ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут психології та соціальних наук

Кафедра психології

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВИМУШЕНО ПЕРЕМІЩЕНИМ ОСОБАМ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня

МАГІСТР

за спеціальністю 053 Психологія

БОНДАР ОЛЕНИ ВАЛЕРІЇВНИ

Кваліфікаційна робота
допущена до захисту
Зав. кафедри_____
«04» травня 2026 р.

Науковий керівник:
Раєвська Я.М.,
доктор психологічних наук,
професор
Рецензент:
Павлюк М.М.,
доктор психологічних наук,
професор

КИЇВ – 2026

Реєстрація

номер	дата, підпис лаборанта кафедри

Рекомендовано до захисту

Я.М. Раєвська

підпис наукового керівника	ініціали, прізвище наукового керівника

Результат захисту

оцінка	дата захисту

Голова ЕК

О.М. Шпортун

підпис	ініціали, прізвище

Члени ЕК

Я.М. Раєвська

підпис	ініціали, прізвище

М.С. Ятчук

підпис	ініціали, прізвище

Р.О. Лавлінський

підпис	ініціали, прізвище

Секретар ЕК

К.Р. Собченко

підпис	ініціали, прізвище

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут психології та соціальних наук

Кафедра психології

спеціальність *Психологія*
курс ІІ *(магістратура)*

ЗАВДАННЯ
на кваліфікаційну роботу магістра
Бондар Олени Валеріївни

1. Тема роботи: **Особливості надання психологічної допомоги вимушено переміщеним особам**
2. Цільова установка: центр надання соціальних послуг та центр підтримки вимушено переміщених осіб Бучанської громади;
вихідні дані: матеріали професійної та переддипломної практики, навчальні посібники, монографії, методичні вказівки, ресурси інтернету, періодичні видання з теми дослідження.
3. Перелік графічного матеріалу 19 табл., 9 рис., 3 додатки.
4. Консультанти по роботі (із зазначенням розділів):

Розділ	**Консультант (Прізвище, ініціали)**	**Підпис, дата**	
		Завдання видав	**Завдання прийняв**
Розділ 1	Раєвська Я.М.		
Розділ 2	Раєвська Я.М.		
Розділ 3	Раєвська Я.М.		

5. Зміст роботи:
Вступ
Розділ 1. Теоретико-методологічні основи дослідження психологічних особливостей вимушено переміщених осіб
Розділ 2. Емпіричне дослідження психологічних особливостей та потреб вимушено переміщених осіб
Розділ 3. Форми та методи надання психологічної допомоги вимушено переміщеним особам.
Висновок
Список використаних джерел
Додатки

Календарний план виконання роботи

№ п/п	Етапи виконання роботи	Термін виконання	
		За планом	**Фактичний**
1.	Вибір теми і призначення наукового керівника кваліфікаційної роботи магістра.	червень 2025	червень 2025
2.	Затвердження теми кваліфікаційної роботи магістра.	липень 2025	липень 2025
3.	Отримання завдання на проведення наукового дослідження та підготовка календарного плану виконання кваліфікаційної роботи магістра, затвердження його керівником.	серпень 2025	серпень 2025
4.	Збір та узагальнення матеріалу за темою роботи.	жовтень 2025	жовтень 2025
5.	Підготовка першого (чорнового) варіанту роботи і подання його на перевірку науковому керівнику.	грудень 2025	грудень 2025
6.	Доопрацювання тексту роботи з врахуванням зауважень наукового керівника, збагачення роботи додатковими дослідженнями, що проводилися під час переддипломної практики, і подання її на повторне читання.	січень-березень 2026	січень-березень 2026
7.	Подання кваліфікаційної роботи магістра на реєстрацію на кафедру, рецензування та написання відгуку науковим керівником.	квітень 2026	квітень 2026
8.	Підготовка до захисту кваліфікаційної роботи магістра на засіданні Екзаменаційної комісії.	травень 2026	травень 2026
9.	Захист виконаної кваліфікаційної роботи.	червень 2026	червень 2026

Дата видачі завдання _____

Науковий керівник _____ (Раєвська Я.М.)

Завдання прийняв(ла)
до виконання
здобувач(ка) _____ (Бондар О.В.)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота 145 с. основного тексту, 19 табл., 9 рис., 85 джерел, 3 додатки.

Об'єкт дослідження – потреби та стани вимушено переміщених осіб в умовах тривалого збройного конфлікту.

Предмет дослідження – особливості надання психологічної допомоги ВПО.

Завдання – здійснити теоретичний аналіз концептуальних підходів до надання психологічної допомоги вимушено-переміщеним особам; емпіричним шляхом виявити особливості проявів травматичних наслідків у вимушено-переміщених осіб; розробити та апробувати програму психологічного супроводу вимушено-переміщених осіб; розробити та апробувати тренінгову програму з розвитку психологічної стійкості; надати практичні рекомендації з розвитку психологічної стійкості на різних етапах адаптації

Гіпотеза дослідження: структурована програма психологічного супроводу, побудована на принципах інтегративного підходу та трифазної моделі роботи з травмою (стабілізація → опрацювання → інтеграція).

Мета дослідження – здійснити комплексний аналіз психологічних особливостей вимушено переміщених осіб та розробити науково обґрунтовану програму психологічної допомоги, орієнтовану на корекцію психоемоційних станів, розвиток адаптаційних ресурсів та підвищення психологічної стійкості.

Методи дослідження:

- теоретичні: аналіз, синтез, систематизація та узагальнення наукової літератури щодо психологічних наслідків вимушеного переміщення.

- емпіричні: психодіагностичне обстеження за стандартизованими методиками - шкала депресії Зунге, методика оцінки стресостійкості та соціальної адаптації Холмса-Раге, шкала психосоціального стресу Рідера, опитувальник ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера, методика диференціальної діагностики депресивних станів Жмурова; формувальний експеримент (апробація програми психологічного супроводу);

- статистична обробка здійснювалася за допомогою програмного забезпечення Excel, Python.

ВИМУШЕНЕ ПЕРЕМІЩЕННЯ, ВИМУШЕНО ПЕРЕМІЩЕНІ ОСОБИ, ПСИХОЕМОЦІЙНІ СТАНИ, АФЕКТИВНІ ПОРУШЕННЯ, ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД, КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ, АРТ-ТЕРАПІЯ, ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ

FORCED DISPLACEMENT, INTERNALLY DISPLACED PERSONS, PSYCHO-EMOTIONAL STATES, AFFECTIVE DISORDERS, PSYCHOLOGICAL SUPPORT, COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY, ART THERAPY, POST-TRAUMATIC GROWT

АНОТАЦІЯ

Кваліфікаційна робота на тему: "ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВИМУШЕНО ПЕРЕМІЩЕНИМ ОСОБАМ"

Виконавець: Бондар Олена Валеріївна

Керівник: Павлюк Марія Михайлівна доктор психологічних наук, професор.

Обсяг роботи: 145 сторінок основного тексту, 19 таблиць, 9 рисунків, додатки, 85 джерел у переліку посилань.

Кваліфікаційна робота присвячена актуальній проблемі психологічного супроводу вимушено переміщених осіб в Україні. Робота виконана у три розділи, які послідовно розкривають теоретичні засади, емпіричні результати та практичну програму психологічної допомоги.

У першому розділі здійснено комплексний теоретичний аналіз проблеми психоемоційних станів вимушено переміщених осіб. Розкрито специфіку вимушеного переміщення як комплексної травматичної події, що включає множинні втрати та хронічний стрес. Систематизовано психологічні наслідки: посттравматичний стресовий розлад, депресивні та тривожні стани, порушення соціального функціонування. Систематизовано підходи до психологічної допомоги, обґрунтовано ефективність інтегративних програм та необхідність розробки спеціалізованої програми для української популяції.

У другому розділі представлено результати емпіричного дослідження шістдесяти вимушено переміщених осіб віком двадцять-п'ятдесят п'ять років за комплексом стандартизованих методик. Виявлено високі рівні психоемоційних порушень: стресове навантаження (середній показник 242,55 бала, 61,7% на пороговому рівні стресостійкості), психосоціальний стрес (2,11 бала, 65% з високим рівнем), депресія (51,53 бала за Зунге, 83,3% з помірною депресією), тривожність (понад 80% з високою ситуативною та особистісною тривожністю). Встановлено синдромальний комплекс порушень.

У третьому розділі розроблено програму психологічного супроводу з дванадцяти групових занять по дев'яносто хвилин протягом шести тижнів. Програма структурована у три фази: стабілізація, опрацювання травматичного досвіду, інтеграція та розвиток. Апробація програми на експериментальній групі (тридцять осіб) у порівнянні з контрольною групою (тридцять осіб) продемонструвала високу ефективність: статистично значущі покращення за всіма показниками ($p<0,001$), зниження стресового навантаження на 32,7%, психосоціального стресу на 37,8%, депресії на 29,8-55,7%, тривожності на 27,3-30,3%. Контрольна група не виявила значущих змін. Сформульовано практичні рекомендації для організації психологічної допомоги на різних етапах адаптації.

Ключові слова: вимушене переміщення, вимушено переміщені особи, психоемоційні стани, афективні порушення, психологічний супровід, когнітивно-поведінкова терапія, арт-терапія, посттравматичне зростання.

ЗМІСТ

ВСТУП....5
РОЗДІЛ 1....9
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВИМУШЕНО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ....9
1.1. Феноменологія вимушеного переміщення як психотравмуючого чинника: соціально-психологічний аспект....9
1.2. Психологічні наслідки вимушеного переміщення: травматизація особистості та порушення адаптаційних механізмів....19
1.3. Специфіка психоемоційних станів вимушено переміщених осіб: симптоматика посттравматичного стресового розладу, депресивних розладів та тривожних станів....27
1.4. Концептуальні підходи до надання психологічної допомоги вимушено переміщеним особам: український та зарубіжний досвід....36
Висновки до першого розділу....48
РОЗДІЛ 2....50
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВИМУШЕНО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ....50
2.1. Методологія та організація емпіричного дослідження психологічного стану вимушено переміщених осіб....50
2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження психологічної адаптації вимушено-переміщених осіб....58
2.3. Аналіз вираженості симптомів посттравматичного стресу, тривожності та депресивних проявів у досліджуваній групі....66
Висновки до другого розділу....79
РОЗДІЛ 3....82
ФОРМИ ТА МЕТОДИ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВИМУШЕНО-ПЕРЕМІЩЕНИМ ОСОБАМ....82
3.1. Методичне забезпечення реалізації програми психологічного супроводу вимушено переміщених осіб....82
3.2. Опис та результати апробації програми психологічного супроводу вимушено переміщених осіб....122
3.3. Практичні рекомендації щодо організації психологічної допомоги вимушено переміщеним особам....131
Висновки до третього розділу....142
ВИСНОВКИ....145
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ....146

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасні глобальні кризи, зокрема тривалі збройні конфлікти, породжують масові вимушені переміщення населення, перетворюючи цей феномен на одну з найсерйозніших гуманітарних викликів сьогодення. В Україні, де агресія Російської Федерації, що розпочалася у 2014 році та набула повномасштабного характеру з 24 лютого 2022 року, спричинила глибокі соціальні потрясіння, проблема вимушеного переміщення стала центральною для державної політики та суспільства загалом. За даними Міжнародної організації з міграції (МОМ) та Управління Верховного комісара ООН у справах біженців (УВКБ ООН), станом на кінець 2025 року кількість вимушено переміщених осіб (ВПО) в Україні становить близько 3,7 мільйона, з тенденцією до стабілізації, хоча локальні ескалації бойових дій продовжують провокувати нові хвилі евакуації [78]. Ці індивіди не лише стикаються з матеріальними втратами, але й переживають глибокий психологічний дистрес, пов'язаний з розривом соціальних зв'язків, втратою безпеки та невизначеністю майбутнього.

Вимушене переміщення, розглянуте через соціально-психологічну призму, постає як потужний травмуючий фактор, що порушує фундаментальні потреби в стабільності та приналежності, провокуючи широкий спектр емоційних порушень – від хронічної тривоги до посттравматичного стресового розладу та депресивних станів. Дослідження в умовах конфлікту підкреслюють, наскільки переміщені особи часто відчувають ізоляцію, ерозію самоідентичності та виснаження адаптаційних ресурсів, хоча за наявності підтримки деякі демонструють резилієнс, перетворюючи травматичний досвід на імпульс для зростання [78]. Водночас ігнорування психологічних потреб ВПО загрожує накопиченням соціальних ризиків, включаючи зростання домашнього насильства, маргіналізацію та зниження загальної стійкості спільнот.

Актуальність теми особливостей надання психологічної допомоги вимушено переміщеним особам визначається не тільки національними масштабами проблеми, але й глобальними тенденціями, де психічне здоров'я постраждалих від конфліктів стає пріоритетом гуманітарних стратегій. У 2025 році, за оцінками ВООЗ, попит на психосоціальну підтримку серед переміщених груп продовжує зростати, з акцентом на інтеграцію ментальних послуг у первинну допомогу та громадські програми [69]. Український досвід, сформований у реаліях тривалої війни, доповнюється зарубіжними практиками, дозволяючи створювати адаптовані моделі, чутливі до культурного контексту та індивідуальних потреб. Гуманістичний вимір тут особливо значущий: за клінічними симптомами стоять унікальні людські історії, де ефективна допомога не лише полегшує страждання, але й відновлює гідність, сенс життя та здатність до активної адаптації.

Мета дослідження – здійснити комплексний аналіз психологічних особливостей вимушено переміщених осіб та розробити науково обґрунтовану програму психологічної допомоги вимушено переміщених осіб.

Для реалізації мети визначено такі завдання:

- здійснити теоретичний аналіз особливостей надання психологічної допомоги вимушено переміщеним особам;
- провести емпіричні дослідження психологічного стану ВПО;
- використати програму психологічного супроводу, побудовану на принципах інтегративного підходу та трифазної моделі роботи з травмою стабілізація → опрацювання → інтеграція);
- надання психологічної допомоги на основі українського та зарубіжного досвіду;
- провести емпіричне дослідження психологічного стану ВПО, включаючи діагностику та адаптації;
- розробити та апробувати тренінгову програму з розвитку психологічної стійкості;

- надати практичні рекомендації з розвитку психологічної стійкості на різних етапах адаптації.

Об'єкт дослідження – психологічні особливості, потреби та стани вимушено переміщених осіб в умовах тривалого збройного конфлікту.

Предмет дослідження – особливості надання психологічної допомоги ВПО.

Методи дослідження поєднують теоретичні та емпіричні підходи. Теоретична частина базується на аналізі наукової літератури, нормативно-правових документів, міжнародних рекомендацій та статистичних даних МОМ, УВКБ ООН, ВООЗ. Емпірична частина включає психодіагностичні методики: шкалу Зунге (Zung Self-Rating Depression Scale) для оцінки депресивних станів; шкалу Холмса-Раге для визначення стресостійкості та соціальної адаптації; шкалу психосоціального стресу Л. Рідера; шкалу тривожності Ч. Спілбергера; модифіковану шкалу депресивних станів В. А. Жмурова.

Статистичні методи включали методи обробки даних з метою кількісного аналізу та систематизації результатів експериментуСтатистична обробка здійснювалася за допомогою програмного забезпечення Excel, Python.

Вибірка. У даному дослідженні взяли участь 60 ВПО віком від 20 до 55 років. Дослідження проводилось на базі центру надання соціальних послуг та центру підтримки ВПО Бучанської громади.

Наукова новизна роботи полягає в системній інтеграції теоретичних положень травматології, резилієнсу та гуманістичної психології з емпіричними даними, отриманими в сучасних умовах вимушеного переміщення в Україні. Вперше на основі аналізу вибірки ВПО розроблено та апробовано програму психологічного супроводу адаптовану до специфіки тривалого конфлікту, з акцентом на розвиток адаптаційних ресурсів та психологічної стійкості. Новизною є також узагальнення досвіду 2022–2025 років у контексті досліджень, що дозволяють запропонувати гібридні підходи, чутливі до культурних і гендерних особливостей. Отримані емпіричні дані

доповнюють існуючі дослідження, розкриваючи кореляції між рівнем травматизації, соціальною адаптацією та факторами ризику в актуальній ситуації.

Практична значущість дослідження визначається можливістю застосування його результатів у діяльності психологів, соціальних служб, центрів підтримки ВПО та гуманітарних організацій. Розроблена програма психологічного супроводу, сприяючи підвищенню стресостійкості. Практичні рекомендації щодо організації допомоги на етапах адаптації корисні для державних програм, неурядових ініціатив та освітніх курсів підготовки фахівців. Результати емпіричного блоку дозволяють оптимізувати діагностику та індивідуальні плани корекції, сприяючи ефективнішій інтеграції ВПО в приймаючі спільноти та запобіганню довгострокових соціальних ризиків.

Структура роботи відповідає логіці дослідження та включає вступ, три розділи з підрозділами, висновки до розділів, загальні висновки, список використаних джерел та додатки.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВИМУШЕНО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

1.1. Феноменологія вимушеного переміщення як психотравмуючого чинника: соціально-психологічний аспект

Поняття «вимушено переміщена особа» у правничій науці та практиці набуло широкого вжитку відносно нещодавно — лише наприкінці XX століття. Саме в цей період міжнародна спільнота усвідомила нагальну потребу у формуванні скоординованої відповіді на масштабну проблему забезпечення та гарантування прав осіб, змушених залишати місця постійного проживання, не перетинаючи державного кордону. У межах мандату, наданого Генеральною Асамблеєю ООН і Комісією з прав людини, у 1998 році було підготовлено та схвалено «Керівні принципи з питань вимушено переміщених осіб», які заклали міжнародні орієнтири регулювання вимушеного переміщення та визначили напрями діяльності як для міжнародних інституцій, так і для неурядових організацій [3].

Збройна агресія Російської Федерації проти України, що розпочалася у 2014 році та включала незаконну анексію Автономної Республіки Крим, а також проведення антитерористичної операції на сході держави, призвела до масового вимушеного переселення цивільного населення. Понад один мільйон громадян України були змушені залишити власні домівки, рятуючись від безпосередньої загрози життю. Водночас після початку повномасштабного вторгнення Російської Федерації 24 лютого 2022 року проблема вимушеної міграції та пошуку ефективних механізмів її подолання набула статусу однієї з центральних для української держави й суспільства загалом. За різними оцінками, майже 10 мільйонів осіб були вимушені покинути місця постійного проживання, що еквівалентно приблизно чверті населення країни.

Із цієї кількості близько 6,5 мільйона осіб залишилися в межах України, отримавши статус вимушено переміщених, тоді як орієнтовно 3,2 мільйона людей виїхали за кордон, про що свідчать дані Міжнародної організації з міграції (МОМ) [1].

Основні потоки вимушеного переміщення були спрямовані зі східних та центральних регіонів держави у західному напрямку. На початковому етапі збройного протистояння на пунктах пропуску через державний кордон України з країнами Європейського Союзу, насамперед із Республікою Польща, сформувалися значні черги, а щодобова кількість осіб, які перетинали кордон, перевищувала 150 тисяч. Подібна ситуація спостерігалася й на виїздах з українських міст, що зазнали масованих ракетних і артилерійських обстрілів уже в перші дні активної фази війни [2].

Очевидно, що процес вимушеного переміщення населення мав хвилеподібний характер і був безпосередньо пов’язаний з інтенсивністю бойових дій у конкретних регіонах або населених пунктах. Згідно з результатами опитувань, проведених МОМ, 48% вимушеного переміщених осіб залишили свої домівки одразу після початку повномасштабної війни, 45% були змушені виїхати тоді, коли бойові дії безпосередньо наблизилися до місця їх проживання, тоді як 5% ухвалили рішення про виїзд превентивно, очікуючи ескалації конфлікту [20].

Аналітичні дані МОМ свідчать, що найбільша концентрація вимушено переміщених осіб припала на західний макрорегіон України, куди переїхало понад 2,5 мільйона людей. Разом із тим статистична інформація, оприлюднена обласними військовими адміністраціями західних регіонів, не повністю корелює з наведеними оцінками. Така розбіжність, імовірно, зумовлена тим, що далеко не всі переміщені особи вважають за необхідне офіційно інформувати місцеві органи влади про своє прибуття; реєстрація, як правило, здійснюється переважно у випадках звернення за допомогою щодо тимчасового житла або отримання гуманітарної підтримки [1].

Існують підстави вважати, що значна частина осіб була змушена залишати місце проживання повторно. Серед регіонів і населених пунктів, які нині перебувають у зоні активних бойових дій, є чимало таких, що після 2014 року виконували функцію приймаючих територій для вимушено переміщених осіб. За інформацією Міністерства соціальної політики України, станом на 2021 рік на обліку перебувало близько 1,46 мільйона вимушено переміщених осіб з тимчасово окупованих територій Донецької та Луганської областей, Автономної Республіки Крим і міста Севастополя. Найвищі показники концентрації таких осіб фіксувалися у Донецькій області (512 тисяч), Луганській області (282 тисячі), місті Києві (163 тисячі) та Харківській області (136 тисяч) [21].

