїм баченням реальності. Було цікаво. Плюс дізналася деякі теоретичні моменти про те, що мала можливість проходити з іншими психологами.

Чи отримали Ви нові знання про функціонування людської психіки?

83,3% так; 16,7% - ні

Якщо так, то які саме знання були для Вас важливими?

- Розуміння гормонів стресу (кортизол, адреналін) і методів їхнього зниження (спорт, дихальні техніки, якісний сон).
- Вправи та техніки з НЛП
- теоретичні знання
- Керування емоціями, медитації
- Не боротися з хаотичними думками, а визнати їх і відпустити.

Чи навчилися Ви новим практичним технікам регулювання емоційного стану?

100% так

Якщо так, які техніки Ви почали застосовувати?

- Медитації
- Медитації, дихальні вправи
- медитацію, звукотерапія
- Водити очма вправо-вліво, що зменшити роздратованість. Теппінг.

Чи покращився Ваш емоційний стан під час проходження програми?

83,3% так, 16,7% ні

Які саме зміни емоційного стану Ви відчули під час програми?

- Тимчасові зміни, зараз є проблеми зі здоров'ям.
- Сон налагодився і покращення настрою
- Вирішила не завершені питання, відповідно знизилась тривожність, стало менше стресу
- ствердилось почуття впевненості
- Врівноваженість відсутність тривоги гарний настрій
- Зустрічі надихали, було відчуття, що робиш щось правильне для себе.

Чи покращився Ваш емоційний стан після проходження програми?

83,3% так, 16,7% ні

Які саме зміни свого емоційного стану Ви помітили після проходження програми?

- Раніше емоційний стан був трохи краще, але це не пов'язано з програмою.
- покращення настрою
- Зниження тривожності, покращення настрою, мотивація до навчання стала значно вищою
- самоствердилась в тому, що я сильна) і це відчуття подарувало радість, віру в майбутнє
- Покращився сон настрій
- Спокійніше почала ставитися до проблем і викликів. Більш філософсько.

Чи дізналися Ви щось нового про себе саму та про власну психіку під час програми?

Так 100%

Якщо так, що саме?

- Що я за фрукт.
- Зрозуміла глибше причини тривожності
- Ми самостійно можемо впливати на своє здоров'я (психосоматика). Також, мені важливо вернутися в дитинство і пропрацювати всі мої травми
- в будь-яких екстремальних випадках, не аналізуючи, одразу реагую, тобто діяти починаю одразу. не задумувалась, що насправді, стільки всього пережила... а тут подивилась на себе з боку, то виявляється є про що в "золотому 2віці писати в мемуарах), горджуся сама собою, але не хвалюся
- Важливо відчувати себе тут і зараз і не перейматись майбутнім і минулим наші думки це і є ми
- Що емоції не погані, і не хороші. Вони - сигнал, який треба розуміти.

Чи вважаєте Ви, що програма була для Вас корисною?

Так 100%

Назвіть три почуття, які визначали Ваш емоційний стан за останній тиждень.

- Паніка
- Любов, ностальгія, надія
- Тривожність, радість, задоволення
- любов, цілеспрямованість, цікавість
- Сподівання бадьорість радість
- Радість, роздратованість, апатія

Над якими трьома почуттями Ви б хотіли ще попрацювати?

- Відкритість, довіра, щем
- Ентузіазм, самовпевненість, спокій
- Тривожність
- впевненість, рішучість
- Впевненість рішучість виваженість
- Заздрість, невпевненість собі

Ваші побажання і пропозиції до авторки програми

- Бажаю успіхів і пропоную зустрітися у невимушеній обстановці.
- Велика подяка за важку, проте плідну працю!!!
- В тебе все дуже добре виходить, з тобою легко і спокійно, цікаво і весело. Не зупиняйся, продовжуй і надалі розкривати свій потенціал. 
- розвиватись та створювати простір для улюбленої справи)
- Нові курси
- Успіхів і здоров'я:)

Додаток Е

**Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS,
субшкали Т («Тривога») і Д («Депресія»), українська адаптація О. Кутікова
та І. Нікішкової**

Ця анкета розроблена для того, щоб допомогти нам зрозуміти, як Ви себе почуваєте. Прочитайте уважно кожне твердження і виберіть ту відповідь, яка найбільше відповідає тому, як Ви почували себе на минулому тижні. Відмітьте кружечок, що знаходиться перед відповіддю, що ви вибрали. Не думайте надто довго щодо кожного твердження, оскільки Ваша перша реакція буде завжди найвірнішою.