Жителі східних і центральних регіонів України в умовах збройного протистояння були вимушені залишити не лише місця проживання, а й належні їм майнові активи, що було зумовлено прямими загрозами їхньому життю, здоров'ю та безпеці. У зв'язку з цим для ґрунтовного осмислення феномену вимушено переміщених осіб доцільним є детальний аналіз сукупності елементів, які формують їх адміністративно-правовий статус, а також з'ясування причин і підстав, що обумовлюють надання особам статусу вимушено переміщених осіб у національній правовій системі.

У правовій доктрині категорія «вимушено переміщена особа» сформувалася історично як похідна та водночас уточнююча щодо більш раннього поняття «біженець». Феномен біженців супроводжує розвиток людської цивілізації протягом усього її існування та традиційно розглядається як одна з найгостріших соціальних проблем. Статус біженця, по суті, набуває особа, яка в умовах реальної небезпеки для життя чи свободи приймає вимушене рішення залишити місце свого звичного проживання. Початково ставлення до таких осіб ґрунтувалося передусім на моральних і гуманістичних засадах, а не на чітко визначених юридичних зобов'язаннях держав, які тривалий час не несли формалізованої відповідальності за їх захист. Сам термін «біженець» уперше почав широко використовуватися у зв'язку з

масовими міграційними процесами, спричиненими геноцидом вірмен у 1915 році, революційними подіями та соціальними трансформаціями в Росії після жовтневого перевороту 1917 року, а також приходом націонал-соціалістичного режиму до влади в Німеччині у 1933 році.

Визначальною рисою вимушеного переміщення є те, що особи, які змінюють місце проживання в межах державних кордонів, зазвичай залишаються громадянами тієї самої держави. Відповідно до класичного розуміння державного суверенітету, саме національні уряди зберігають пріоритетну компетенцію у вирішенні питань, пов’язаних із правовим становищем власних громадян. Крім того, міждержавні збройні конфлікти трапляються значно рідше, ніж внутрішні, що обумовлює зменшення кількості осіб, які перетинають міжнародні кордони, та, водночас, зростання масштабів вимушеного переміщення населення. За своїм фактичним становищем такі особи часто опиняються в умовах, подібних до тих, у яких перебувають біженці [13].

Термін «особи, переміщені всередині країни», увійшов у міжнародний обіг лише в останнє десятиліття XX століття, коли міжнародне співтовариство вперше системно звернуло увагу на масштаби та наслідки цього явища. Разом із тим правові та інституційні механізми, створені для захисту біженців, виявилися непридатними для ефективного реагування на проблеми осіб, змушених залишати місця проживання, не перетинаючи державних кордонів. У відповідь на кризову ситуацію, пов’язану з масовим внутрішнім переміщенням населення, Генеральна Асамблея ООН та Комісія з прав людини у 1998 році розробили та ухвалили «Керівні принципи з питань переміщених осіб у межах власної країни», які визначають загальні підходи до регулювання вимушеного переміщення та слугують орієнтиром для діяльності міжнародних і неурядових організацій.

У вступній частині «Керівних принципів» сформульовано визначення вимушеного переміщених осіб як осіб або груп осіб, які були змушені чи вимушені залишити або покинути місце свого постійного проживання. Таке

переміщення може бути наслідком збройних конфліктів, тривалих проявів насильства, системних порушень прав людини, природних або техногенних катастроф, а також інших обставин, що створюють загрозу їхньому життю, безпеці чи гідності. При цьому перелік причин вимушеного переміщення не має вичерпного характеру, оскільки на відповідні процеси можуть впливати й інші фактори.

Особи, які зазнали вимушеного переміщення, не втрачають громадянства своїх держав і, відповідно, зберігають право на реалізацію повного спектра громадянських, політичних, економічних, соціальних та культурних прав. Значущість і непорушність цих прав прямо підкреслюється у зазначеному міжнародному документі, що надає їм фундаментального значення у системі захисту вимушено переміщених осіб.

Відповідно до положень статті 1 Закону України «Про забезпечення прав і свобод вимушено переміщених осіб» до категорії вимушено переміщених осіб належать громадяни України, іноземці та особи без громадянства, які на законних підставах перебувають на території України й мають право на постійне проживання в ній. Такі особи були змушені залишити або покинути місце свого постійного проживання у зв’язку з настанням несприятливих обставин, серед яких законодавець виокремлює збройний конфлікт, тимчасову окупацію території, акти насильства, системні порушення прав людини, а також надзвичайні ситуації природного чи техногенного походження [38].

У науково-правовій літературі відсутній єдиний універсальний підхід до тлумачення поняття «вимушено переміщена особа», що зумовлює існування різноманітних доктринальних визначень. Так, І. С. Басова пропонує розглядати вимушено переміщену особу як фізичну особу, яка під впливом об’єктивних факторів, зокрема воєнних дій, окупації територій або надзвичайних природних чи техногенних подій, здійснила зміну місця проживання в межах держави з міжнародно визнаними кордонами та набула

відповідного правового статусу відповідно до норм чинного законодавства [1].

М. Ніколайчук акцентує увагу на тому, що вимушено переміщені особи становлять особливу цільову групу у сфері державної міграційної політики, яка характеризується специфічними соціальними рисами, потребами та високою залежністю від впливу зовнішніх чинників [73, с. 109]. Своєю чергою, М. В. Менджул та Ю. С. Паніна визначають вимушено переміщених осіб як осіб, які мають постійне місце проживання на території держави, включно з громадянами, іноземцями та особами без громадянства, і були змушені залишити його та переселитися в межах тієї ж держави через реальну загрозу життю чи здоров'ю власному або членів сім'ї, масові порушення прав людини, переслідування, спричинені воєнними діями, збройними конфліктами, масовими актами насильства чи надзвичайними ситуаціями природного або техногенного характеру [18, с. 296].

Ф. Мейдінг наголошує, що ключовою ознакою вимушено переміщених осіб є те, що, залишаючи свої домівки, вони не перетинають міжнародно визнані кордони та залишаються під юрисдикцією власних держав. Втручання міжнародних суб'єктів у такі ситуації, на його думку, допускається лише у виняткових випадках, коли йдеться про необхідність реагування на внутрішні кризи гуманітарного характеру [63].

Л. Р. Наливайко та А. Ф. Орєшкова пропонують розширене визначення вимушено переміщеної особи, під яким розуміють громадянина України, іноземця або особу без громадянства, що законно перебуває на території України та має право на постійне проживання, і яка була змушена покинути місце постійного проживання в межах міжнародно визнаних кордонів держави через обґрунтовані побоювання стати жертвою переслідувань, неможливість реалізації гарантованого законом захисту, загрозу життю, свободі чи безпеці власній або членів сім'ї, наслідки насильства в умовах збройного конфлікту, системні порушення прав людини, зовнішню агресію, громадянську війну чи інші конфлікти на етнічному, релігійному, мовному або іншому ґрунті, а також

у зв’язку з надзвичайними природними або техногенними ситуаціями [24, с. 38].

М. М. Сірант розглядає вимушено переміщених осіб як окремих осіб або групи людей, які були вимушені залишити свої домівки задля порятунку від збройних конфліктів, проявів насильства чи масових і системних порушень прав людини, підкреслюючи, що саме воєнні дії, насильство та порушення базових прав є визначальними чинниками такого переміщення [42, с. 158].

М. І. Малиха зосереджує увагу на громадянському аспекті проблеми, визначаючи вимушено переміщених осіб як громадян держави, які через воєнні дії та їхні наслідки були змушені залишити місце постійного проживання з метою збереження власного життя, не перетинаючи при цьому державного кордону [17, с. 10].

Більш широкий підхід пропонує М. П. Кобець, який включає до категорії вимушено переміщених осіб не лише тих, хто мав зареєстроване постійне місце проживання, а й осіб, пов’язаних із територією конфлікту трудовою діяльністю, наявністю нерухомого майна чи іншими сталими соціально-економічними зв’язками [11, с. 202].

Н. С. Ісаєва зазначає, що вимушено переміщеними особами слід вважати осіб, які покинули місця постійного проживання в межах державних кордонів унаслідок фактичного впливу або загрози впливу масових збройних конфліктів, актів насильства чи масштабних порушень прав людини, включаючи конфлікти на етнічному, расовому, релігійному, гендерному, політичному та інших підґрунтях, а також військові дії, епідемії, природні й техногенні катастрофи [8, с. 73].

Узагальнюючи наукові підходи, вимушено переміщених осіб можна охарактеризувати як людей, які задля уникнення небезпеки були змушені залишити власні домівки, не перетинаючи міжнародних кордонів і залишаючись на території своєї держави. Вони перебувають під юрисдикцією та захистом національного уряду, зберігають усі належні їм права та користуються гарантіями, передбаченими міжнародним правом у сфері прав

людини [36]. Саме тому категорія вимушено переміщених осіб набуває особливої значущості та потребує комплексного правового й соціального захисту з боку держави.

Відповідно до узагальнених результатів досліджень, присвячених аналізу міграційних криз, вимушене переміщення не зводиться виключно до акту просторової зміни місця проживання. Воно охоплює значно ширший спектр переживань, серед яких особливе місце посідає стан емоційної дезорієнтації, за якого звичні соціальні ролі втрачають свою стабільність, тоді як нові ще не набули чітких контурів [12]. У межах соціально-психологічного підходу цей процес осмислюється крізь призму теорій стресу й адаптації. Так, у моделі Р. Лазаруса та С. Фолкмана ключовим виступає механізм когнітивної оцінки події: у разі, якщо переміщення інтерпретується як загроза, що не піддається контролю, поведінкові та емоційні реакції набувають дезадаптивного характеру, з переважанням стратегій уникнення замість активного подолання. Водночас гуманістичні концепції, сформовані під впливом ідей А. Маслоу, акцентують увагу на тому, що порушення базових потреб у безпеці та приналежності, спричинене переміщенням, за наявності підтримки в нових соціальних мережах може перетворитися на імпульс до особистісного зростання й самоактуалізації.

Теоретичне підґрунтя аналізу цього феномена формується на перетині психологічних і соціологічних підходів, у межах яких вимушене переміщення трактується як форма колективної травми. Така травма впливає не лише на внутрішній світ окремої людини, але й на структуру групової ідентичності загалом. Емпіричні дослідження, здійснені в умовах збройних конфліктів, демонструють, що переміщення часто призводить до розриву усталених соціальних зв’язків: спільноти, об’єднані раніше спільними традиціями та досвідом, опиняються в стані розпорошення, що посилює відчуття ізольованості та маргінальності. Водночас соціально-психологічний вимір дозволяє побачити, що взаємозалежність членів спільноти визначає глибину переживаної травми. Використання логічних зв’язків, зокрема через

протиставлення або причинно-наслідкові конструкції, уможливлює усвідомлення того, що реакції на переміщення не завжди мають негативний характер: у певних випадках вони сприяють зростанню емпатії, взаємної підтримки та солідарності. Теорія збереження ресурсів С. Хобфолла пояснює травматичний характер переміщення через втрату соціального капіталу, підкреслюючи, що саме відновлення ресурсів у процесі колективної діяльності здатне зменшити деструктивні наслідки цього досвіду.

На рівні окремої особистості вимушене переміщення виявляється у широкому спектрі симптомів, інтенсивність і форма яких залежать від вікових, гендерних характеристик та попереднього життєвого досвіду. Найпоширенішими є прояви емоційної нестабільності, підвищеної тривожності та депресивних станів. Багато людей стикаються з нав'язливими спогадами про події, що передували переселенню, зокрема обстріли, втрату близьких чи руйнування житла, і такі спогади істотно ускладнюють повсякденне функціонування, провокуючи розлади сну або підвищену збудливість [67]. Окрім того, фізичні симптоми, як-от головний біль чи відчуття стискання в грудях, нерідко мають психогенну природу й відображають внутрішню напругу між прагненням повернутися до попереднього життя та необхідністю пристосування до нових умов. Поведінкові реакції при цьому можуть суттєво різнитися: одні індивіди схильні до соціального відчуження й самоізоляції, тоді як інші демонструють агресивність як спосіб відновлення втраченого відчуття контролю.

Прояви вимушеного переміщення не обмежуються емоційною сферою, поширюючись також на когнітивні процеси. Зниження концентрації уваги, труднощі з прийняттям рішень і імпульсивність поведінки ускладнюють інтеграцію в нове соціальне середовище. Дослідження, що аналізують досвід біженців і переміщених осіб, засвідчують, що ці явища посилюються в умовах невизначеності, коли сам статус переселенця не забезпечує чітких життєвих перспектив, що, своєю чергою, сприяє формуванню хронічної втоми та апатії [55]. Водночас гуманістичний підхід дозволяє розглядати такі симптоми не як

прояв слабкості, а як природну захисну реакцію психіки. За ними стоять конкретні людські долі, зокрема переживання втрати роботи, соціального статусу чи відчуття власної цінності, і саме емпатичне розуміння цих процесів створює підґрунтя для ефективної підтримки.

Соціальний вимір вимушеного переміщення виявляється через поширення травматичного досвіду на груповий рівень, де спільноти переселенців формують нові норми взаємодії, водночас зіштовхуючись із відчуженням з боку приймаючого середовища. До групових ефектів належить колективна тривога, що посилюється через постійне відтворення травматичних історій у спілкуванні, зміцнюючи відчуття єдності, але паралельно поглиблюючи стан безнадії [30]. У нових соціальних контекстах посилення стигматизації часто призводить до маргіналізації переселенців, оскільки місцеві громади можуть сприймати їх як загрозу обмеженим ресурсам, що створює додаткові бар’єри для інтеграції. Водночас соціальна реальність не є однорідною: поряд із дискримінаційними практиками існують приклади підтримки, зокрема в межах етнічних або регіональних спільнот.

Разом із тим групові процеси не зводяться виключно до негативних наслідків. В умовах вимушеного переміщення часто виникають нові форми солідарності та взаємодопомоги, засновані на обміні досвідом і спільному подоланні труднощів. Дослідники зазначають, що соціальні мережі, сформовані серед переміщених осіб, можуть виконувати буферну функцію щодо травми, знижуючи рівень ізоляції та сприяючи колективній адаптації [34]. За цими процесами стоять конкретні людські практики: організація неформальних груп підтримки, спільна турбота про дітей, відтворення елементів повсякденної нормальності навіть у кризових умовах. Такі динаміки, попри болісний характер переживань, відкривають простір для переосмислення соціальних ролей і створюють передумови для відновлення та зростання як на індивідуальному, так і на груповому рівнях.

1.2. Психологічні наслідки вимушеного переміщення: травматизація особистості та порушення адаптаційних механізмів

Відповідно до трактування Всесвітньої організації охорони здоров'я, психічне здоров'я розглядається як інтегральний стан благополуччя, за якого людина здатна усвідомлювати й реалізовувати власні можливості, ефективно протистояти життєвим стресорам, підтримувати продуктивну діяльність і робити внесок у розвиток спільноти, до якої вона належить [39]. У цьому визначенні акцент переноситься з відсутності психічних розладів на позитивний потенціал особистості та її функціональну спроможність у повсякденному житті.

Подібний за змістом, проте більш деталізований у структурному вимірі підхід пропонує Одеський обласний центр громадського здоров'я. У його інтерпретації психічне здоров'я описується як стан інтелектуально-емоційної сфери, фундаментом якого виступає переживання внутрішнього душевного комфорту. Саме цей стан забезпечує адекватність поведінкових реакцій і здатність особи гармонійно взаємодіяти з навколишнім середовищем. Такий баланс формується під впливом як біологічних чинників, так і соціальних потреб людини, а також реальних можливостей їх задоволення в конкретних життєвих умовах [40]. У цьому контексті психічне здоров'я постає як динамічний процес, чутливий до змін у середовищі та життєвому досвіді.

Важливим теоретичним і практичним положенням є уявлення про нерозривний зв'язок між психічним і фізичним здоров'ям. Гармонійний розвиток особистості неможливий без одночасної уваги до психологічного благополуччя, інтелектуального зростання, соціальної реалізації та загального соматичного стану. Ігнорування будь-якого з цих вимірів здатне порушити цілісність здоров'я, оскільки фізичні захворювання можуть негативно впливати на психічний стан, так само як тривалі психологічні розлади підвищують ризик соматичних проблем [40].

Глобальний масштаб проблеми психічних розладів підтверджується статистичними даними. За оцінками експертів, психічні порушення становлять близько 12% загального тягаря хвороб у світі. ВООЗ зазначає, що станом на 2020 рік на психічні розлади припадало приблизно 15% років життя, втрачених через інвалідність (DALY). Особливо тривожним є те, що основна частина цього тягаря припадає на молоде населення, яке традиційно вважається найбільш соціально й економічно активною групою. З економічної точки зору наслідки психічних розладів виходять далеко за межі витрат на медичне лікування: непрямі втрати, пов’язані зі зниженням продуктивності праці, безробіттям та соціальною дезадаптацією, у 2–6 разів перевищують прямі фінансові витрати системи охорони здоров’я [49].

Окрему увагу сучасна наука приділяє психічному стану вимушено переміщених осіб і біженців. Дослідження свідчать, що серед цієї категорії населення особливо поширеними є важкі депресивні стани та посттравматичний стресовий розлад. ПТСР визначається як стійке порушення психічного функціонування, яке формується внаслідок переживання екстремально травматичних подій. За статистичними даними, приблизно 8% чоловіків і до 20% жінок, які зазнали серйозних психотравмувальних впливів, стикаються з розвитком цього розладу. Водночас наявність ефективних терапевтичних підходів і соціальної підтримки дозволяє або подолати симптоматику, або навчитися контролювати її прояви, зберігаючи прийнятний рівень якості життя [51].

Посттравматичний стресовий розлад відомий також під різними назвами, що відображають історичний або соціальний контекст його виникнення, зокрема як посттравматичний синдром, «комбатантський», «в’єтнамський», «афганський» чи «східний» синдром. Незалежно від термінології, йдеться про форму психічного розладу, що виникає внаслідок впливу однієї або кількох подій, які мають руйнівний вплив на психіку. До таких подій належать воєнні дії, терористичні акти, техногенні аварії, стихійні

лиха, катастрофи, тяжкі тілесні ушкодження, домашнє або сексуальне насильство, реальна загроза життю та інші екстремальні ситуації [33].

Клінічно ПТСР проявляється як пролонгована реакція на стрес. За даними фахівців, характерні симптоми зазвичай виникають не раніше ніж через чотири тижні після травматичної події [33]. Розлад охоплює нав'язливі й повторювані спогади про пережите, що зберігаються понад один місяць і найчастіше формуються протягом перших шести місяців після травми. Попри значний прогрес у вивченні цього явища, патофізіологічні механізми ПТСР залишаються до кінця не з'ясованими. До типових симптомів також належать уникнення стимулів, пов'язаних із травматичним досвідом, нічні кошмари, ретроспективні переживання та емоційне оніміння [32]. Діагностика ґрунтується переважно на ретельному зборі анамнезу, тоді як лікувальні підходи поєднують методи експозиційної психотерапії та медикаментозну підтримку [32].

Наукові дані також вказують на довготривалий характер впливу травматичних подій. Дослідники відзначають, що люди, які в дитячому віці пережили Голокост або перебування в концентраційних таборах, зокрема в Японії, можуть демонструвати симптоми ПТСР навіть через 40–50 років після первинного травматичного досвіду. Така пролонгована дія травми свідчить про існування так званих «невидимих ран», які зберігаються не лише на індивідуальному, але й на суспільному рівні, підвищуючи вразливість спільнот до повторних проявів насильства. Крім того, дослідження підтверджують, що психосоціальні наслідки масових травм можуть передаватися наступним поколінням: діти та онуки осіб, які пережили Голокост або режим Пол Пота в Камбоджі, нерідко демонструють підвищену тривожність, депресивні симптоми та інші ознаки психологічної дезадаптації [60].

У загальній популяції частка осіб, які стикаються з психічними розладами, зазвичай становить близько 1–3 %. Водночас у країнах і регіонах, що зазнали впливу збройних конфліктів, ці показники істотно зростають. Таке

зростання пов’язується передусім із поширенням посттравматичного стресового розладу, а також із проблемами, зумовленими зловживанням алкоголем і наркотичними речовинами, депресивними станами та хронічним стресом, спричиненим досвідом війни. Окремо виокремлюється значна група населення, чисельність якої, за оцінками, може досягати 30–40 %, у представників якої спостерігаються різноманітні симптоми психологічного неблагополуччя, зокрема порушення сну, підвищена дратівливість, почуття безнадії та зростання рівня тривожності. Такі прояви здатні зберігатися тривалий час і поступово посилюватися, суттєво обмежуючи повсякденне функціонування людини. Навіть за відсутності формального психіатричного діагнозу ці особи можуть перебувати у стані психосоціальних розладів, що підвищують ризик домашнього насильства, кримінальної поведінки, відрахування з навчальних закладів та інших форм соціальної дезадаптації. Водночас слід враховувати, що після переживання травматичних подій значна частина населення відчуває кошмари, тривогу та інші стресові симптоми, які у багатьох випадках мають транзиторний характер і з часом поступово зменшуються за інтенсивністю та частотою [82].

Попри очевидний зв’язок між конфліктом і зростанням поширеності психічних порушень, кількість масштабних популяційних досліджень серед дорослого населення в постраждалих від конфлікту регіонах, особливо в країнах з низьким рівнем доходу, залишається обмеженою. За наявними оцінками, серед біженців частота гострої клінічної депресії та посттравматичного стресового розладу коливається в межах від 40 до 70 %. Епідеміологічні дослідження, проведені серед вимушено переміщених осіб і біженців у прикордонних районах Таїланду й Камбоджі, а також в Алжирі, Ефіопії, Газі та Уганді, демонструють, що від 15 до 53 % респондентів мають ознаки ПТСР, безпосередньо пов’язані з пережитим конфліктом [57]. Так, в Уганді 71 % опитаних повідомили про наявність тяжких депресивних розладів, тоді як в Алжирі, Камбоджі, Ефіопії та Газі поширеність психопатологічних проявів становила 17 % серед осіб без досвіду травмування

і зростала до 44 % серед тих, хто зазнав насильства. Для порівняння, у неконфліктних державах, зокрема у США, менше ніж 10 % дорослого населення протягом року стикається з посттравматичним стресовим розладом або тяжкою депресією.

Довгострокові наслідки конфліктів для психічного здоров'я підтверджуються і дослідженнями, проведеними в Сомалі протягом десятиріччя після завершення воєнних дій. Їх результати засвідчили, що приблизно кожна п'ята сім'я доглядає щонайменше одного члена родини з тяжкими психічними розладами, причому більшість із них становлять колишні комбатанти, які зловживали психоактивними речовинами, зокрема катом — місцевою рослиною з амфетаміноподібною дією. Встановлено також, що близько 15 % колишніх бійців мають серйозні психічні порушення, переважно психотичного характеру, і ризик розвитку таких станів, що призводять до втрати працездатності, у них у чотири рази вищий порівняно з особами, які не зазнали впливу збройного конфлікту [60].

Можна стверджувати, що в типовій постконфліктній країні рівень поширеності психічних розладів серед населення зазвичай займає проміжне положення між надзвичайно високими показниками, характерними для біженців і вимушено переміщених осіб, та відносно низькими рівнями, зафіксованими в державах, які не переживали збройних конфліктів [57].

Зокрема, діти розглядаються як одна з найбільш уразливих категорій населення в умовах збройного конфлікту, що зумовлено високою чутливістю їхньої нервової системи та незавершеністю процесів психічного розвитку. Упродовж формування особистості вони зазнають численних стресових впливів, які можуть бути безпосереднім наслідком насильницьких і травматичних подій, пов'язаних із війною, або ж мати опосередкований характер, проявляючись, зокрема, через хронічне недоїдання, що спричиняє затримку фізичного росту та порушення когнітивного розвитку. У конфліктних умовах матері нерідко перебувають у стані депресії чи посттравматичного стресового розладу, що істотно обмежує їхню здатність

забезпечувати належний догляд, емоційну підтримку та розвиткову стимуляцію дітей. Додатковим чинником ризику виступає підвищений рівень стресу в сімейному та соціальному середовищі, який часто призводить до зростання випадків домашнього насильства, свідками або ж безпосередніми жертвами якого стають діти.

Окремої уваги потребує психічне здоров'я дітей-комбатантів, а також осіб, які набули інвалідності внаслідок бойових дій, зокрема в результаті ампутацій або мінно-вибухових травм, як це спостерігалося, наприклад, у Сьєрра-Леоне чи Анголі. У відповідь на комплексність проблем цієї категорії населення Група «Сироти та вразливі діти» Світового банку адаптувала підхід, запозичений із програм USAID, з метою більш гнучкого врахування різноманітних потреб дітей, які постраждали від конфлікту, залежно від характеру та глибини їхнього травматичного досвіду [60].

Жінки також характеризуються підвищеною вразливістю до психологічних наслідків війни, при цьому емпіричні дані засвідчують тісний взаємозв'язок між психічними стражданнями матерів і станом психоемоційного благополуччя їхніх дітей у воєнний період. Доведено, що депресивні стани матері в пренатальному та постнатальному періодах асоціюються з гіршими показниками фізичного розвитку немовлят у межах громади. Попри підвищену уразливість, жінки нерідко демонструють значний рівень стійкості до стресу, що значною мірою пояснюється їхньою ключовою роллю у збереженні функціонування сім'ї та підтримці її членів у кризових умовах.

Психологічні наслідки вимушеного переміщення розкриваються через призму травматизації особистості. Індивіди переживають не лише безпосередній шок від втрати дому чи близьких, але й вторинні ефекти, пов'язані з ізоляцією та стигмою в приймаючих суспільствах. У збройних конфліктах люди часто відчувають постійну тривогу через невизначеність майбутнього, що може призводити до ерозії самоідентичності, коли колишні ролі втрачають значення, а нові здаються недосяжними [70]. Порушення

адаптаційних механізмів проявляється у виснаженні емоційних ресурсів та погіршенні когнітивних функцій, що ускладнює інтеграцію. Хоча деякі дослідження вказують на потенціал посттравматичного зростання, переважно наслідки залишаються деструктивними, особливо для вразливих груп, таких як діти чи літні люди. Саме тому ці наслідки варто розглядати не як ізольовані симптоми, а як системні порушення, де сімейна підтримка та соціальні мережі можуть пом'якшити удар.

Травматизація особистості в умовах вимушеного переміщення визначається як процес, під час якого зовнішні загрози, зокрема втрата дому або розлука з близькими, викликають глибокі зміни в психічній структурі, призводячи до порушень, що перешкоджають нормальному функціонуванню. Згідно з біоекологічною теорією Бронфенбреннера, глибина впливу залежить від взаємодії між мікросистемами (сім'я) та макросистемами (соціальні та політичні умови) [70]. Переміщення не обмежується фізичним переїздом, а включає емоційну дезорієнтацію, коли базові потреби в безпеці порушуються, що, за теорією стресу, провокує каскад реакцій від гіперактивності до апатії.

Концепція колективної травми пояснює, як не тільки окремі особистості, але й цілі спільноти зазнають фрагментації ідентичності, а етнокультурні чинники модулюють ступінь вразливості [85]. Інтеграція психологічних і соціальних перспектив показує, що переміщення порушує баланс особистості, призводячи до когнітивних і емоційних дисфункцій. Хронічний стрес може передаватися між поколіннями через сімейні динаміки, посилюючи вразливість дітей [25]. Теорія ресурсів збереження пояснює втрату соціального капіталу як ключовий механізм стійкості травми, тоді як гуманістичні підходи наголошують на потенціалі відновлення через самоактуалізацію.

Механізми травматизації включають прямі реакції на загрозу та вторинні процеси, такі як соціальна маргіналізація. Нав'язливі спогади про події, що призвели до переміщення, блокують фокус на сьогоденні, викликаючи хронічну тривогу [64]. Когнітивні спотворення, коли світ

сприймається як ворожий, ведуть до уникнення контактів та посилюють ізоляцію. Одні люди розвивають депресивні тенденції через безпорадність, інші – агресивну поведінку для відновлення контролю.

Важливо гуманізувати ці прояви, усвідомлюючи, що за ними стоять реальні страждання біженців та переміщених осіб.

Накопичення стресових факторів, порушення базових потреб і зниження самооцінки часто медіюються соромом та соціальною підтримкою [85]. Не всі механізми деструктивні: деякі активують захисні стратегії, такі як раціоналізація, проте в умовах тривалої невизначеності вони швидко виснажуються. Етнокультурні фактори, колективізм та гендерні особливості визначають виразність травми: жінки частіше демонструють регресію, чоловіки – пригнічення емоцій [50].

Порушення адаптаційних механізмів проявляється у зниженні здатності пристосовуватися до нових умов, коли звичні стратегії копінгу стають недоступними через розрив соціальних зв’язків. У переміщених осіб знижується резилієнс, що призводить до апатії або гіперреактивності та ускладнює інтеграцію в нові спільноти [71]. Когнітивні дефіцити, такі як проблеми з увагою, поглиблюють порушення, роблячи щоденні рішення імпульсивними. Соціальна ізоляція та втрата ресурсів корелюють із депресією, а стрес батьків – із дистресом дітей [25].

На індивідуальному рівні симптоми включають емоційну нестабільність, тривогу та депресію, які варіюють залежно від віку та досвіду, із нав’язливими спогадами, що порушують функціонування [70]. Фізичні прояви, як соматичні болі, часто мають психогенний характер, відображаючи внутрішній конфлікт.

На груповому рівні симптоми проявляються як колективна тривога, що посилює безнадію та маргіналізацію [30]. Водночас солідарність і спільна підтримка можуть пом’якшити вплив травми, сприяючи відновленню. Прояви включають когнітивні порушення, зниження концентрації та труднощі в адаптації [15]. Гуманізуючи, симптоми – це способи психіки захиститися, як

у випадку біженців, де сором або втрачений сенс життя посилюють дистрес [85].

1.3. Специфіка психоемоційних станів вимушено переміщених осіб: симптоматика посттравматичного стресового розладу, депресивних розладів та тривожних станів

Вимушено переміщені особи, які опинилися в умовах тривалого стресу через збройні конфлікти чи масштабні катастрофи, переживають комплекс психоемоційних станів, що суттєво впливають на їхнє щоденне функціонування та соціальні взаємодії. Дослідники фіксують високу частоту нав'язливих спогадів про травматичні події, емоційну нестабільність та постійне відчуття загрози серед представників даної категорії населення. Аналіз подібних станів дозволяє виявити складні зв'язки між посттравматичним стресовим розладом, депресивними та тривожними проявами, які значно ускладнюють процеси адаптації до нових умов життя.

Втрата звичного оточення провокує реакції, подібні до тих, що спостерігаються при хронічних психологічних розладах. Безсоння, дратівливість та соціальна ізоляція стають звичним станом для багатьох переміщених осіб, хоча частина індивідів, спираючись на внутрішні психологічні ресурси, знаходить шляхи до поступового відновлення. Проте переважна більшість переживає глибокий дистрес, який потребує системного емпатичного підходу, адже за кожним симптомом стоять реальні людські долі, наповнені втратами та пошуком сенсу в новій реальності [59].

Сучасний гуманістичний підхід у психології підкреслює важливість розгляду подібних станів не як суто патологічних явищ, а як природної відповіді психіки на надмірне навантаження. Інтеграція різних форм психологічної підтримки може стати основою для трансформації болю у потенціал особистісного зростання. Психоемоційні стани вимушено переміщених осіб характеризуються специфічною симптоматикою, де

травматичний досвід тісно переплітається з емоційними порушеннями, формуючи комплексні розлади.

У ситуаціях, спричинених конфліктами, індивіди часто відчувають постійну напругу, пов'язану з невизначеністю майбутнього. Така напруга провокує поступову ерозію емоційної стабільності, внаслідок чого радість від простих речей зникає, а тривога перетворюється на постійного супутника життя [67]. Симптоматика також включає різноманітні фізичні прояви, зокрема головні болі та серцебиття, які часто ігноруються як самими особами, так і медичним персоналом, проте саме вони сигналізують про глибокий внутрішній конфлікт і психосоматичну природу дистресу.

Дослідження вказують на варіативність реакцій залежно від культурного контексту, проте у переважній більшості випадків стани залишаються інтенсивними, особливо серед вразливих груп населення, таких як жінки та діти. Стає очевидним, наскільки необхідно розглядати подібні прояви в їхній цілісності та взаємозв'язку, оскільки посттравматичний стрес часто супроводжується депресивними симптомами, які, у свою чергу, посилюють тривожні стани. Водночас, певні фактори, зокрема соціальна підтримка та відчуття солідарності з громадою, можуть суттєво пом'якшити негативний вплив переміщення на психічне здоров'я [68].

Психоемоційні стани вимушено переміщених осіб визначаються дослідниками як складний комплекс реакцій на травматичні події, що охоплює емоційну дезорієнтацію, когнітивні порушення та поведінкові зміни. Сукупність таких реакцій призводить до формування розладів, які перешкоджають нормальному життю та соціальному функціонуванню особистості. Теоретичні моделі, що базуються на травматологічних дослідженнях, інтерпретують подібний феномен через біопсихосоціальну призму, де взаємодії між індивідуальними факторами (такими як рівень резилієнсу) та зовнішніми умовами (зокрема, умовами проживання в таборах для переміщених осіб) визначають інтенсивність психоемоційних проявів [62].

У межах такого підходу стани не обмежуються ізольованими симптомами, а охоплюють широкий спектр емоційної нестабільності. Порушення базових потреб у безпеці, згідно з теорією стресу, провокує каскад психофізіологічних реакцій від гіперактивності до повного виснаження. Теоретичні основи також спираються на концепцію колективного дистресу, яка передбачає, що не тільки окремі індивіди, але й цілі групи переживають фрагментацію емоційних зв'язків. Емпіричні дані демонструють, як етнічні та культурні фактори модулюють подібні процеси, роблячи деякі спільноти психологічно стійкішими до стресових впливів [72].

Основи таких станів кореняться в інтеграції психологічних і соціальних перспектив, де переміщення розглядається як чинник, що порушує емоційну рівновагу особистості. Дослідження демонструють, як хронічний дистрес, накопичений під час евакуації, може призводити до трансгенераційної передачі травми. Батьки передають емоційну напругу нащадкам через сімейні патерни виховання та комунікації, і подібний процес значно посилює психологічну вразливість майбутніх поколінь.

Теоретичні моделі, зокрема модель психологічного капіталу, пояснюють втрату емоційних ресурсів як ключовий механізм, що робить психоемоційні стани стійкими до природного відновлення. З іншого боку, гуманістичні підходи підкреслюють потенціал для психологічного відновлення через емпатію, підтримку та створення сприятливих умов для самореалізації [54]. Розгорнутий аналіз, де теоретичні положення переплітаються з емпіричними прикладами, дозволяє зрозуміти, наскільки важливим виявляється врахування культурного фону при оцінці психоемоційних станів. У деяких суспільствах колективна підтримка слугує потужним амортизатором, зменшуючи емоційну ізоляцію та відчуття безпорадності. Контраст між теоретичними припущеннями та емпіричними даними демонструє необхідність мультидисциплінарного підходу, адже емоційні реакції формуються в контексті взаємодії особистості з конкретним соціокультурним оточенням [56].

Симптоматика посттравматичного стресового розладу серед вимушено переміщених осіб характеризується тріадою ключових проявів: нав'язливими спогадами про травматичні події, станом гіперзбудження та поведінкою уникнення. Індивіди часто переживають флешбеки, коли минуле несподівано вторгається в теперішнє, викликаючи панічні атаки, безсоння та інтенсивні фізіологічні реакції. Подібні прояви блокують здатність особистості до нормальних соціальних взаємодій та повсякденного функціонування [66].

Симптоми також охоплюють емоційне оніміння, коли здатність відчувати радість поступово зникає, а дратівливість стає постійною характеристикою емоційного стану. Соціальна відстороненість посилюється, оскільки особи втрачають інтерес до спілкування та уникають ситуацій, що потенційно можуть нагадати про травматичний досвід. Різноманітність проявів вражає: деякі люди розвивають гіперчутливість до зовнішніх подразників, зокрема до гучних звуків чи раптових рухів, тоді як інші повністю уникають розмов про минуле або відвідування місць, пов'язаних з травматичними подіями [70].

Варто зазначити, що за кожною реакцією стоять реальні людські страждання. Особи, які втратили близьких під час конфлікту або евакуації, переживають особливо інтенсивні симптоми, адже горе накладається на травматичний досвід переміщення. Посттравматичний стресовий розлад розвивається через накопичення травматичних факторів, де хронічне порушення сну призводить до когнітивного виснаження, зниження концентрації уваги та труднощів із прийняттям рішень. Дослідження показують, як соціальна підтримка може медіювати подібні ефекти, проте за відсутності адекватних ресурсів негативний вплив на емоційний стан лише посилюється [85].

Не всі симптоми мають виключно деструктивний характер. Деякі індивіди активують захисні психологічні стратегії, зокрема практики медитації, когнітивну переоцінку травматичного досвіду або пошук нових сенсів у житті. Проте в умовах нестачі матеріальних та соціальних ресурсів

подібні стратегії часто виявляються недостатньо ефективними для подолання інтенсивної симптоматики. Слід звернути увагу на різну довжину симптоматичних проявів: якщо короткі епізоди можуть фокусуватися на конкретному симптомі, як гіперактивність, що проявляється в постійній настороженості, то тривалі періоди розгортають складну картину взаємодії між етнокультурними аспектами та індивідуальними особливостями [64].

Етнокультурні фактори, зокрема рівень колективізму в культурі, впливають на вираження розладу. Також спостерігаються гендерні відмінності у проявах посттравматичного стресового розладу: жінки частіше відчувають емоційне виснаження та інтрузивні спогади, тоді як чоловіки схильні пригнічувати почуття та виявляти агресивні реакції на тригери. Симптоматика часто включає соматичні прояви, які відображають психофізіологічний зв'язок між емоційними переживаннями та тілесними відчуттями [71].

Головні болі, м'язові спазми, серцево-судинні порушення та гастроінтестинальні симптоми стають супутниками хронічного стресу. Інтенсивність таких соматичних проявів корелює з тривалістю перебування в умовах переміщення та рівнем невизначеності щодо майбутнього. Когнітивні спотворення, зокрема надмірна пильність до потенційних загроз, призводять до швидкого виснаження уваги. Особи втрачають здатність концентруватися на щоденних завданнях, що унеможливлює продуктивну діяльність та планування майбутнього [30].

За таких умов соціальна ізоляція поглиблюється, оскільки індивіди уникають контактів з оточуючими, побоюючись осуду, непорозуміння або необхідності розповідати про травматичний досвід. Подібна поведінка формує замкнене коло: відсутність підтримки посилює симптоми, а інтенсивна симптоматика, у свою чергу, унеможливлює пошук та отримання допомоги від професіоналів чи найближчого оточення.

Симптоматика депресивних розладів серед вимушено переміщених осіб проявляється в постійному смутку, втраті інтересу до раніше приємної діяльності та хронічній фізичній втомі. Звичні джерела радості поступово

зникають із життя особи, а апатія стає домінуючою характеристикою емоційного стану. У переміщених осіб часто спостерігається суттєве зниження самооцінки, яке відбувається на тлі накопичення різноманітних втрат: звичного місця проживання, соціального статусу, професійної ідентичності, близьких стосунків [34].

Накопичення втрат призводить до соціальної ізоляції, яка значно ускладнює процеси психологічного відновлення. Когнітивні спотворення, зокрема песимістичне бачення майбутнього та переконання у власній безпорадності, посилюють депресивні розлади, роблячи навіть найпростіші щоденні дії обтяжливими та вимагаючими надмірних зусиль. Хоча деякі люди знаходять певне полегшення в спільних активностях із членами громади або групах підтримки, у переважній більшості випадків симптоми залишаються інтенсивними, особливо в умовах економічної нестабільності та невизначеності [41].

Депресивні розлади розвиваються на тлі втрати соціальних опор, коли руйнування звичних соціальних мереж призводить до відчуття емоційної порожнечі. Подібна порожнеча часто трансформується в соматичні скарги, адже психологічний дистрес знаходить вираження через тілесні симптоми. Емпіричні дані вказують на значущу кореляцію між сімейними втратами, зокрема втратою близьких родичів під час конфлікту, та глибиною депресивних симптомів. За подібними проявами стоять конкретні людські історії: матері в таборах для переміщених осіб, які втрачають мотивацію доглядати за власними дітьми, дорослі чоловіки, що втрачають сенс життя після неможливості виконувати традиційні гендерні ролі [25].

Такі явища не слід інтерпретувати як особисту слабкість або недостатню силу волі. Навпаки, подібні реакції є природною відповіддю психіки на накопичений біль та хронічний стрес. Різноманітність термінології дозволяє уникнути повторів: замість постійного використання терміну "депресивні розлади" доцільно застосовувати синоніми, зокрема "емоційні порушення",

"афективні розлади" або "пригнічений стан", що робить текст більш природним для сприйняття.