Т Я відчуваю напруженість, мені не по собі

3 ☐ Увесь час

2 ☐ Часто

1 ☐ Час від часу, іноді

0 ☐ Зовсім не відчуваю

Д Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає в мене таке ж відчуття

0 ☐ Це так

1 ☐ Напевно, це так

2 ☐ В дуже малій мірі це так

3 ☐ Це зовсім не так

Т Я відчуваю страх, здається, що ось-ось щось жахливе може статись

3 ☐ Це так, та страх дуже сильний

2 ☐ Да, це так, але страх не дуже сильний

1 ☐ Іноді, але це мене не турбує

0 ☐ Зовсім не відчуваю

Д Я здатний розсміятися та уледіти у тій чи іншій події смішне

0 ☐ Це так

1 ☐ Напевно, це так

2 ☐ В дуже малій мірі це так

3 ☐ Це зовсім не так

Т Метушливі думки крутяться у мене в голові

3 ☐ Постійно

2 ☐ Більшу частину часу

1 ☐ Час від часу і це не так часто

0 ☐ Тільки іноді

Д Я відчуваю бадьорість

3 ☐ Зовсім не відчуваю

2 ☐ Дуже рідко

1 ☐ Іноді

0 ☐ Практично весь час

Т Я можу легко сісти та розслабитись

0 ☐ Це так

1 ☐ Напевно, це так

2 ☐ Зрідка це так

3 ☐ Зовсім не можу

Д Мені здається, що я став робити все дуже повільно

3 О Практично весь час

2 О Часто

1 О Іноді

0 О Зовсім ні

Т Я відчуваю внутрішню напругу чи тремтіння

0 О Зовсім не відчуваю

1 О Іноді

2 О Часто

3 О Дуже часто

Д Я не слідкую за своєю зовнішністю

3 О Це так

2 О Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно

1 О Мені здається, я став менше приділяти цьому уваги

0 О Я слідкую за собою так, як і раніше

Т Я відчуваю непосидючість, мені постійно треба рухатись

3 О Це так

2 О Напевно, це так

1 О В деякій мірі це так

0 О Зовсім не відчуваю

Д Я вважаю, що мої справи (заняття, хоббі) можуть принести мені відчуття задоволення

0 О Точно так, як і звичайно

1 О Так, але не в тій мірі, як раніше

2 О Значно менше, ніж звичайно

3 О Зовсім так не вважаю

Т У мене буває раптове відчуття паніки

3 О Дуже часто

2 О Досить часто

1 О Не так і часто

0 О Зовсім не буває

Д Я можу отримати задоволення від цікавої книги, радіо- чи телепрограми

0 О Часто

1 О Іноді

2 О Зрідка

3 О Дуже рідко

Бали підраховуються окремо по шкалі тривоги (Т) і депресії (Д). Критеріями оцінки даних за HADS є: 0 - 7 балів - норма; 8 - 10 балів - субклінічно виражена тривога/депресія; 11 і вище - клінічно виражена тривога/депресія.

Додаток Є

**Опитувальник позитивного і негативного афекту ОПАНА,
розроблений на основі методики PANAS, адаптація М. Кліманської
та І. Галецької**

Нижче наведено перелік слів, які описують різні почуття та емоції. Прочитайте кожен пункт, а потім поставте відповідну позначку поруч із цим словом. Вкажіть, як Ви почували себе протягом останніх декількох тижнів*. Для позначення своїх відповідей використовуйте шкалу: 1 – майже або зовсім ні, 2 – трохи, 3- помірно, 4 – значною мірою, 5 – дуже сильно

1	зацікавлений	11	роздратований
2	пригнічений	12	зібраний, зосереджений
3	радісний	13	зняксований
4	засмучений	14	натхнений
5	сповнений сил	15	знервований
6	винуватий	16	рішучий
7	наляканий	17	уважний
8	злий	18	неспокійний
9	енергійний	19	активний
10	впевнений в собі	20	тривожний

Позитивний афект (ПА): сума балів за пунктами 1, 3, 5, 9, 10, 12, 14, 16, 17, 19.