Водночас депресивна симптоматика часто маскується під фізичні захворювання. Особи скаржаться на хронічну втому, порушення апетиту (як його зниження, так і переїдання), безсоння або, навпаки, надмірну сонливість, не усвідомлюючи психогенний характер таких проявів. Медичний персонал у таборах для переміщених осіб або в регіонах компактного проживання вимушено переміщених осіб нерідко концентрується виключно на соматичних аспектах, не приділяючи достатньої уваги емоційним коріням проблеми [50].

Когнітивні аспекти депресивних розладів включають значні труднощі з прийняттям навіть простих рішень, зниження концентрації уваги та нав'язливі думки про безперспективність власного майбутнього. Подібні когнітивні порушення унеможливлюють адекватне планування та активні дії, спрямовані на покращення життєвої ситуації. Особи, які переживають депресію, часто відчувають ірраціональну провину за власне переміщення, за нездатність захистити близьких або за втрату рідних. Такі ірраціональні переконання закріплюють патологічний стан, адже самозвинувачення підриває залишки самооцінки та віри у власні можливості [15].

Таблиця 1.1

Симптоматика посттравматичного стресового розладу, депресивних розладів та тривожних станів

Симптоми	Клінічний опис	Функціональні наслідки
Постійний смуток та апатія	Втрата інтересу до життя через накопичені втрати та руйнування звичного способу життя	Соціальна ізоляція, критичне зниження продуктивності у всіх сферах
Фізична втома та соматичні болі	Хронічне виснаження від стресу, головні болі напруги, м'язові болі	Значне погіршення фізичного здоров'я, уникнення будь-яких активностей
Когнітивні спотворення	Песимістичне бачення майбутнього, низька самооцінка, відчуття провини	Конфлікти в міжособистісних стосунках, підвищений ризик суїцидальних думок

Джерело: складено за даними [12]

За подібних обставин соціальна відстороненість посилюється, і люди втрачають зв'язок не лише з оточуючими, але й з власними базовими потребами та бажаннями. Занурення у стан емоційного паралічу перешкоджає будь-яким спробам пошуку допомоги або зміни ситуації, що лише поглиблює депресивний стан та формує хронічний перебіг розладу

На індивідуальному рівні симптоматика тривожних станів включає постійне очікування загрози, серцебиття, м'язову напругу та тремтіння, причому інтенсивність та характер проявів варіюється залежно від віку, статі та попереднього травматичного досвіду. Нав'язливі думки про можливі небезпеки постійно заважають концентрації уваги на поточних завданнях, що значно знижує продуктивність та якість життя. Фізичні прояви, зокрема тремтіння рук, пітливість, утруднене дихання, часто мають психогенну природу та відображають внутрішній неспокій особистості [12].

У груповому контексті тривожна симптоматика може поширюватися як феномен колективної напруги, коли тривога одних осіб посилює відчуття безпорадності та невизначеності в інших членів громади. Водночас громадська солідарність може пом'якшити подібні ефекти, як демонструють випадки, де спільноти переміщених осіб організовують групи взаємопідтримки або спільні активності, що знижують рівень індивідуальної тривожності.

Прояви тривожних станів не обмежуються виключно емоційними переживаннями, а включають суттєві поведінкові зміни. Уникнення певних ситуацій, місць або людей стає нормою для особи з тривожним розладом, що значно ускладнює процеси адаптації до нового середовища та інтеграції в приймаючу громаду. З гуманістичної перспективи, подібні симптоми можна розглядати як спроби психіки адаптуватися до надмірного навантаження, як у випадках переміщених осіб, чия тривога посилюється соціальною стигмою або дискримінацією з боку місцевого населення.

Тривожні стани часто супроводжуються катастрофічним мисленням, коли індивіди систематично перебільшують ймовірність та серйозність

потенційних негативних подій. Подібна когнітивна тенденція призводить до формування хронічного стресу, адже особи живуть у постійному очікуванні небезпеки, навіть коли об'єктивних загроз у поточній ситуації немає. Гіпервиджування вичерпує психологічні ресурси та призводить до швидкого емоційного виснаження [67].

Тривожність може проявлятися також у соціальних ситуаціях, де переміщені особи відчувають інтенсивний страх перед можливим осудом з боку представників приймаючої громади. Подібна соціальна тривога суттєво унеможливлює процеси інтеграції, оскільки людина свідомо уникає будь-яких контактів, побоюючись відторгнення, непорозуміння або конфліктів. Тривожні стани часто виявляються коморбідними з депресією та посттравматичним стресовим розладом, формуючи складний симптомокомплекс, де кожен розлад взаємно посилює інший.

Розмежування між різними розладами стає утрудненим як для діагностики, так і для вибору адекватних терапевтичних інтервенцій. За подібних обставин емоційна нестабільність досягає критичного рівня, і особи втрачають контроль над власними афективними реакціями. Інтенсивні емоційні сплески дезорієнтують оточуючих людей і поступово руйнують міжособистісні стосунки, що посилює соціальну ізоляцію та відчуття самотності.

Наслідки психоемоційних розладів серед вимушено переміщених осіб поширюються далеко за межі індивідуального рівня та впливають на функціонування суспільства загалом. Зростання рівня дистресу в популяції переміщених осіб призводить до посилення соціальної напруги, збільшення навантаження на систему охорони здоров'я та соціальні служби. Водночас подібна ситуація може стимулювати розвиток емпатії та солідарності в приймаючих громадах, якщо створюються адекватні умови для інформування населення та залучення його до процесів підтримки.

Ігнорування психологічних потреб вимушено переміщених осіб ризикує ескалацією соціальних проблем, включаючи зростання рівня домашнього

насильства, зловживання психоактивними речовинами, самогубств та міжгрупових конфліктів. Тому створення доступної, культурно чутливої та науково обґрунтованої системи психологічної допомоги має розглядатися як пріоритет соціальної політики в регіонах, що зіткнулися з масовим переміщенням населення.

1.4. Концептуальні підходи до надання психологічної допомоги вимушено переміщеним особам: український та зарубіжний досвід

Аналізуючи визначення «психологічної підтримки» та «психологічної допомоги», центральним аспектом виступає психічне здоров'я, яке формує фундамент для задоволення базових потреб, активної життєвої позиції, досягнення індивідуальних цілей та ефективної взаємодії з оточенням — соціальним, професійним і культурним. Водночас відновлення особистісних цінностей і пріоритетів залежить, з одного боку, від динаміки життєвих обставин, а з іншого — від уявлень про майбутнє, що виступають рушійною силою трансформацій та орієнтиром особистісного розвитку.

Система психосоціальних послуг для осіб, що стали жертвами вимушеного переміщення, інтегрується в міжнародні стандарти гуманітарної підтримки. Міжнародні та національні документи, що регулюють надання допомоги, включають Гуманітарну хартію, Мінімальні стандарти гуманітарної підтримки, а також Кодекс поведінки при наданні допомоги під час стихійних лих і катастроф, розроблений Міжнародним рухом Червоного Хреста та Червоного Півмісяця, а також численними громадськими організаціями [43].

Разом із загальною гуманітарною допомогою психологічна підтримка набуває все більшої значущості для подолання наслідків кризових ситуацій. Для України особливу цінність становить міжнародний досвід застосування інструментів оцінки психоемоційного стану дітей та підлітків після травматичних подій. Одним із таких інструментів є Індекс реакції на

посттравматичний стресовий розлад (PTSD Reaction Index), розроблений Каліфорнійським університетом у Лос-Анджелесі.

Індекс PTSD широко використовується у США та інших країнах світу після великих катастроф, актів насильства та надзвичайних ситуацій. Він слугує базовим компонентом громадських програм психічного здоров'я та відновлення, дозволяючи оцінити рівень травматизації в різних вікових групах і культурних середовищах [81]. Психологи застосовують такі інструменти не лише для діагностики, а й для побудови програм реабілітації, враховуючи практику «непрямої» підтримки, коли робота ведеться через близьких осіб, сприяючи відновленню постраждалих.

Серед ефективних форм соціальної підтримки — створення умов для поліпшення якості життя та професійної адаптації людей, які постраждали від різних обставин. Волонтерські організації, що працюють із ветеранами, вже сьогодні активно сприяють розвитку бізнес-ініціатив, допомагаючи з реєстрацією підприємств, пошуком приміщень, набором персоналу та просуванням послуг. Значна частина таких ініціатив стає доступною завдяки особистим рекомендаціям друзів або членів сім'ї, що полегшують старт у новій сфері самореалізації.

Завдяки розвитку інформаційних технологій та широкому доступу до Інтернету, можливості для жителів невеликих міст і сіл значно розширилися, навіть у випадках відсутності спеціалізованих центрів реабілітації чи груп взаємодопомоги. Онлайн-сервіси дозволяють отримати консультації психологів, доступ до спеціалізованої літератури, порад та рекомендацій, а також брати участь у віртуальних програмах підтримки.

Активність у соціальних мережах та створення онлайн-спільнот ветеранів або груп підтримки для членів їхніх родин сприяє обговоренню актуальних проблем, пошуку рішень і підвищенню ефективності професійної психологічної допомоги [16, с. 142].

Психологи повинні спрямовувати увагу дорослих на усвідомлення власних ресурсів і потенціалу для подолання стресових ситуацій. Кожна

людина має внутрішні резерви, і завдання фахівця полягає в тому, щоб своєчасно допомогти зорієнтуватися у нових умовах. Активне включення особистості, навчання методам саморегуляції, формування позитивної мотивації та установки на успіх сприяє більш ефективному процесу відновлення та поверненню психологічного благополуччя.

Концептуальні підходи до надання психологічної допомоги вимушено переміщеним особам визначаються як систематизовані стратегії, спрямовані на пом'якшення емоційного дистресу, відновлення адаптаційних можливостей та сприяння інтеграції в нові середовища проживання. Подібні підходи враховують як індивідуальні психологічні особливості осіб, так і соціальні фактори, що впливають на процеси адаптації. Згідно з аналізом, проведеним у міжнародних рекомендаціях, такі стратегії базуються на біопсихосоціальній моделі, де взаємодія біологічних реакцій на стрес, психологічних процесів (зокрема, копінг-стратегій) та соціальних мереж визначає ефективність терапевтичних втручань [78].

У даному контексті теоретичні основи включають теорію резилієнсу, яка підкреслює значення внутрішніх ресурсів індивідів, здатних перетворювати травматичний досвід на основу для особистісного зростання. Застосування подібної теорії дозволяє розробляти програми, що не лише зосереджуються на лікуванні симптомів, але й розвивають навички подолання складних життєвих обставин. Теоретичні засади також опираються на гуманістичні принципи, запропоновані Карлом Роджерсом, де емпатія та безумовне прийняття стають фундаментом терапевтичної роботи, допомагаючи переміщеним особам відновити почуття власної цінності в умовах численних втрат [69].

Основи подібних підходів кореняться в інтеграції травматологічних та громадських перспектив, де психологічна допомога розглядається як процес, що відновлює соціальний капітал, порушений внаслідок примусового переміщення. Теоретичні моделі, зокрема екологічна теорія Бронфенбреннера,

акцентують увагу на впливі макросистем (таких як державна політика) на мікросистеми (зокрема, сімейне функціонування) [75].

Гуманістичний акцент підкреслює важливість сприйняття переміщених осіб не як пасивних жертв обставин, а як активних учасників власного процесу відновлення. Короткі теоретичні міркування фокусуються на універсальності базових психологічних потреб. У деяких спільнотах колективні ритуали та традиційні практики слугують потужним терапевтичним інструментом, що необхідно враховувати при розробці програм допомоги. Контраст між індивідуальними та груповими стратегіями втручання демонструє багатовимірність підходів до надання психологічної допомоги вимушено переміщеним особам.

Теоретичні основи концептуальних підходів до надання психологічної допомоги вимушено переміщеним особам формуються на перетині кількох психологічних напрямків, що забезпечує комплексність розуміння проблеми. Біопсихосоціальна модель, яка стала домінуючою парадигмою в сучасній травматології, розглядає психологічний дистрес як результат взаємодії біологічних, психологічних та соціальних факторів. Біологічний компонент включає нейрофізіологічні реакції на хронічний стрес, що проявляються в порушенні функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-надниркovозалозної системи. Психологічний аспект охоплює когнітивні спотворення, емоційні порушення та поведінкові патерни, сформовані внаслідок травматичного досвіду [75].

Соціальний компонент підкреслює роль соціальної підтримки, культурного контексту та економічних умов у формуванні психоемоційних станів переміщених осіб. Теорія резилієнсу, розроблена на основі досліджень осіб, які успішно подолали травматичний досвід, акцентує увагу на захисних факторах та адаптаційних ресурсах особистості. Резилієнс розглядається не як статична характеристика, а як динамічний процес, що може бути розвинений через цілеспрямовані втручання. Ключові компоненти резилієнсу включають здатність до когнітивної переоцінки негативного досвіду, навички емоційної

регуляції, оптимістичне світобачення та наявність значущих соціальних зв'язків [79].

Гуманістична психологія, представлена роботами К. Роджерса та А. Маслоу, вносить суттєвий внесок у розуміння принципів надання психологічної допомоги. Роджерсівські принципи емпатії, безумовного позитивного прийняття та конгруентності терапевта створюють терапевтичне середовище, в якому особистість може відновити почуття власної цінності та здатність до самоактуалізації. Для вимушено переміщених осіб, які пережили множинні втрати та травматизацію, подібний підхід надає можливість відновити базову довіру до світу та власних можливостей.

Теорія прикріплення, розроблена Дж. Боулбі та розвинена М. Ейнсворт, пропонує пояснювальну модель для розуміння емоційних розладів, що виникають внаслідок розриву значущих зв'язків під час переміщення. Втрата звичного оточення, розлука з близькими та руйнування соціальних мереж активують систему прикріплення, провокуючи інтенсивні емоційні реакції. Терапевтичні втручання, засновані на теорії прикріплення, спрямовані на відновлення почуття безпеки через формування нових надійних зв'язків та зцілення травм прикріплення [6].

Екологічна теорія У. Бронфенбреннера розширює розуміння впливу контексту на психологічне функціонування особистості. Згідно з даною теорією, розвиток та адаптація індивіда відбуваються в системі концентричних кіл впливу: мікросистема (сім'я, найближче оточення), мезосистема (взаємодія між різними мікросистемами), екзосистема (соціальні інституції) та макросистема (культурні цінності, державна політика). Для вимушено переміщених осіб порушення на всіх рівнях екологічної системи створює кумулятивний стресовий вплив, що необхідно враховувати при розробці втручань. Ефективна психологічна допомога має адресувати не лише індивідуальний рівень, але й сприяти змінам на рівні спільноти та соціальної політики [84].

Когнітивно-поведінкова теорія пропонує практичні інструменти для роботи з посттравматичними симптомами через модифікацію дисфункціональних когнітивних схем та поведінкових патернів. Когнітивні спотворення, такі як катастрофічне мислення, надмірна генералізація та персоналізація, підтримують психоемоційні розлади та знижують адаптаційні можливості. Когнітивно-поведінкові втручання допомагають особам ідентифікувати та змінити подібні патерни мислення, розвинути навички вирішення проблем та поступово повернутися до активного життя [8].

Нарративний підхід розглядає терапію як процес реконструювання життєвої історії, де травматичний досвід інтегрується в більш широкий контекст особистісного наративу. Для переміщених осіб, чия ідентичність часто пов'язана з втраченим місцем та способом життя, нарративна терапія надає можливість створити нову, узгоджену історію, що включає як втрати, так і ресурси для майбутнього. Подібний підхід особливо ефективний для роботи з питаннями ідентичності, сенсу життя та культурної приналежності [77].

Український досвід надання психологічної допомоги вимушено переміщеним особам сформувався в контексті тривалого збройного конфлікту та масового вимушеного переміщення населення, що розпочалося у 2014 році та суттєво інтенсифікувалося у 2022 році. Українські фахівці розробили та впровадили гнучкі програми, що поєднують державні ініціативи з зусиллями громадських організацій, допомагаючи значній кількості людей впоратися з наслідками травматичного досвіду. Подібні програми характеризуються швидкою адаптацією до мінливих умов та орієнтацією на кризове реагування [75].

Фахівці в Україні активно застосовують підходи, засновані на психоосвіті та груповій терапії. Переміщені особи отримують знання про природу стресових реакцій, навчаються технікам саморегуляції та методам подолання емоційного дистресу. Подібні втручання не лише зменшують рівень тривоги та депресії, але й сприяють соціальній реінтеграції, що

підтверджується результатами програм, реалізованих у регіонах з високою концентрацією вимушеного переміщених осіб. Групові форми роботи виявилися особливо ефективними, оскільки дозволяють учасникам поділитися досвідом, отримати підтримку від осіб у подібній ситуації та подолати відчуття самотності [75].

Український досвід включає використання цифрових платформ для дистанційної психологічної підтримки. В умовах обмеженого доступу до кваліфікованих фахівців, особливо в сільських регіонах та невеликих містах, онлайн-консультування та мобільні додатки роблять психологічну допомогу більш доступною для широких верств населення. Проте виклики, зокрема брак стабільного інтернет-з'єднання в деяких регіонах та низький рівень цифрової грамотності серед окремих категорій населення, вимагають розробки гібридних рішень, що поєднують онлайн та офлайн формати надання послуг.

Хоча деякі програми фокусуються виключно на кризовому втручанні та наданні невідкладної психологічної допомоги, переважно ефективними виявляються ті ініціативи, що передбачають довгостроковий психологічний супровід. Залучення волонтерів, пройшли спеціальне навчання, та місцевих громад до процесу надання підтримки дозволяє розширити охоплення та забезпечити більш сталу систему допомоги. Досвід в Україні демонструє, як інтеграція психологічної допомоги в систему соціальних послуг, наприклад у центрах для вимушеного переміщених осіб, сприяє комплексному відновленню, де емоційна підтримка органічно поєднується з практичною допомогою в вирішенні побутових, юридичних та економічних питань [79].

Емпіричні дані вказують на суттєве зниження симптомів депресії та посттравматичного стресового розладу серед учасників таких комплексних ініціатив. Гуманізуючи досвід України, варто згадати конкретні історії, як жінки, які втратили домівки та були змушені розпочати життя з нуля в незнайомому місті, знаходять внутрішні сили в групових зустрічах, обмінюючись переживаннями та стратегіями подолання. Подібний обмін не

лише полегшує біль та зменшує відчуття ізоляції, але й створює нові значущі соціальні зв'язки, що стають основою для подальшої адаптації [61].

Контраст між державними програмами та проектами неурядових організацій демонструє різні моделі фінансування, організації та реалізації психологічної допомоги. Державні ініціативи часто характеризуються більшою стабільністю та охопленням, проте меншою гнучкістю та швидкістю реагування на нові виклики. Неурядові організації, навпаки, демонструють високу адаптивність та інноваційність, проте стикаються з проблемами нестабільного фінансування та обмеженої інституційної спроможності.

У період 2022-2025 років розвинулися мобільні бригади психологів, що систематично відвідують віддалені райони та населені пункти, де доступ до стаціонарних послуг обмежений. Подібні бригади адаптують методи роботи до різних вікових груп, зокрема розробляючи спеціалізовані програми для дітей, підлітків, дорослих та осіб похилого віку. Хоча функціонування мобільних бригад вимагає значних матеріальних та організаційних ресурсів, такий підхід відкриває шлях до формування більш стійкої та інклюзивної системи психологічної підтримки. Окремі ініціативи зосереджуються на наданні психологічної першої допомоги для дітей, які пережили травматичні події, розробляючи ігрові та арт-терапевтичні методи, адаптовані до дитячого віку та когнітивних особливостей [84].

Аналіз діяльності органів державної влади та міжнародних організацій у сфері психологічної підтримки вимушено переміщених сімей з моменту загострення російської агресії з 24 лютого 2022 року демонструє суттєвий прогрес у формуванні системи надання психологічної допомоги. Підтримка передбачала не лише індивідуальні та групові консультації, а й розвивальні заняття для дітей, супроводжувані супервізійними зустрічами з батьками. Практичні психологи, соціальні педагоги та інші фахівці гуманітарного спрямування активно залучалися до роботи з цими сім’ями, спрямовуючи свої зусилля на подолання наслідків стресових подій та забезпечення безперервного доступу до професійної психологічної допомоги.

Особливу увагу привертає діяльність міжнародних організацій, зокрема «Лікарі без кордонів» (MSF, Женевський офіс) та Triangle Generation Humanitaire, які співпрацюють із державними структурами та надають цільову психологічну підтримку вимушено переміщеним сім'ям. В умовах військового конфлікту критично важливим виявляється своєчасне надання першої психологічної допомоги. Спеціалісти зазначають, що першу допомогу можуть надавати не лише кваліфіковані психологи, а й близькі чи колеги, завдяки взаємній підтримці та стабільному емоційному клімату. Основні складові першої допомоги включають емоційну, фізичну та соціальну підтримку, які спрямовані на відновлення відчуття безпеки та допомогу постраждалим у відновленні життєвих ресурсів.

Зарубіжний досвід надання психологічної допомоги вимушено переміщеним особам накопичувався протягом десятиліть у країнах з тривалою історією міграційних криз та роботи з біженцями. Подібний досвід підкреслює критичну важливість культурно-чутливих моделей втручання, де терапевтичні підходи адаптуються до етнічних, релігійних та культурних особливостей цільових груп, сприяючи більш ефективному психологічному зціленню. У країнах Європи та Сполучених Штатах Америки програми психологічної допомоги часто включають багатошарові стратегії, що охоплюють спектр втручань від індивідуальної психотерапії до створення громадських центрів підтримки [58].

Подібний комплексний підхід дозволяє переміщеним особам не лише впоратися з безпосередніми наслідками травми, але й успішно інтегруватися в суспільство приймаючої країни. Ініціативи Управління Верховного комісара ООН у справах біженців (UNHCR) демонструють ефективність інтеграції психосоціальної підтримки в програми забезпечення базових потреб, освіти та працевлаштування. Зарубіжний досвід передбачає широке використання доказових методів психотерапії, ефективність яких підтверджена численними рандомізованими контрольованими дослідженнями. Зокрема, метод десенсибілізації та переробки за допомогою руху очей (EMDR) активно

застосовується для обробки травматичних спогадів та зменшення симптомів посттравматичного стресового розладу [77].

Водночас в азіатських культурних контекстах акцент робиться на колективних практиках, що узгоджуються з традиційними цінностями та світоглядом. Групова медитація, традиційні ритуали та залучення релігійних лідерів до процесу підтримки виявляються культурно прийнятними та ефективними інструментами зцілення. Міжнародний досвід демонструє, як цифрові інтервенції, зокрема мобільні додатки для самодопомоги, платформи онлайн-консультування та віртуальні групи підтримки, розширюють доступ до психологічних послуг, особливо в таборах біженців, де кількість кваліфікованих фахівців обмежена.

Українські програми переважно орієнтовані на кризове реагування та надання невідкладної психологічної допомоги, що зумовлено поточним збройним конфліктом та постійною загрозою безпеці. Тоді як міжнародні ініціативи, особливо в країнах зі стабільною ситуацією безпеки, можуть більше фокусуватися на довгостроковій інтеграції переміщених осіб у суспільство та їхній соціально-економічній адаптації. Складносурядні конструкції дозволяють побачити, наскільки ресурси впливають на характер та ефективність втручань: хоча в Україні обмежене фінансування та нестача кваліфікованих кадрів обмежують масштаби професійних програм, зарубіжні ініціативи, зокрема в Канаді чи Скандинавських країнах, користуються стабільним бюджетним фінансуванням та розвиненою інфраструктурою, що призводить до більш системних результатів.

Український досвід характеризується значною роллю волонтерів та громадських організацій, які часто компенсують недостатність державних послуг. Подібна модель має як переваги (гнучкість, швидкість реагування, залученість громади), так і обмеження (нестабільність фінансування, варіативність професійної підготовки, ризик вигорання). Зарубіжний досвід демонструє більш інституціоналізовану модель, де психологічна допомога

інтегрована в систему державних послуг з чіткими стандартами, механізмами моніторингу та оцінки якості.

Різниця також проявляється в рівні використання доказових практик. Міжнародні програми широко застосовують методи з доведеною ефективністю, зокрема когнітивно-поведінкову терапію, EMDR, наративну експозицію. В українському контексті, попри зростаюче визнання важливості доказового підходу, впровадження подібних методів обмежується недостатністю підготовлених фахівців та ресурсів для систематичного навчання. Водночас досвід України демонструє інноваційність у розробці гібридних моделей, що поєднують онлайн та офлайн формати, адаптації методів до умов активного конфлікту та створенні програм.

Моделі психологічної допомоги для вимушено переміщених осіб можна систематизувати, що відображено у таблиці 1.2.

Таблиця 1.2

Моделі психологічної допомоги для вимушено переміщених осіб

Модель психологічної допомоги	Опис
Модель кризової інтервенції	Спрямована на негайну допомогу особам у період травматичних подій, таких як війна або природні катастрофи. Фахівці надають емоційну підтримку, впорядковують емоції та страхи, допомагають подолати стрес і травматичний досвід.
Модель психотерапії	Передбачає довгострокову роботу психолога з клієнтами для усунення психологічних проблем та травм. Використовуються різні психотерапевтичні методи, що сприяють відновленню психічного здоров’я та підвищенню якості життя.
Модель групової психологічної допомоги	Особи об’єднуються в групи для спільних занять із психологами, що сприяють обміну досвідом і підтримці один одного. Групові сесії допомагають зменшити страх, підвищити ресурсність та покращити емоційний стан.
Модель соціальної адаптації	Фокусується на відновленні соціального статусу та інтеграції в нові умови життя. Психологи допомагають вирішувати питання освіти, зайнятості та соціальної адаптації.
Модель психосоціальної підтримки	Консультації, рекомендації та розвиток стратегій копінгу, що зміцнюють психологічну стійкість та ефективність подолання стресу і травм.
Модель психоосвіти	Проведення навчальних заходів і тренінгів для розвитку навичок саморегуляції, підвищення самосвідомості та формування позитивних моделей мислення. Клієнтів навчають управляти емоціями та зміцнювати психологічне здоров’я.

Різноманіття моделей психологічної допомоги пояснюється необхідністю враховувати специфіку потреб кожної особи та різні аспекти процесу психологічної реабілітації. Усі підходи мають власні переваги та застосовуються залежно від обставин, забезпечуючи психологам можливість комплексного впливу на стан вимушено переміщених осіб та підтримку їхнього благополуччя.

Процес психологічної допомоги має сприяти не лише адаптації до нових умов, але й формуванню нового погляду на життя, переосмисленню травми та розвитку нових цінностей і цілей. Ключовим аспектом є надання емоційної підтримки, що дозволяє висловлювати страхи та тривогу, пов’язані з переміщенням або травматичними подіями, а також допомагає зрозуміти і опрацювати ці емоції.

Робота із стресом передбачає навчання методам саморегуляції та технікам зниження тривожності, адже переселенці часто втрачають житлове середовище, роботу та соціальні зв’язки. Психолог сприяє процесу адаптації, допомагаючи знайти житло, роботу, навчальні заклади, які відповідають потребам родини. Крім того, важливо надавати підтримку у вирішенні конфліктів, що можуть виникати в новому соціальному середовищі, і спрямовувати сім’ї до конструктивного розв’язання проблем.

Особливу увагу приділяють підтримці сімей, оскільки наслідки переміщення торкаються не лише окремих членів, а всього родинного кола. Комплексна робота з сім’єю дозволяє зміцнити психологічні ресурси та створити умови для стійкої адаптації в новому соціумі.

Висновки до першого розділу

1. Аналіз наукової літератури виявив, що вимушене переміщення є комплексною травматичною подією, яка включає не лише факт фізичного переміщення, але й множинні втрати: втрату дому, соціального статусу, звичного способу життя, соціальних зв'язків, ідентичності. Специфіка травми вимушеного переміщення полягає у її пролонгованому характері, невизначеності перспектив повернення, необхідності адаптації до нових умов за відсутності достатніх ресурсів, хронічному стресі від розлуки з близькими та переживанні за їхню безпеку.

2. Встановлено, що психологічні наслідки вимушеного переміщення охоплюють широкий спектр порушень: посттравматичний стресовий розлад, депресивні стани, тривожні розлади, соматичні симптоми, порушення соціального функціонування. Поширеність клінічно значущої симптоматики у вимушено переміщених осіб сягає 60-80%, що є значно вищим порівняно з загальною популяцією. Провідними симптомокомплексами є інтрузивні спогади, уникнення тригерів, гіперзбудження, емоційне заціпеніння, депресивний афект, генералізована тривожність.

3. Теоретичний аналіз концепцій адаптації показав, що адаптація вимушено переміщених осіб є нелінійним, індивідуально варіативним процесом, що проходить через кілька стадій: від гострої кризи через період дезорієнтації до поступової стабілізації та інтеграції нового досвіду.

Успішність адаптації залежить від балансу між стресорами (тяжкість травматичного досвіду, матеріальні труднощі, соціальна ізоляція) та ресурсами (соціальна підтримка, особистісна стійкість, ефективні копінг-стратегії, доступність професійної допомоги).

4. Систематизація підходів до психологічної допомоги вимушено переміщеним особам виявила, що найбільшу доказову базу ефективності мають інтегративні програми, що поєднують когнітивно-поведінкову терапію (для реструктуризації дисфункціональних переконань та формування адаптивної поведінки), тілесно-орієнтовані методи (для роботи з соматизованим стресом), арт-терапію (для невербального вираження травматичного досвіду), гуманістичні принципи (для створення безпечного терапевтичного простору). Груповий формат роботи має особливі переваги для цієї категорії клієнтів, оскільки знижує ізоляцію, нормалізує досвід, надає взаємну підтримку.

Таким чином, теоретичний аналіз дозволив комплексно осмислити проблему психоемоційних станів вимушено переміщених осіб, виявити ключові закономірності їхньої динаміки, систематизувати ефективні підходи до психологічної допомоги, що створило міцну теоретико-методологічну базу для подальшого емпіричного дослідження.

РОЗДІЛ 2
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВИМУШЕНО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

2.1. Методологія та організація емпіричного дослідження психологічного стану вимушено переміщених осіб

Організація емпіричного дослідження розпочалася з формування вибірки респондентів, що відбувалося впродовж трьох місяців на базі центрів надання соціальних послуг та громадських організацій, які працюють з вимушено переміщеними особами. Загальна кількість учасників дослідження становила 60 осіб віком від 20 до 55 років, кожна з яких пережила примусове переселення протягом останнього року. Такий часовий проміжок було обрано невипадково, оскільки психологічна адаптація до нових життєвих умов відбувається поступово, а найгостріші емоційні реакції зазвичай спостерігаються саме в перший рік після переїзду. Вікові межі вибірки також визначалися особливостями досліджуваної проблематики: молоді та люди середнього віку становлять найбільш активну частину переселенців, які змушені швидко адаптуватися до нових обставин, шукати роботу та забезпечувати не лише себе, а й своїх близьких.

Для забезпечення можливості порівняльного аналізу та оцінки ефективності психологічних втручань всіх респондентів було розподілено на дві рівночисельні групи по 30 осіб у кожній. Контрольна група складалася з учасників, які отримували стандартну соціальну підтримку без додаткових психологічних інтервенцій, тоді як експериментальна група проходила спеціально розроблену програму психологічної допомоги. Розподіл учасників між групами здійснювався методом випадкової вибірки, що дозволило мінімізувати вплив побічних факторів на результати дослідження. При формуванні груп враховувалися такі параметри, як стать, вік, освітній рівень, сімейний стан та тривалість перебування у статусі вимушено переміщеної

особи, аби забезпечити максимальну гомогенність обох груп за основними соціально-демографічними характеристиками.

Емпіричне дослідження психологічного стану вимушено переміщених осіб здійснювалося послідовно через чотири основні етапи, кожен з яких мав специфічні завдання та тривалість.

Підготовчий етап тривав три місяці і передбачав формування вибірки респондентів, встановлення контактів з центрами надання соціальних послуг, отримання інформованої згоди від учасників та їх випадковий розподіл на контрольну й експериментальну групи. Протягом цього етапу також проводилася адаптація приміщень для діагностики, підготовка стимульних матеріалів та інструкцій до методик.

Діагностичний етап тривав приблизно два місяці і полягав у проведенні первинного психологічного обстеження всіх учасників дослідження з використанням п'яти стандартизованих методик. Індивідуальні діагностичні сесії проводилися в комфортних умовах, що забезпечували конфіденційність, а тривалість кожної зустрічі становила від 90 до 120 хвилин залежно від темпу роботи респондента. Результати первинної діагностики фіксувалися в протоколах обстеження та піддавалися математико-статистичній обробці для встановлення вихідних показників психологічного стану обох груп.

Інтервенційний етап тривав три місяці і передбачав реалізацію спеціально розробленої програми психологічної допомоги для учасників експериментальної групи, тоді як контрольна група продовжувала отримувати стандартну соціальну підтримку без додаткових психологічних втручань. Програма включала як індивідуальні консультації, спрямовані на роботу з травматичним досвідом та актуальними проблемами адаптації, так і групові заняття, орієнтовані на розвиток навичок саморегуляції, підвищення стресостійкості та формування ефективних стратегій подолання.

Заключний діагностичний етап тривав один місяць і полягав у повторному психологічному обстеженні всіх учасників дослідження з використанням того самого набору методик, що й на початковому етапі.

Порівняльний аналіз результатів контрольної та експериментальної груп дозволив оцінити динаміку психологічного стану і визначити ефективність застосованих методів психологічної допомоги вимушено переміщеним особам.

Методологічна основа дослідження базувалася на комплексному підході до оцінки психологічного стану переселенців, який передбачав використання валідних та надійних психодіагностичних інструментів.

Методика диференційної діагностики депресивних станів Зунге

Шкала самооцінки депресії Зунге є одним із найбільш поширених інструментів скринінгової діагностики депресивних розладів, який застосовується в клінічній практиці та наукових дослідженнях з 1965 року. Автор методики, американський психіатр В. Зунге, розробив опитувальник на основі діагностичних критеріїв депресії, виокремивши найбільш характерні симптоми афективного, соматичного та психомоторного спектру. Опитувальник складається з двадцяти тверджень, що описують різноманітні прояви депресивного стану, включаючи пригнічений настрій, відчуття порожнечі, плаксивість, порушення сну, зниження апетиту, втрату інтересу до протилежної статі, труднощі в прийнятті рішень, психомоторну загальмованість або ажитацію.

Респондент оцінює частоту переживання кожного симптому за чотирибальною шкалою Лікерта: від «ніколи або рідко» до «майже завжди або постійно». Половина тверджень сформульована в прямому напрямку, відображаючи депресивні симптоми, тоді як інша половина має зворотне формулювання. Загальний бал підраховується шляхом підсумовування оцінок за всіма пунктами з урахуванням реверсії зворотних тверджень, після чого отримане значення переводиться в індекс депресії.

Інтерпретація результатів здійснюється відповідно до стандартизованих норм: показники нижче 20 балів свідчать про відсутність депресивного стану, діапазон від 20 до 40 балів інтерпретується як легка депресія ситуативного або невротичного генезу, значення від 41 до 60 балів вказують на субдепресивний

стан або масковану депресію, тоді як показники вище 60 балів до 80 балів характерні для справжнього депресивного стану.

Методика дослідження стресостійкості та соціальної адаптації Холмса-Раге

Шкала оцінки соціальної реадаптації Холмса-Раге представляє собою діагностичний інструмент, що базується на концепції життєвих подій як стресорів, здатних порушувати психологічну рівновагу особистості та провокувати розвиток психосоматичних захворювань. Томас Холмс і Річард Раге, американські психіатри, провели масштабне дослідження, в результаті якого виокремили 43 найбільш значущі життєві події та присвоїли кожній з них певну кількість балів відповідно до ступеня стресогенності. Методологія розробки шкали передбачала опитування великої кількості респондентів, які оцінювали, наскільки кожна подія вимагає адаптаційних зусиль порівняно з еталонною подією – одруженням, якому було присвоєно 50 балів.

Перелік життєвих подій охоплює широкий спектр ситуацій, від найбільш травматичних, таких як смерть подружжя (100 балів) або розлучення (73 бали), до менш значущих, проте також стресових обставин, як-от зміна умов або графіку роботи (20 балів) чи зміна харчових звичок (15 балів). Процедура діагностики полягає в тому, що респондент відзначає ті події зі стандартизованого списку, які відбулися в його житті протягом останнього року, після чого підраховується сумарний бал стресового навантаження шляхом додавання балів, відповідних відзначеним подіям.

Інтерпретація отриманих результатів ґрунтується на концепції кумулятивного ефекту стресових подій: сума балів менше 150 вказує на невелику кількість життєвих змін і низьку ймовірність розвитку стрес-асоційованих розладів, показники в діапазоні від 150 до 199 балів свідчать про середній рівень стресу з приблизно п'ятдесятивідсотковою ймовірністю погіршення здоров'я, тоді як сума понад 300 балів сигналізує про високий ризик виникнення серйозних проблем зі здоров'ям внаслідок надмірного стресового навантаження. Для вимушено переміщених осіб характерним є

одночасне переживання множинних стресових подій, таких як зміна місця проживання, втрата роботи, фінансові труднощі, порушення звичного способу життя, що призводить до накопичення значного адаптаційного навантаження.

Методика «Шкала психосоціального стресу» Л. Рідера

Шкала психосоціального стресу, розроблена Лео Рідером, представляє собою діагностичний інструмент, орієнтований на виявлення суб'єктивних переживань стресу в повсякденному житті особистості через оцінку широкого спектру психологічних та соціальних симптомів. На відміну від методик, що фокусуються на об'єктивних стресових подіях, інструмент Рідера дозволяє виміряти індивідуальну реакцію людини на життєві обставини, враховуючи її емоційний стан, когнітивне функціонування, міжособистісні відносини та фізичне самопочуття. Опитувальник містить твердження, що описують різноманітні прояви психосоціального напруження, включаючи підвищену дратівливість, емоційну нестабільність, відчуття перевантаження, труднощі концентрації уваги, порушення сну, соматичні скарги невизначеного характеру.

Респондент оцінює частоту переживання кожного стану за 4-бальною шкалою, де вищі значення відповідають згодженню, а нижчі – не згодженню респондента. Така градуйована шкала дозволяє більш тонко диференціювати інтенсивність стресових переживань порівняно з дихотомічними варіантами відповідей. Загальний показник психосоціального стресу обчислюється шляхом підсумовування балів за всіма пунктами опитувальника, причому вищі значення свідчать про більшу вираженість стресової симптоматики.

Особливою цінністю методики Рідера є її чутливість до змін психологічного стану в динаміці, що робить її корисною для оцінки ефективності психологічних інтервенцій та моніторингу процесу адаптації. Для вимушено переміщених осіб ця шкала дозволяє виявити специфічні аспекти психосоціального функціонування, які найбільше страждають внаслідок примусового переселення. Інтерпретація результатів передбачає порівняння індивідуальних показників з нормативними даними, отриманими

на репрезентативних вибірках, що дає змогу визначити ступінь відхилення від середньостатистичних значень. Методика характеризується задовільними психометричними властивостями і може ефективно використовуватися як самостійно, так і в комплексі з іншими діагностичними інструментами для всебічної оцінки психологічного благополуччя особистості в умовах стресу.

Методика дослідження тривожності Ч. Спілбергера

Шкала реактивної та особистісної тривожності, розроблена Чарльзом Спілбергером, є одним із найбільш визнаних інструментів дослідження тривожності як багатовимірного психологічного феномену. Теоретичною основою методики слугує концептуальне розмежування двох принципово різних типів тривожності: ситуативної, яка виникає як реакція на конкретну загрозливу або стресову ситуацію, і особистісної, що являє собою стійку індивідуальну характеристику, яка відображає схильність особистості сприймати широке коло ситуацій як загрозливі та реагувати на них підвищенням рівня тривоги. Опитувальник складається з двох субшкал по двадцять тверджень у кожній, причому перша частина спрямована на вимірювання актуального стану тривоги в момент обстеження, тоді як друга оцінює стабільну схильність до тривожних реакцій.

При заповненні першої субшкали респондентам пропонується оцінити своє самопочуття в даний момент часу, відповідаючи на запитання про наявність напруження, занепокоєння, нервозності чи спокою. Друга субшкала містить твердження про те, як людина почувається зазвичай, у більшості життєвих ситуацій, незалежно від конкретних обставин. Кожне твердження оцінюється за чотирибальною шкалою, причому формулювання містять як прямі індикатори тривожності, так і зворотні, що відображають стан спокою та впевненості.

Обробка результатів передбачає окреме підрахування балів для ситуативної та особистісної тривожності з урахуванням ключа та реверсії балів за зворотними твердженнями. Отримані показники інтерпретуються відповідно до нормативної градації: значення до 30 балів вважаються низькою

тривожністю, діапазон від 31 до 44 балів характеризує помірний рівень, тоді як показники 45 балів і вище свідчать про високу тривожність. Для вимушено переміщених осіб типовим є підвищення обох типів тривожності, однак динаміка їх змін у процесі адаптації відрізняється: ситуативна тривожність, як правило, знижується швидше у міру стабілізації життєвої ситуації, тоді як особистісна тривожність залишається більш стійкою характеристикою, що вимагає спеціальних психотерапевтичних втручань для її корекції.

Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. А. Жмурова

Опитувальник диференціальної діагностики депресивних станів, створений В. А. Жмуровим, являє собою спеціалізований діагностичний інструмент, призначений не лише для виявлення депресивної симптоматики, а й для диференціації різних клінічних варіантів депресії, що має принципове значення для вибору оптимальних стратегій психологічної та психотерапевтичної допомоги. Методика базується на клініко-психопатологічному підході до класифікації депресивних розладів і дозволяє виокремити чотири основні типи депресивних станів: тривожну депресію, яка характеризується поєднанням зниженого настрою з вираженим занепокоєнням і побоюваннями; апатичну депресію, що проявляється байдужістю, втратою інтересу до оточуючого світу та емоційною сплощеністю; астенічну депресію з провідними симптомами виснаження, слабкості та підвищеної стомлюваності; адинамічну депресію, для якої характерна вибіркова втрата мотивації і здатності до вольових зусиль при збереженні критичного ставлення до свого стану.

Опитувальник містить твердження, що описують різноманітні симптоми депресивного спектру, організовані таким чином, щоб відобразити специфіку кожного з виокремлених типів. Респондент оцінює міру відповідності кожного твердження своєму актуальному стану, використовуючи градуйовану шкалу оцінок. Обробка результатів передбачає підрахунок окремих показників для кожного типу депресії, що дозволяє не лише встановити наявність

депресивного розладу, а й визначити його переважаючий варіант або змішаний характер симптоматики.

Диференціальна діагностика типів депресії має важливе практичне значення, оскільки різні варіанти депресивних станів по-різному реагують на терапевтичні впливи. Тривожна депресія потребує первинної роботи зі зниженням рівня тривоги перед безпосередньою активацією, апатична депресія вимагає поступового залучення до діяльності через пошук нових джерел інтересу, астенічна депресія потребує особливої уваги до відновлення енергетичних ресурсів організму, тоді як адинамічна депресія найкраще реагує на методи поведінкової активації. Для вимушено переміщених осіб найбільш характерними є тривожний та астенічний варіанти депресії, що пов'язано з невизначеністю майбутнього, постійним напруженням і виснаженням адаптаційних ресурсів внаслідок тривалого стресу, однак змішані варіанти також зустрічаються досить часто, що підкреслює необхідність індивідуального підходу до кожного клієнта.

Діагностичне обстеження проводилося індивідуально з кожним учасником дослідження в комфортних умовах, що забезпечували конфіденційність і психологічну безпеку. Перед початком тестування всім респондентам надавалася детальна інформація про мету дослідження, пояснювався порядок заповнення методик, а також гарантувалася анонімність отриманих даних. Тривалість однієї діагностичної сесії становила приблизно 90-120 хвилин, залежно від індивідуального темпу роботи респондента. У разі виникнення втоми передбачалися короткі перерви, що дозволяло підтримувати високу якість відповідей протягом усього обстеження.

Після завершення первинної діагностики експериментальна група розпочинала участь у програмі психологічної допомоги, тоді як контрольна група продовжувала отримувати лише стандартну соціальну підтримку. Програма психологічних інтервенцій тривала три місяці та включала як індивідуальні консультації, так і групові заняття. По завершенні програми проводилося повторне діагностичне обстеження обох груп з використанням

того самого набору методик, що давало змогу оцінити динаміку психологічного стану учасників і визначити ефективність застосованих методів психологічної допомоги. Порівняльний аналіз результатів контрольної та експериментальної груп дозволяв виокремити специфічний вплив психологічних втручань на процеси адаптації вимушено переміщених осіб.

2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження психологічної адаптації вимушено-переміщених осіб

Дослідження психологічного благополуччя та соціально-психологічної адаптації вимушено переміщених осіб потребувало застосування комплексного методичного інструментарію, здатного відобразити багатовимірність адаптаційних процесів у кризових обставинах. Констатувальний етап експерименту передбачав детальну діагностику стресостійкості та психосоціального стресу у шістдесяти респондентів віком від 20 до 55 років, рівномірно розподілених між контрольною та експериментальною групами. Вибірка характеризувалася гетерогенністю за демографічними параметрами, проте обидві групи виявилися порівнянними за ключовими соціально-психологічними характеристиками.

Аналіз демографічної структури вибірки засвідчив певні відмінності у статевому складі груп. Контрольна група демонструвала рівномірний розподіл за статтю, оскільки включала п'ятнадцять чоловіків (50,0%) та п'ятнадцять жінок (50,0%), тоді як експериментальна група характеризувалася переважанням чоловічої статі – двадцять чоловіків (66,7%) та десять жінок (33,3%). Віковий склад груп також мав певну специфіку. У контрольній групі середній вік становив 36,17±10,63 років, причому найбільш чисельною виявилася підгрупа віком 26-35 років (тринадцять осіб, або 43,3%), тоді як респонденти віком 36-45 років складали семеро осіб (23,3%), 46-55 років – шестеро учасників (20,0%), а наймолодша категорія 20-25 років налічувала

чотирьох осіб (13,3%). Експериментальна група мала дещо вищий середній вік – 41,30±10,11 років, при цьому найчисельнішою виявилася старша вікова категорія 46-55 років (тринадцять осіб, або 43,3%), по сім респондентів (по 23,3%) припадало на групи 36-45 років та 26-35 років, а троє учасників (10,0%) представляли наймолодшу категорію.

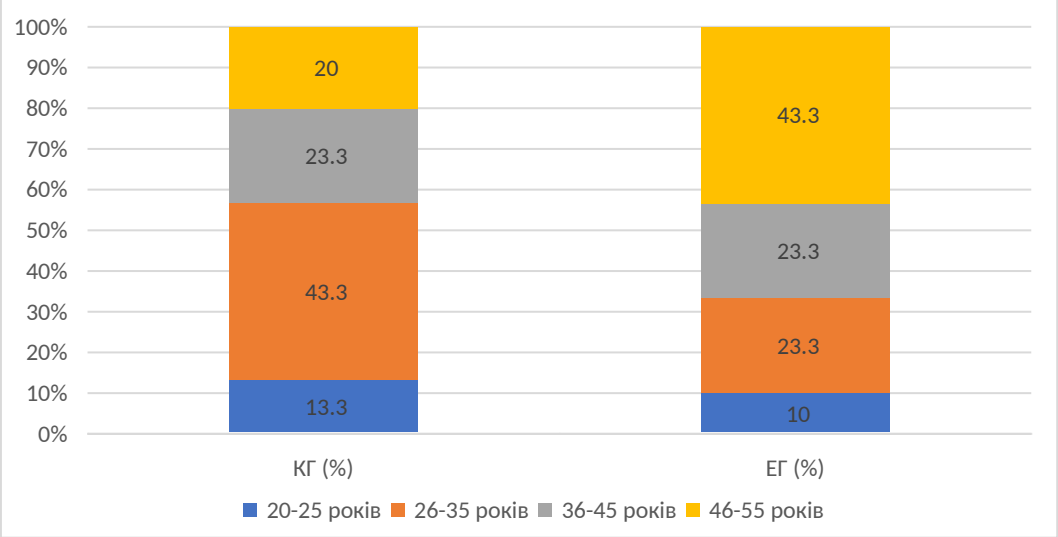


Рис. 2.1. Віковий розподіл вибірки, %

Освітній рівень респондентів демонстрував значну варіативність, водночас обидві групи виявляли схожі тенденції у розподілі. Контрольна група характеризувалася рівномірним представництвом різних освітніх рівнів: по сім осіб (по 23,3%) мали середню та середню спеціальну освіту, по шість респондентів (по 20,0%) володіли незакінченою вищою та вищою освітою, чотири особи (13,3%) мали два дипломи про вищу освіту. Експериментальна група виявляла подібну структуру, проте з дещо іншими акцентами: вісім осіб (26,7%) мали два дипломи, по шість респондентів (по 20,0%) володіли середньою та середньою спеціальною освітою, по п'ять учасників (по 16,7%) мали незакінчену вищу та вищу освіту. Така освітня структура вказувала на достатньо високий інтелектуальний потенціал вибірки, що могло позитивно впливати на здатність до усвідомлення власних психологічних проблем та готовність до участі у психокорекційних заходах.

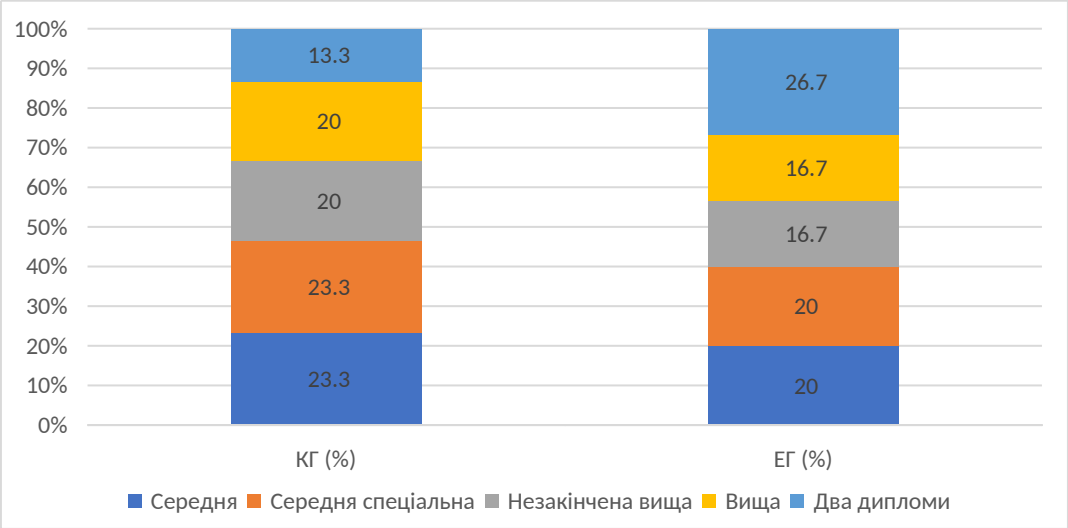


Рис. 2.2. Освітній рівень респондентів, %

Тривалість перебування у статусі вимушено переміщеної особи виступала важливим чинником, що міг впливати на ступінь виснаження адаптаційних ресурсів. Контрольна група в середньому перебувала у статусі ВПО протягом 20,67±9,28 місяців, при цьому найбільша кількість респондентів (тринадцять осіб, або 43,3%) мала досвід вимушеного переміщення тривалістю від 25 до 36 місяців, одинадцять учасників (36,7%) перебували у статусі ВПО від 13 до 24 місяців, шестеро респондентів (20,0%) мали відносно нетривалий досвід переміщення від 6 до 12 місяців.

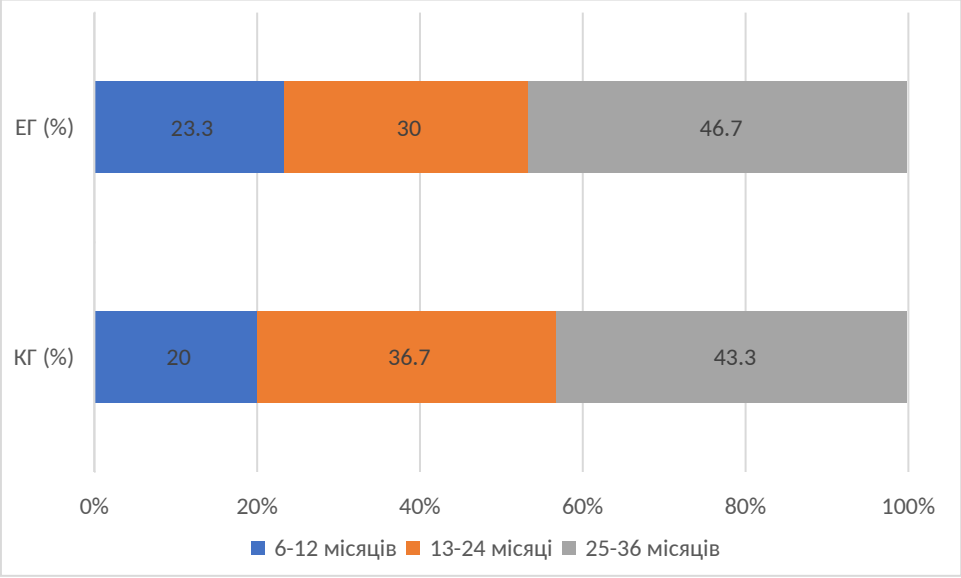


Рис. 2.3. Тривалість перебування у статусі ВПО, %

Експериментальна група характеризувалася близьким середнім показником – 22,07±9,54 місяців, проте з дещо іншим розподілом: чотирнадцять осіб (46,7%) перебували у статусі ВПО від 25 до 36 місяців, дев'ять респондентів (30,0%) – від 13 до 24 місяців, семеро учасників (23,3%) – від 6 до 12 місяців. Тривалість перебування у стані невизначеності та вимушеної адаптації закономірно позначалася на психологічному стані респондентів, сприяючи накопиченню стресових навантажень та виснаженню копінг-ресурсів.

Методика дослідження стресостійкості та соціальної адаптації Холмса-Раге дозволила оцінити здатність респондентів протистояти стресовим чинникам, зумовленим вимушеним переміщенням. Результати констатувального експерименту засвідчили значні порушення адаптаційних можливостей у більшості учасників дослідження. Контрольна група виявила неоднорідний розподіл за рівнями стресостійкості, проте найбільшу кількість складали особи з пороговим рівнем опору стресу – сімнадцять осіб із тридцяти (56,7%). Такий рівень означав, що адаптаційні системи респондентів функціонували на межі своїх можливостей, балансуючи між збереженням відносної стабільності та загрозою декомпенсації. Десять респондентів (33,3%) демонстрували високий рівень стресостійкості, що свідчило про збереження внутрішніх ресурсів для подолання складних життєвих обставин. Водночас троє учасників (10,0%) перебували у стані підвищеної вразливості до стресових впливів, що створювало серйозні ризики для їхнього психічного здоров'я. Середній показник стресового навантаження по контрольній групі становив 232,60±49,42 бала, що відповідало пороговому рівню функціонування адаптаційних систем. Значна величина стандартного відхилення вказувала на істотну варіативність індивідуальних показників всередині групи.

Експериментальна група характеризувалася більш несприятливим початковим станом адаптаційних можливостей. Двадцять респондентів із

тридцяти (66,7%) знаходилися на пороговому рівні стресостійкості, що виявлялося більшою пропорцією порівняно з контрольною групою. П'ятеро учасників (16,7%) демонстрували відверту вразливість до стресових чинників, перебуваючи у стані значного виснаження психологічних ресурсів. Лише п'ятеро респондентів (16,7%) зберігали високий рівень стресостійкості, що було вдвічі меншим показником порівняно з контрольною групою. Середнє значення стресового навантаження по експериментальній групі досягало 252,50±46,69 бала, перевищуючи аналогічний показник контрольної групи майже на двадцять балів. Такий результат свідчив про більш виснажений стан адаптаційних систем та підвищену потребу у кваліфікованій психологічній допомозі. Розподіл респондентів за рівнями стресостійкості відображено у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Розподіл респондентів за рівнями стресостійкості за методикою Холмса-Раге на етапі констатувального експерименту

Рівень стресостійкості	Контрольна група (n=30)		Експериментальна група (n=30)	
	абс.	%	абс.	%
Високий рівень опору стресу	10	33,3	5	16,7
Пороговий рівень	17	56,7	20	66,7
Низький рівень (вразливість)	3	10,0	2	16,7
Середнє значення (M±SD)	232,60±49,42		252,50±46,69	

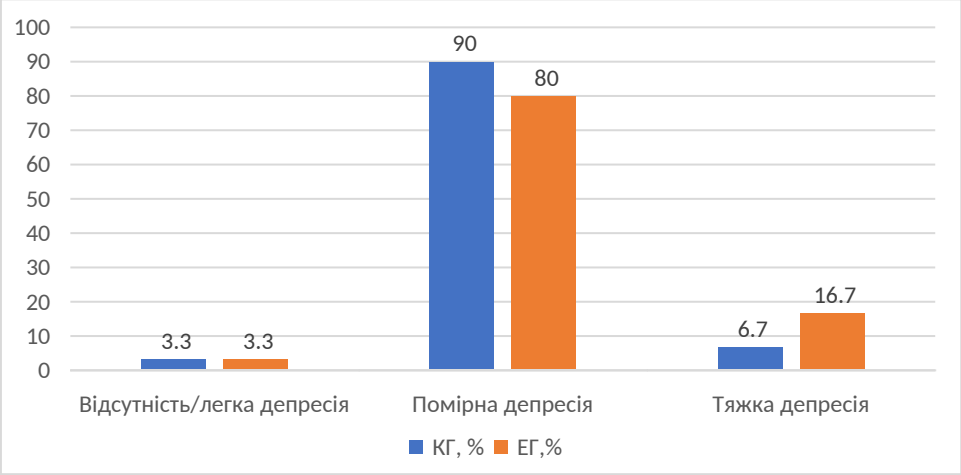


Рис. 2.4. Розподіл респондентів за рівнями стресостійкості за методикою Холмса-Раге, %

Аналіз отриманих результатів дозволяв констатувати, що тривале перебування у статусі вимушено переміщеної особи створювало значне навантаження на адаптаційні системи психіки. Пороговий та низький рівні стресостійкості, виявлені у більшості респондентів, вказували на накопичення так званого "адаптаційного боргу" – стану хронічного перенапруження компенсаторних механізмів, що не встигали відновлюватися між черговими стресовими епізодами. Особливо тривожним виявлявся факт наявності осіб з вираженою вразливістю, оскільки така категорія респондентів потребувала негайної психологічної допомоги для профілактики можливих психічних розладів.

Шкала психосоціального стресу Л. Рідера надала можливість оцінити рівень психосоціального напруження, пов'язаного з переживанням травматичних подій та необхідністю адаптації до нових умов існування. Результати констатувального експерименту виявили критично високий рівень психосоціального стресу у переважної більшості респондентів обох груп, що підтверджувало гіпотезу про глибоке порушення психологічного благополуччя вимушено переміщених осіб. Контрольна група продемонструвала вкрай несприятливу картину: дев'ятнадцять осіб із тридцяти (63,3%) перебували у стані високого психосоціального стресу, одинадцять респондентів (36,7%) виявляли середній рівень стресового навантаження, при цьому жоден учасник не досяг низького рівня стресу. Середній показник по групі становив 2,13±0,29 бала за трибальною шкалою, що чітко вказувало на домінування високого рівня психосоціального стресу.

Експериментальна група демонструвала подібну, хоча дещо більш виражену тенденцію. Двадцять респондентів із тридцяти (66,7%) перебували у стані високого психосоціального стресу, десять учасників (33,3%) виявляли середній рівень стресового навантаження, низький рівень стресу не було зафіксовано у жодного респондента. Середнє значення по експериментальній

групі дорівнювало 2,09±0,34 бали, що практично співпадало з показником контрольної групи та підтверджувало гомогенність вибірки за цим параметром на початковому етапі дослідження. Відносно невелика величина стандартного відхилення в обох групах свідчила про однорідність стресового навантаження, що переживали респонденти. Розподіл учасників за рівнями психосоціального стресу наведено у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Розподіл респондентів за рівнями психосоціального стресу за шкалою Рідера на етапі констатувального експерименту

Рівень психосоціального стресу	Контрольна група (n=30)		Експериментальна група (n=30)	
	абс.	%	абс.	%
Низький рівень стресу	0	0,0	0	0,0
Середній рівень стресу	11	36,7	10	33,3
Високий рівень стресу	19	63,3	20	66,7
Середнє значення (M±SD)	2,13±0,29		2,09±0,34	

Високий рівень психосоціального стресу відображав комплексне порушення соціального функціонування респондентів, що проявлялося у труднощах міжособистісної взаємодії, зниженні соціальної активності, відчутті відчуженості та самотності. Вимушено переміщені особи часто відчували себе маргіналізованими, позбавленими звичного соціального контексту, що посилювало переживання психологічної кризи.