Негативний афект (НА): сума балів за пунктами 2, 4, 6, 7, 8, 11, 13, 15, 18, 20.

*Можна використовувати наступні вказівки щодо часу:

Момент (як ви відчуваєте себе саме зараз)

Сьогодні (як ви почували себе сьогодні)

Минулі кілька днів (як ви почували себе протягом останніх кількох днів)

Тиждень (як ви почували себе протягом минулого тижня)

Минулі кілька тижнів (як ви почували себе протягом останніх кількох тижнів)

Переважно (як ви відчуваєте себе переважно)

Інтерпретація результатів

Рівень позитивного афекту: низький рівень 10-22 бали, середній рівень 23-39 балів, високий рівень 40-50 балів.

Рівень негативного афекту: низький рівень 10-15 балів, середній рівень 16-32 бали, високий рівень 33-50 балів.

Додаток Ж

**Шкала для оцінки генералізованого тривожного розладу GAD-7,
українська адаптація Н. Алексіної, О. Герасименко,
Д. Лавриненка, О. Савченко**

Інструкція методики. За останні 2 тижні, як часто вас турбували такі проблеми?

Шкала оцінювання (варіанти відповідей):

- Зовсім не турбували – 0
- Декілька днів турбували – 1
- Понад тиждень турбували – 2
- Майже щодня турбували – 3

Текст методики

1. Почуття нервозності, тривоги або напруженості
2. Нездатність зупинити чи контролювати хвилювання
3. Надмірне переживання хвилювання щодо різних речей
4. Проблеми з розслабленням
5. Сильний неспокій аж до неможливості всидіти на місці
6. Легкий перехід до збудження і дратівливості
7. Відчуття страху, ніби може статися щось жахливе

Додаткове питання та варіанти відповідей

Якщо ви позначили будь-які з цих проблем, наскільки сильно вони ускладнювали Вам роботу, побут або спілкування з іншими людьми?

- Зовсім не ускладнювали – 0
- Дещо ускладнювали – 1
- Дуже ускладнювали – 2
- Надзвичайно ускладнювали – 3

Інтерпретація результатів

Загальна оцінка GAD-7 для семи пунктів коливається від 0 до 21 балу, де результат у 0–4 бали – без симптомів, 5–9 балів – легкі симптоми, 10–14 балів – помірні симптоми, більше 15 балів – клінічно значимі симптоми.

Додаток 3

**Шкала позитивного ментального здоров'я PMH-SCALE, українська
адаптація Л. Карамушки, О. Креденцер, К. Терещенко**

Інструкція для учасників дослідження

Оцініть свій стан за 4-ох бальною шкалою (поставте «+» у відповідній комірці).

Текст опитувальника

Пункт	Не вірно 1	Скоріше не вірно 2	Скоріше вірно 3	Вірно 4
1. Я часто почуваюся безтурботно і знаходжуся в гарному настрої				
2. Я насолоджуюся життям				
3. Загалом я відчуваю задоволення від життя				
4. Загалом я відчуваю впевненість				
5. Я справляюся із задоволенням своїх потреб				
6. Я – в гарній фізичній формі і в гарному емоційному стані				
7. Я відчуваю, що здатний/здатна справлятися з життям і його труднощами				
8. Багато з того, що я роблю, приносить мені радість				
9. Я - спокійна і врівноважена людина				

Ключ для обробки даних

Підрахуйте загальну кількість балів. Мінімальний показник позитивного ментального здоров'я дорівнює 9 балам, максимальний показник дорівнює 36 балам. Низький рівень показника позитивного ментального здоров'я відповідає інтервалу 9-24 балів, середній рівень – 25-29 балів, високий рівень – 30- 36 балів.

Додаток И

Індекс благополуччя ВООЗ-5, адаптація Л. Карамушки, К. Терещенко, О. Креденцер

Інструкція для учасників опитування: Будь ласка, вкажіть наскільки кожне з п'яти тверджень точно описує те, як Ви почувалися протягом останніх 2-х тижнів. Зверніть увагу, що чим вище бал, тим краще Ваше самопочуття (обведіть відповідну цифру).