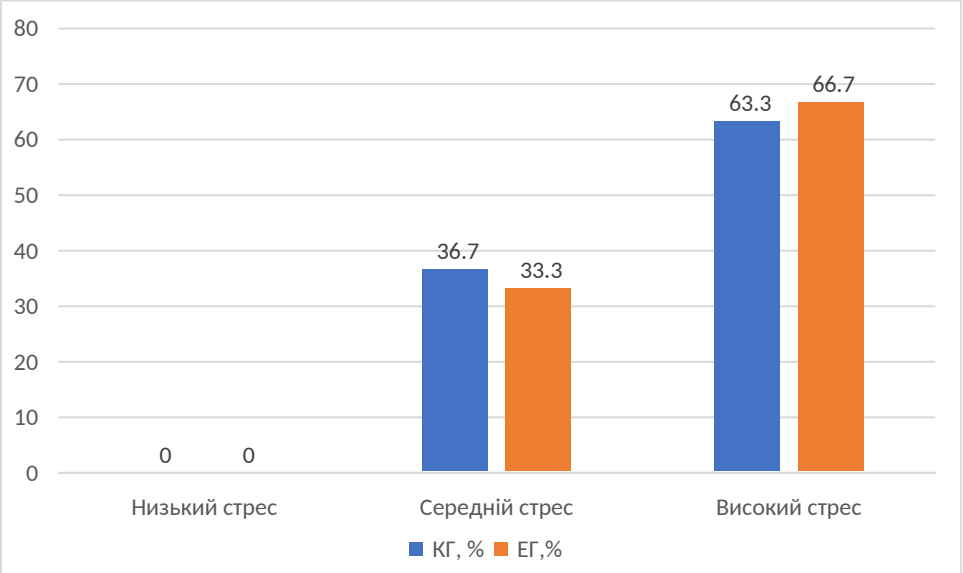


Рис. 2.5. Розподіл респондентів за рівнями психосоціального стресу за шкалою Рідера, %

Відсутність респондентів з низьким рівнем стресу у обох групах засвідчувала тотальність психосоціального навантаження, якому піддавалися всі учасники дослідження без винятку. Навіть ті респонденти, що демонстрували середній рівень стресу, перебували у стані хронічного напруження, потребуючи кваліфікованої психологічної підтримки.

Порівняльний аналіз результатів за двома методиками виявив узгодженість показників стресостійкості та психосоціального стресу. Респонденти з високою стресостійкістю, як правило, демонстрували дещо нижчі показники психосоціального стресу, тоді як особи з вразливістю до стресових чинників інваріантно виявляли високий рівень психосоціального навантаження. Така закономірність підтверджувала теоретичні уявлення про взаємозв'язок різних аспектів адаптаційних процесів та необхідність комплексного підходу до діагностики психологічного благополуччя вимушено переміщених осіб.

Отримані результати констатувального експерименту дозволили сформулювати низку важливих висновків. Стало очевидним, що вимушене переміщення створює потужне та тривале стресове навантаження, яке суттєво перевищує адаптаційні можливості значної частини респондентів. Було виявлено, що природні процеси адаптації виявляються недостатніми для подолання психологічних наслідків травматичного досвіду, про що свідчила висока поширеність порогових та критичних рівнів порушення адаптаційних функцій. По-третє, відсутність суттєвих відмінностей між контрольною та експериментальною групами на початковому етапі дослідження підтвердила коректність формування вибірки та створила методологічно обґрунтовану основу для подальшої оцінки ефективності психологічних інтервенцій.

Особливої уваги заслуговувала категорія респондентів з вираженою вразливістю до стресових чинників та високим рівнем психосоціального

стресу, оскільки саме ці особи перебували у найбільш критичному стані та потребували першочергової психологічної допомоги. Тривале перебування у такому стані створювало серйозні ризики розвитку посттравматичного стресового розладу, депресивних станів, тривожних порушень та соматичних захворювань психогенної природи. Водночас наявність респондентів з відносно збереженими адаптаційними можливостями вказувала на потенціал психологічної стійкості, який міг бути мобілізований та посилений через застосування відповідних психокорекційних технік.

2.3. Аналіз вираженості симптомів посттравматичного стресу, тривожності та депресивних проявів у досліджуваній групі

Констатувальний етап експериментального дослідження передбачав детальну діагностику афективних порушень у вимушено переміщених осіб, оскільки саме депресивні та тривожні розлади виступають найбільш типовими психопатологічними наслідками пережитої психотравми. Застосування комплексу стандартизованих психодіагностичних методик дозволило виявити структуру та ступінь вираженості емоційних порушень у респондентів обох груп, а також оцінити рівень їхніх суб'єктивних страждань.

Методика диференціальної діагностики депресивних станів Зунге надала можливість оцінити наявність та глибину депресивної симптоматики у досліджуваних осіб. Результати констатувального експерименту засвідчили вкрай високу поширеність депресивних проявів серед респондентів обох груп. Контрольна група продемонструвала переважання помірної форми депресії, яку виявлено у двадцяти семи осіб із тридцяти (90,0%). Така форма характеризувалася клінічно значущою депресивною симптоматикою, що включала знижений настрій, песимістичне бачення майбутнього, зниження мотивації та життєвої активності, порушення сну та апетиту, однак не досягала тяжкого рівня. Двоє респондентів (6,7%) виявляли тяжку форму депресії з вираженими суїцидальними думками та глибоким почуттям безнадійності,

тоді як лише одна особа (3,3%) демонструвала відсутність або легку форму депресивних проявів. Середній показник по контрольній групі становив 51,07±6,52 бала, що чітко вказувало на домінування помірної депресії.

Експериментальна група характеризувалася дещо більш вираженою депресивною симптоматикою. Двадцять чотири респонденти (80,0%) перебували у стані помірної депресії, п'ятеро учасників (16,7%) демонстрували тяжку форму депресивного стану, лише одна особа (3,3%) виявляла відсутність клінічно значущої депресії. Середнє значення по експериментальній групі дорівнювало 53,23±6,80 бала, що дещо перевищувало показник контрольної групи та свідчило про більш глибокі депресивні прояви. Особливу тривогу викликала наявність п'яти осіб з тяжкою депресією в експериментальній групі порівняно з двома у контрольній, що могло вказувати на більш несприятливий психологічний стан цієї підгрупи респондентів. Розподіл учасників за рівнями депресії за методикою Зунге представлено у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Розподіл респондентів за рівнями депресії за методикою Зунге на етапі констатувального експерименту

Рівень депресії	Контрольна група (n=30)		Експериментальна група (n=30)	
	абс.	%	абс.	%
Відсутність/легка депресія	1	3,3	1	3,3
Помірна депресія	27	90,0	24	80,0
Тяжка депресія	2	6,7	5	16,7
Середнє значення (M±SD)	51,07±6,52		53,23±6,80	

Виявлена поширеність депресивних станів серед вимушено переміщених осіб виявлялася значно вищою порівняно із загальною популяцією та підтверджувала наукові дані про травматогенний вплив вимушеного переміщення на психічне здоров'я. Депресивна симптоматика у респондентів виявлялася як через типові афективні прояви (знижений настрій, ангедонія, апатія), так і через соматичні еквіваленти (порушення сну, зміни

апетиту, астенізація). Багато учасників дослідження описували відчуття втрати сенсу життя, нездатність планувати майбутнє, стійке почуття провини та безпорадності, що є характерними ознаками депресивного розладу.

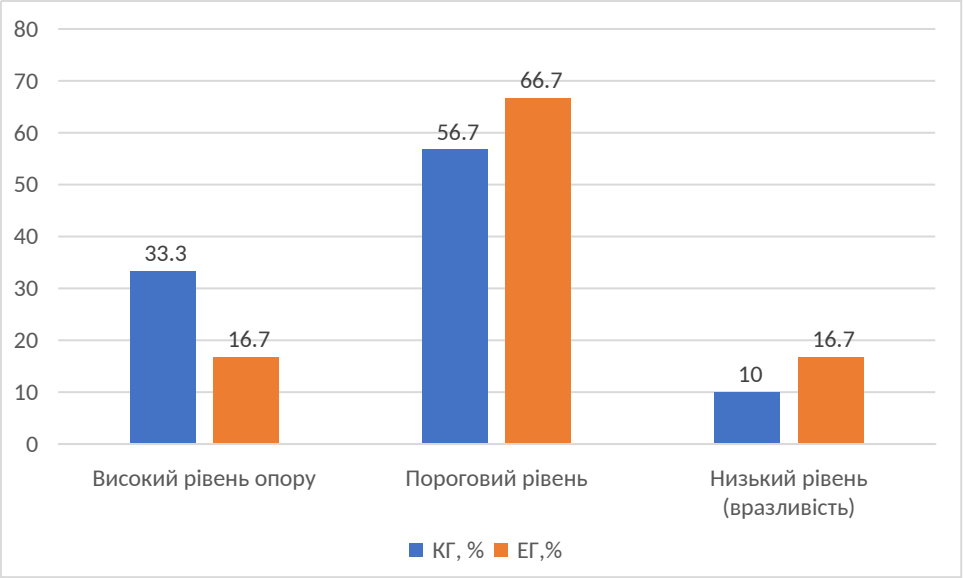


Рис. 2.6. Розподіл респондентів за рівнями депресії за методикою Зунге, %

Методика дослідження особистісної тривожності Ч. Спілбергера дозволила оцінити як ситуативну (реактивну), так і особистісну (конституційну) тривожність респондентів. Дослідження ситуативної тривожності виявило надзвичайно високу поширеність підвищеної тривожності серед учасників обох груп. Контрольна група демонструвала критичну картину: двадцять сім респондентів із тридцяти (90,0%) перебували у стані високої ситуативної тривожності, лише троє учасників (10,0%) виявляли помірний рівень, жоден респондент не досяг низького рівня тривожності. Середній показник по групі становив 49,67±4,47 бала, що однозначно вказувало на домінування високого рівня тривожності. Відносно невелике стандартне відхилення свідчило про однорідність групи за цим параметром.

Експериментальна група виявляла подібну структуру розподілу з незначними варіаціями. Двадцять п'ять осіб (83,3%) перебували у стані високої ситуативної тривожності, п'ятеро респондентів (16,7%) демонстрували помірний рівень тривожності, низький рівень не було зафіксовано у жодного учасника. Середнє значення дорівнювало 48,50±4,95 бала, що практично співпадало з показником контрольної групи та підтверджувало масовий характер тривожних переживань серед вимушено переміщених осіб. Розподіл респондентів за рівнями ситуативної тривожності наведено у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Розподіл респондентів за рівнями ситуативної тривожності за методикою Спілбергера на етапі констатувального експерименту

Рівень ситуативної тривожності	Контрольна група (n=30)		Експериментальна група (n=30)	
	абс.	%	абс.	%
Низька тривожність	0	0,0	0	0,0
Помірна тривожність	3	10,0	5	16,7
Висока тривожність	27	90,0	25	83,3
Середнє значення (M±SD)	49,67±4,47		48,50±4,95	

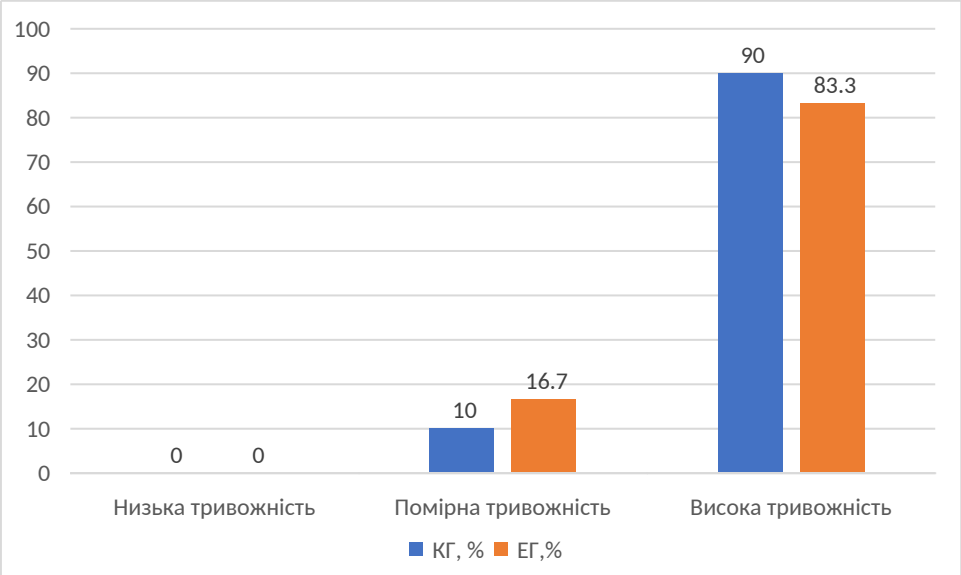


Рис. 2.7. Розподіл респондентів за рівнями ситуативної тривожності за методикою Спілбергера, %

Дослідження особистісної тривожності, що відображає стійку схильність індивіда сприймати широке коло ситуацій як загрозливі, виявило ще більш виражені порушення. Контрольна група продемонструвала переважання високого рівня особистісної тривожності у двадцяти п'яти респондентів (83,3%), помірний рівень зафіксовано у п'яти учасників (16,7%), низький рівень не було виявлено у жодної особи. Середній показник становив 48,67±4,61 бала, що вказувало на значне підвищення базового рівня тривожності як особистісної риси. Експериментальна група виявляла подібну структуру: двадцять дві особи (73,3%) демонстрували високу особистісну тривожність, вісім респондентів (26,7%) перебували на помірному рівні, низький рівень тривожності був відсутній. Середнє значення дорівнювало 48,43±5,80 бала, що практично співпадало з показником контрольної групи. Розподіл за рівнями особистісної тривожності представлено у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Розподіл респондентів за рівнями особистісної тривожності за методикою Спілбергера на етапі констатувального експерименту

Рівень особистісної тривожності	Контрольна група (n=30)		Експериментальна група (n=30)	
	абс.	%	абс.	%
Низька тривожність	0	0,0	0	0,0
Помірна тривожність	5	16,7	8	26,7
Висока тривожність	25	83,3	22	73,3
Середнє значення (M±SD)	48,67±4,61		48,43±5,80	

Виявлена структура тривожності свідчила про комплексне порушення емоційної регуляції у вимушено переміщених осіб. Високі показники як ситуативної, так і особистісної тривожності вказували на те, що респонденти перебували у стані хронічного напруження, постійно очікуючи на можливі загрози та негативні події.

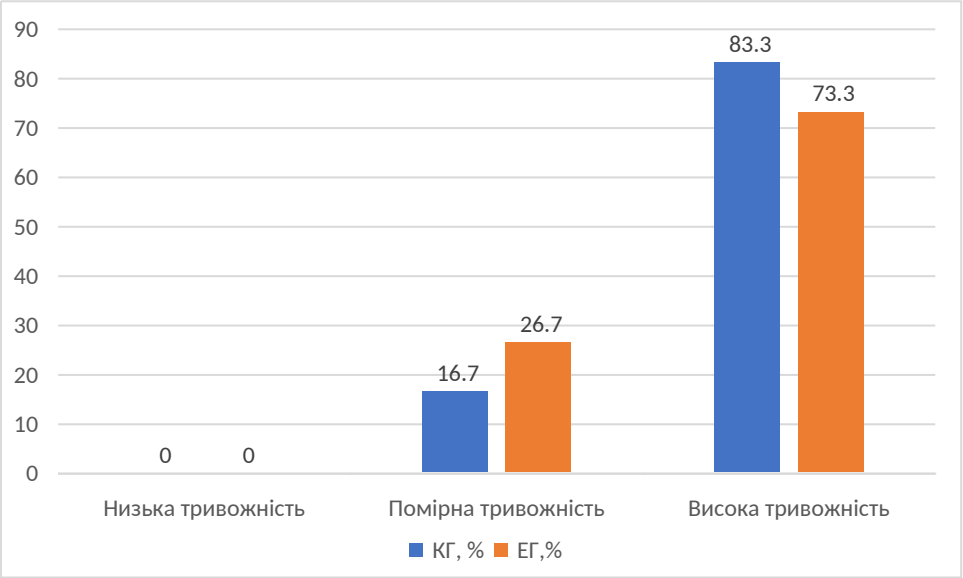


Рис. 2.8. Розподіл респондентів за рівнями особистісної тривожності за методикою Спілбергера %

Тривожність проявлялася через широкий спектр симптомів: постійне занепокоєння, напруженість, дратівливість, труднощі концентрації уваги, порушення сну, соматичні прояви (серцебиття, пітливість, тремор). Відсутність респондентів з низьким рівнем тривожності у обох групах підкреслювала тотальність впливу травматичного досвіду на емоційний стан всіх учасників дослідження.

Методика диференціальної діагностики депресивних станів В.А. Жмурова, що надавала більш детальну градацію рівнів депресії, дозволила уточнити структуру депресивних порушень у досліджуваній вибірці. Контрольна група виявила наступний розподіл: сімнадцять осіб (56,7%) перебували у стані легкої депресії, вісім респондентів (26,7%) демонстрували помірну депресію, четверо учасників (13,3%) мали мінімальну депресію, лише одна особа (3,3%) не виявляла депресивних проявів. Середній показник по групі становив 35,93±12,64 бала, що відповідало легкій формі депресії. Значна величина стандартного відхилення вказувала на істотну варіативність індивідуальних показників всередині групи.

Експериментальна група характеризувалася дещо іншою структурою розподілу. Тринадцять осіб (43,3%) перебували у стані легкої депресії, десять респондентів (33,3%) демонстрували помірну депресію, п'ятеро учасників (16,7%) виявляли мінімальну депресію, по одній особі (по 3,3%) припадало на категорії відсутності депресії та вираженої депресії. Середнє значення дорівнювало 37,03±14,06 бала, що дещо перевищувало показник контрольної групи та підтверджувало тенденцію до більш глибоких депресивних проявів в експериментальній групі. Розподіл респондентів за рівнями депресії за методикою Жмурова наведено у таблиці 2.6.

Результати застосування методики Жмурова підтвердили та деталізували висновки, отримані за допомогою шкали Зунге. Переважна більшість респондентів обох груп перебувала у стані від легкої до помірної депресії, що вказувало на клінічно значущі порушення настрою та життєвої активності. Водночас відсутність осіб з глибокою депресією та невелика кількість респондентів з вираженою депресією свідчили про те, що більшість учасників дослідження зберігала певний потенціал для психологічної роботи та не потребувала негайної психіатричної госпіталізації.

Таблиця 2.6

Розподіл респондентів за рівнями депресії за методикою Жмурова на етапі констатувального експерименту

Рівень депресії	Контрольна група (n=30)		Експериментальна група (n=30)	
	абс.	%	абс.	%
Депресія відсутня	1	3,3	1	3,3
Мінімальна депресія	4	13,3	5	16,7
Легка депресія	17	56,7	13	43,3
Помірна депресія	8	26,7	10	33,3
Виражена депресія	0	0,0	1	3,3
Глибока депресія	0	0,0	0	0,0
Середнє значення (M±SD)	35,93±12,64		37,03±14,06	

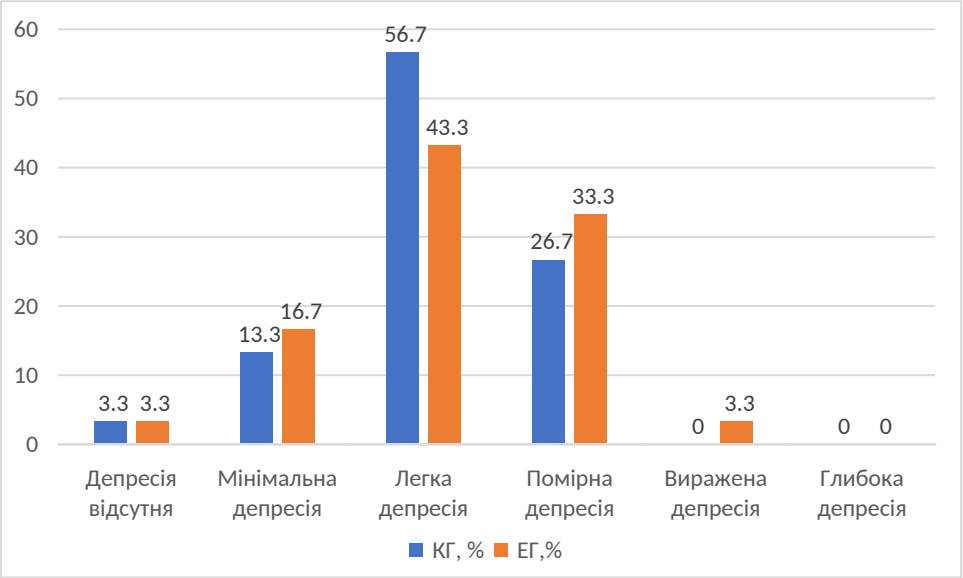


Рис. 2.9. Розподіл респондентів за рівнями депресії за методикою Жмурова, %

Порівняльний аналіз результатів за різними методиками виявив високу узгодженість показників депресивності та тривожності. Респонденти з більш вираженими депресивними проявами, як правило, демонстрували також високі показники тривожності, що відповідало клінічним уявленням про коморбідність цих розладів. Водночас кореляційний аналіз засвідчив, що тривожність виявлялася дещо більш поширеним та вираженим феноменом порівняно з депресією, що могло пояснюватися актуальністю загрози та невизначеністю ситуації, у якій перебували вимушено переміщені особи.