Ніколи	Певний час	Менше половини часу	Більше половини часу	Більшість часу	Весь час
0	1	2	3	4	5

Текст опитувальника:

1. Я відчував/відчувала бадьорість і був/була у гарному настрої	0 1 2 3 4 5
2. Я відчував/відчувала спокій і розслабленість	0 1 2 3 4 5
3. Я почувався/почувалась активним/активною і повним/повною енергії	0 1 2 3 4 5
4. Я прокидався/прокидалась свіжим/свіжою і відпочившим/відпочившою	0 1 2 3 4 5
5. Моє щоденне життя було наповнене цікавими речами	0 1 2 3 4 5

Обробка та інтерпретація результатів

Принцип обробки: загальний бал обчислюється шляхом підсумовування балів п'яти відповідей та коливається від 0 до 25; щоб отримати відсотковий показник від «0» до «100», загальний бал множать на «4». Відсотковий показник «0» відповідає найнижчому благополуччю, а «100» – найвищому благополуччю.

Від 0% до 40% діагностується низький рівень благополуччя, від 41% до 62% – середній рівень благополуччя, від 63% до 100% – високий рівень благополуччя.

Додаток І

**Т-Тест парних вибірок за методиками HADS T, HADS D, ОПАНА ПА,
ОПАНА НА, GAD-7, РМН-9 і ВООЗ-5**

Normality Test (Shapiro-Wilk)				
			W	p
Е_Трив.до	-	Е_Трив.після	0.940	0.639
К_Трив.до	-	К_Трив.після	0.816	0.059
Е_Депр.до	-	Е_Депр.після	0.954	0.766
К_Депр.до	-	К_Депр.після	0.932	0.568
Е_ПА_до	-	Е_ПА_після	0.902	0.343
К_ПА_до	-	К_ПА_після	0.925	0.507
Е_НА_до	-	Е_НА_після	0.944	0.678
К_НА_до	-	К_НА_після	0.916	0.439
Е_ГТР_до	-	Е_ГТР_після	0.947	0.703
К_ГТР_до	-	Е_ГТР_після (2)	0.917	0.445
Е_ПМЗ_до	-	Е_ПМЗ_після	0.902	0.345
К_ПМЗ_до	-	К_ПМЗ_після	0.923	0.494
Е_Доброб_до	-	Е_Доброб_після	0.869	0.182
К_Доброб_до	-	К_Доброб_після	0.878	0.217
Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality				

Descriptives					
	N	Mean	Median	SD	SE
Е_Трив.до	7	10.86	10.00	3.85	1.455
Е_Трив.після	7	7.00	7.00	1.63	0.617
К_Трив.до	7	9.29	10.00	3.77	1.426
К_Трив.після	7	10.86	12.00	4.06	1.534
Е_Депр.до	7	8.57	7	4.35	1.645
Е_Депр.після	7	5.29	3	4.75	1.796
К_Депр.до	7	7.29	7	3.77	1.426
К_Депр.після	7	7.00	6	5.26	1.988
Е_ПА_до	7	22.57	24	6.78	2.562
Е_ПА_після	7	29.71	31	4.61	1.742
К_ПА_до	7	25.00	23	10.57	3.994
К_ПА_після	7	28.14	33	13.99	5.289
Е_НА_до	7	26.71	24	5.41	2.044
Е_НА_після	7	23.14	21	7.34	2.773
К_НА_до	7	22.14	25	6.64	2.511
К_НА_після	7	26.71	31	9.89	3.740
Е_ГТР_до	7	8.43	7	5.71	2.159
Е_ГТР_після	7	3.57	4	2.44	0.922
К_ГТР_до	7	8.14	7	4.06	1.534
Е_ГТР_після (2)	7	8.86	6	6.26	2.365
Е_ПМЗ_до	7	21.86	24	3.89	1.471
Е_ПМЗ_після	7	25.71	26	1.89	0.714
К_ПМЗ_до	7	24.43	26	6.65	2.515
К_ПМЗ_після	7	24.14	27	8.40	3.173
Е_Доброб_до	7	8.86	10	3.85	1.455
Е_Доброб_після	7	15.29	15	2.93	1.107
К_Доброб_до	7	13.86	15	5.98	2.262
К_Доброб_після	7	13.43	17	7.37	2.785

Plots