Детальний якісний аналіз депресивної симптоматики виявив низку характерних особливостей. Респонденти часто описували переживання втрати – втрати дому, звичного способу життя, соціальних зв'язків, професійного статусу, матеріального достатку. Така множинна втрата створювала ефект "травматичного ланцюга", коли одна втрата тягла за собою наступні, поглиблюючи депресивний стан. Багато учасників дослідження повідомляли про відчуття провини перед тими, хто залишився у небезпечних регіонах, або перед членами родини, життя яких також було порушено внаслідок переміщення.

Песимістичне бачення майбутнього посилювалося реальною невизначеністю перспектив повернення додому, професійної реалізації, забезпечення житлом.

Тривожна симптоматика у респондентів виявлялася через постійну насторогу, нездатність розслабитися, очікування нових негараздів. Багато учасників дослідження повідомляли про нав'язливі думки про безпеку близьких, що залишилися в зоні конфлікту, про тривожні сновидіння, про труднощі засинання через потік тривожних думок. Соматичні прояви тривожності включали м'язове напруження, головні болі, порушення травлення, серцебиття. Деякі респонденти розвинули фобічні реакції, зокрема страх гучних звуків, що нагадували про військові дії.

Отримані результати констатувального експерименту дозволили сформулювати низку висновків щодо психологічного стану вимушено переміщених осіб. Було встановлено надзвичайно високу поширеність афективних порушень, що охоплювали практично всіх учасників дослідження та виявлялися у формі депресивних та тривожних розладів різного ступеня тяжкості. Виявлено комплексний характер емоційних порушень, що включали як депресивну, так і тривожну симптоматику, часто у формі коморбідних станів. Підтверджено, що природні адаптаційні процеси без спеціалізованої психологічної допомоги виявляються недостатніми для подолання психологічних наслідків травматичного досвіду вимушеного переміщення.

Зіставлення демографічних характеристик з показниками афективних порушень не виявило статистично значущих зв'язків, що вказувало на складність та багатофакторність формування психологічного стану вимушено переміщених осіб. Гендерні відмінності виявилися незначними: жінки демонстрували дещо вищі показники депресії (52,68±7,30 проти 51,77±6,31 у чоловіків за шкалою Зунге), тоді як чоловіки виявляли незначно вищий рівень ситуативної тривожності (49,26±5,08 проти 48,84±4,23 у жінок), проте жодна з цих відмінностей не досягала статистичної значущості ($p>0,05$). Подібна картина свідчила про те, що травматичний досвід вимушеного переміщення

впливає на психологічний стан представників обох статей приблизно однаковою мірою, хоча індивідуальні прояви могли суттєво варіювати.

Таблиця 2.7

Гендерні відмінності у афективних порушеннях

Показник	Чоловіки (n=35)	Жінки (n=25)	t-критерій	p-значення	Інтерпретація
Депресія (Zung)	51.77±6.31	52.68±7.30	-0,515	0,6084	Відмінності незначущі
Депресія (Жмуров)	36.86±12.48	35.96±14.55	0,256	0,7987	Відмінності незначущі
Ситуативна тривожність	49.26±5.08	48.84±4.23	0,336	0,7383	Відмінності незначущі
Особистісна тривожність	48.14±5.40	49.12±4.94	-0,715	0,4774	Відмінності незначущі
Психосоціальний стрес	2.10±0.31	2.13±0.32	-0,306	0,7607	Відмінності незначущі
Стресостійкість	241.71±44.57	243.72±54.93	-0,156	0,8766	Відмінності незначущі

Вікові відмінності також не виявили чіткої закономірності. Молодші респонденти (20-35 років) демонстрували дещо вищі показники депресії (52,96±7,17) порівняно з особами старшого віку 46-55 років (50,84±6,47), проте ці відмінності не досягали статистичної значущості за однофакторним дисперсійним аналізом (F=0,560, p=0,5743). Подібна тенденція спостерігалася і щодо тривожності, де різниця між віковими групами виявилася мінімальною та статистично незначущою (F=0,462, p=0,6322). Така відсутність чітких вікових закономірностей могла пояснюватися тим, що кожна вікова категорія стикалася зі специфічними стресорами: молодші респонденти переживали через порушення життєвих планів та професійної реалізації, тоді як старші особи відчували більші труднощі адаптації до нових умов та песимізм щодо можливості повернення до звичного життя.

Таблиця 2.8

Вікові відмінності у афективних порушеннях

Показник	Молодші (20-35)	Середні (36-45)	Старші (46-55)	F-критерій	p-значення
Депресія (Zung)	52.96±7.17	52.36±6.22	50.84±6.47	0,56	0,5743
Депресія (Жмуров)	38.11±11.75	34.14±14.72	35.89±14.57	0,431	0,6518
Ситуативна тривожність	49.63±4.59	49.14±5.61	48.26±4.28	0,462	0,6322
Особистісна тривожність	48.33±5.20	49.71±4.38	48.00±5.84	0,473	0,6257
Психосоціальний стрес	2.20±0.30	2.02±0.26	2.06±0.34	2,098	0,1321
Стресостійкість	228.33±48.12	263.00±58.46	247.68±36.18	2,626	0,0811

Освітній рівень респондентів виявив складний нелінійний зв'язок з вираженістю афективних порушень. Особи з найнижчим освітнім рівнем (середня та середня спеціальна освіта) демонстрували найвищі показники депресії (54,04±6,71), що могло пояснюватися обмеженими можливостями працевлаштування та соціальної адаптації. Респонденти з незакінченою вищою освітою, навпаки, виявляли найнижчі показники депресивності (47,73±5,68), тоді як особи з вищою освітою та двома дипломами займали проміжне положення (52,13±6,35). Така U-подібна залежність свідчила про те, що освітній рівень сам по собі не виступав простим протективним чинником, оскільки його вплив опосередковувався багатьма іншими змінними, включаючи особистісні очікування, рівень домагань, ступінь усвідомлення власного психологічного стану.

Таблиця 2.9

Відмінності у афективних порушеннях за освітнім рівнем

Показник	середня та середня спеціальна освіта	незакінчена вища освіта	вища освіта та два дипломи
Депресія (Zung)	54.04±6.71	47.73±5.68	52.13±6.35
Депресія (Жмуров)	35.50±15.81	38.64±9.92	36.57±11.82
Ситуативна тривожність	47.23±4.22	49.00±4.05	51.22±4.80
Особистісна тривожність	48.00±5.35	49.55±4.68	48.70±5.39
Психосоціальний стрес	2.09±0.32	2.13±0.34	2.13±0.31

Аналіз зв'язку між тривалістю перебування у статусі ВПО та вираженістю афективних порушень не виявив статистично значущих кореляцій. Коефіцієнт кореляції Пірсона між тривалістю ВПО та депресією за шкалою Зунге становив лише r=-0,009 (p=0,9439), що вказувало на практично повну відсутність лінійного зв'язку. Подібні результати було отримано і для інших показників: кореляція з депресією за Жмуровим склала r=-0,142 (p=0,2804), з ситуативною тривожністю r=-0,181 (p=0,1662), з особистісною тривожністю r=-0,050 (p=0,7051). Порівняння трьох груп респондентів з різною тривалістю перебування у статусі ВПО (6-12 місяців, 13-24 місяці, 25-36 місяців) також не виявило значущих відмінностей за рівнем депресії (F=0,329, p=0,7209) чи тривожності (F=1,371, p=0,2621).

Таблиця 2.10

Відмінності у афективних порушеннях за тривалістю ВПО

Показник	r Пірсона	p-значення	Сила зв'язку	Інтерпретація
Депресія (Zung)	-0,009	0,9439	Слабкий/відсутній	Зв'язок відсутній (p>0.05)
Депресія (Жмуров)	-0,142	0,2804	Слабкий/відсутній	Зв'язок відсутній (p>0.05)
Ситуативна тривожність	-0,181	0,1662	Слабкий/відсутній	Зв'язок відсутній (p>0.05)
Особистісна тривожність	-0,05	0,7051	Слабкий/відсутній	Зв'язок відсутній (p>0.05)
Психосоціальний стрес	0,147	0,2625	Слабкий/відсутній	Зв'язок відсутній (p>0.05)

Таблиця 2.11

Порівняння груп за тривалістю ВПО

Показник	6-12 міс	13-24 міс	25-36 міс	F-критерій	p-значення
Депресія (Zung)	52.08±6.03	53.10±5.12	51.48±8.04	0,329	0,7209
Тривожність (СТ)	50.31±5.02	49.75±5.04	48.00±4.22	1,371	0,2621

Відсутність очікуваного зв'язку між тривалістю ВПО та афективними порушеннями слід описати. Такий результат міг пояснюватися значною індивідуальною варіативністю реакцій на тривалий стрес: деякі особи демонстрували виражені афективні порушення вже у перші місяці після

переміщення, тоді як інші зберігали відносну психологічну стійкість навіть після кількох років перебування у статусі ВПО. Важливу роль могли відігравати медіатори стресового впливу, зокрема наявність соціальної підтримки, ефективність копінг-стратегій, особистісні ресурси стійкості. Відносно невеликий розмір вибірки (60 осіб) та обмежений діапазон тривалості ВПО (від 6 до 36 місяців) могли обмежувати статистичну значущость дослідження. Можливо, найбільш гострі афективні порушення виникають саме у перші місяці після вимушеного переміщення, після чого настає певне "плато", коли подальше подовження перебування у статусі ВПО вже не призводить до лінійного наростання симптоматики.

Отримані результати мали важливе практичне значення, оскільки вказували на необхідність індивідуального підходу при наданні психологічної допомоги вимушено переміщеним особам. Тривалість перебування у статусі ВПО сама по собі не може слугувати надійним предиктором тяжкості афективних порушень, тому психологічна оцінка має базуватися на комплексному аналізі всіх релевантних чинників, включаючи індивідуальні особливості реагування, наявність ресурсів подолання, якість соціального оточення. Водночас відсутність статистично значущих кореляцій не означала відсутності клінічно значущих проблем – практично всі учасники дослідження, незалежно від тривалості ВПО, демонстрували підвищені рівні депресії та тривожності, що підтверджувало необхідність систематичного надання психологічної допомоги цій категорії осіб.

Висновки до другого розділу

1. Теоретичний аналіз дозволив сформулювати концептуальну модель психологічного супроводу вимушено переміщених осіб, яка базується на трифазній структурі (стабілізація → опрацювання травми → інтеграція та розвиток), інтегративному методологічному підході, принципах травмоінформованості, ресурсної орієнтації, культурної чутливості. Ця модель стала теоретичною основою для емпіричного дослідження та розробки практичної програми психологічного супроводу.

2. Дослідження стресостійкості за методикою Холмса-Раге виявило критично високий рівень стресового навантаження у вимушено переміщених осіб: середній показник становив 242,55±48,20 бала, що відповідає пороговому рівню опору стресу (межа виснаження адаптаційних ресурсів). Лише 25,0% респондентів демонстрували високий рівень опору стресу, тоді як 61,7% перебували на пороговому рівні, а 13,3% виявляли вразливість до стресу. Така картина свідчить про функціонування психологічних захисних механізмів на межі можливостей, що створює високий ризик розвитку психосоматичних захворювань та психологічних розладів.

Оцінка психосоціального стресу за шкалою Рідера підтвердила глибокі порушення соціального функціонування: середній показник 2,11±0,32 бала відповідає високому рівню стресу. Понад 65% учасників дослідження перебували у стані високого психосоціального стресу, що проявляється у відчутті соціальної ізоляції, відчуженості, втрати приналежності до спільноти, порушення міжособистісних взаємодій. Лише 35% мали середній рівень стресу, і жоден респондент не демонстрував низького рівня, що вказує на універсальність проблеми соціальної дезадаптації у цієї популяції.

3. Дослідження депресивної симптоматики виявило надзвичайно високу поширеність депресивних станів серед вимушено переміщених осіб. За шкалою Зунге середній показник становив 51,53±7,59 бала, що відповідає помірній депресії. Переважна більшість респондентів (83,3%) перебувала у

стані помірної депресії, 11,7% мали тяжку депресію, і лише 5,0% не виявляли клінічно значущої депресивної симптоматики. За методикою Жмурова картина була подібною: 51,7% мали легку депресію, 30,0% - помірну, 1,7% - виражену депресію. Провідними симптомами були зниження настрою, втрата інтересу та задоволення від діяльності, порушення сну та апетиту, відчуття втоми, безнадійності, труднощі концентрації уваги.

Аналіз тривожності за опитувальником Спілбергера показав критично високі показники як ситуативної, так і особистісної тривожності. Середній рівень ситуативної тривожності становив 48,57±4,76 бала, особистісної - 48,17±5,13 бала, що відповідає високому рівню. Понад 80% респондентів демонстрували високу тривожність обох типів, що свідчить про генералізований характер тривожних переживань. Високі показники як ситуативної (реакція на актуальну загрозу), так і особистісної тривожності (стійка схильність сприймати світ як загрозливий) вказують на те, що тривога стала як ситуативною, так і характерологічною рисою.

Порівняльний аналіз контрольної та експериментальної груп на початковому етапі не виявив статистично значущих відмінностей за жодним з досліджуваних параметрів ($p>0,05$), що підтверджує їхню однорідність та придатність для подальшого експериментального дослідження. Обидві групи демонстрували подібні високі рівні депресії, тривожності, психосоціального стресу, порушення стресостійкості, що є типовою картиною для вимушено переміщених осіб у ранньому та середньому адаптаційному періоді.

Аналіз зв'язку демографічних характеристик з психоемоційними показниками не виявив статистично значущих кореляцій, що вказує на складність та багатофакторність формування психологічного стану вимушено переміщених осіб. Гендерні відмінності виявилися незначними: жінки демонстрували дещо вищі показники депресії, чоловіки - тривожності, але ці відмінності не досягали статистичної значущості. Вікові відмінності також не виявили чіткої закономірності, що може пояснюватися тим, що різні вікові

групи стикаються зі специфічними стресорами. Освітній рівень виявив складний нелінійний зв'язок з афективними порушеннями.

Особливо важливим виявився результат аналізу зв'язку між тривалістю перебування у статусі ВПО та вираженістю афективних порушень: статистично значущих кореляцій не виявлено (r від -0,236 до 0,147, p>0,05). Це свідчить, що без спеціалізованої психологічної допомоги симптоматика не має тенденції до природного зменшення з часом, але й не обов'язково лінійно погіршується. Радше спостерігається індивідуальна варіативність адаптаційних траєкторій, що підкреслює необхідність персоналізованого підходу до психологічної допомоги.

Інтегративний аналіз результатів дозволяє констатувати наявність синдромального комплексу, характерного для вимушено переміщених осіб: поєднання депресивної симптоматики (зниження настрою, апатія, безнадійність), генералізованої тривожності (постійне напруження, очікування загрози), посттравматичних симптомів (інтрузивні спогади, уникнення, гіперзбудження), психосоціальної дезадаптації (відчуття відчуженості, порушення соціальної взаємодії), виснаження стресостійкості. Такий комплекс порушень потребує комплексного, структурованого психологічного втручання.

Таким чином, емпіричне дослідження підтвердило гіпотезу про високу поширеність та клінічну значущість психоемоційних порушень у вимушено переміщених осіб, виявило структуру цих порушень, продемонструвало необхідність розробки та апробації спеціалізованої програми психологічного супроводу для цієї категорії клієнтів. Отримані результати стали емпіричною основою для розробки програми психологічної реабілітації, представленої у третьому розділі.

РОЗДІЛ 3
ФОРМИ ТА МЕТОДИ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВИМУШЕНО-ПЕРЕМІЩЕНИМ ОСОБАМ

3.1. Методичне забезпечення реалізації програми психологічного супроводу вимушено переміщених осіб

Розробка програми психологічного супроводу та корекції психоемоційних станів вимушено переміщених осіб базувалася на інтегративному підході, що поєднував сучасні доказові методи психотерапії з урахуванням специфіки травматичного досвіду цієї категорії клієнтів. Програма була структурована як комплексна система психологічних інтервенцій, спрямованих на редукцію симптомів посттравматичного стресу, зниження рівня депресії та тривожності, відновлення адаптаційних можливостей та формування конструктивних стратегій подолання життєвих труднощів.

Теоретико-методологічну основу програми складали положення когнітивно-поведінкової терапії, гуманістичної психології, арт-терапії, тілесно-орієнтованої терапії та позитивної психотерапії. Когнітивно-поведінковий компонент був спрямований на реструктуризацію дисфункціональних когнітивних схем, що підтримували депресивні та тривожні стани, формування адаптивних поведінкових патернів та навичок емоційної регуляції. Гуманістичний підхід забезпечував створення безпечного терапевтичного простору, де учасники могли відчути прийняття, емпатію та безумовну позитивну увагу, що мало особливе значення для осіб, які пережили втрату та відторгнення. Програма була розрахована на дванадцять групових занять тривалістю по дев'яносто хвилин кожне з частотою проведення два рази на тиждень протягом шести тижнів. Така структура дозволяла учасникам поступово опрацьовувати травматичний матеріал без ризику ретравматизації, водночас підтримуючи достатню динаміку терапевтичного процесу. Групи

формувалися з десяти-дванадцяти учасників, що забезпечувало оптимальний баланс між індивідуальною увагою та груповою динамікою.

Структура програми психологічного супроводу представлена у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Тематична структура програми психологічного супроводу вимушено переміщених осіб

№	Назва заняття	Основні методи	Ключові завдання	Тривалість
ФАЗА 1. СТАБІЛІЗАЦІЯ ТА СТВОРЕННЯ РЕСУРСУ (Заняття 1-4)				
1	Знайомство та створення безпечного простору	Групова дискусія, метафоричні техніки, заземлення	Формування групової згуртованості, встановлення правил, зниження тривожності	90 хв
2	Арт-терапія "Вирази свої почуття"	Малюнкова терапія, символічне вираження емоцій, колаж	Розвиток емоційної усвідомленості, невербальне відреагування	90 хв
3	Тілесно-орієнтована терапія "Відпускання напруження"	Прогресивна м'язова релаксація, дихальні практики, трясіння	Зняття соматичного напруження, навчання саморегуляції	90 хв
4	Робота з тривожністю "Контейнування страхів"	КПТ, символічне контейнування, техніки заземлення 5-4-3-2-1	Регуляція тривожності, формування відчуття контролю	90 хв
ФАЗА 2. ОПРАЦЮВАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ (Заняття 5-9)				
5	Робота з депресією "Активізація життя"	Поведінкова активація, планування діяльності, щоденник настрою	Подолання апатії, відновлення активності та мотивації	90 хв
6	Наративна терапія "Моя історія"	Наративна експозиція, реконструкція історії, письмо	Інтеграція травматичного досвіду через оповідь	90 хв
7	Робота з провиною та соромом	Когнітивна реструктуризація, самоспівчуття, діалог із внутрішнім критиком	Трансформація деструктивних емоцій, прийняття себе	90 хв
8	Робота з втратами та горюванням	Терапія горя, ритуали прощання, лист втраті	Опрацювання втрат, завершення незавершеного	90 хв
9	Відновлення довіри та близькості	Вправи на довіру, міжособистісна взаємодія, ділення історій	Відновлення здатності до близьких стосунків	90 хв

ФАЗА 3. ІНТЕГРАЦІЯ ТА РОЗВИТОК (Заняття 10-12)				
10	Формування смислів та цінностей	Екзистенційна терапія, ціннісні вправи, life-line	Відновлення смислової перспективи життя	90 хв
11	Планування майбутнього "Мій новий шлях"	Цілепокладання, візуалізація майбутнього, дошка бажань	Формування реалістичних планів та надії	90 хв
12	Посттравматичне зростання. Завершення	Рефлексія змін, прощальні ритуали, сертифікати	Інтеграція досвіду, підведення підсумків, завершення	90 хв

Програма мала чітку трифазну структуру, що відповідала класичній моделі психотерапевтичної роботи з травмою. Перша фаза (заняття 1-4) була присвячена стабілізації психоемоційного стану, створенню безпечного терапевтичного простору, формуванню групової згуртованості та опануванню базових навичок саморегуляції. Друга фаза (заняття 5-9) фокусувалася на безпосередній роботі з травматичним досвідом через техніки наративної експозиції, когнітивної реструктуризації та емоційного опрацювання. Третя фаза (заняття 10-12) була спрямована на інтеграцію отриманого досвіду, формування посттравматичного зростання та планування майбутнього. Така послідовність забезпечувала поступовість та безпечність терапевтичного процесу, дозволяючи учасникам рухатися від стабілізації через опрацювання до інтеграції.

Кожне заняття мало стандартну структуру, що включала привітання та налаштування (10 хвилин), основну частину з тематичними вправами (60-65 хвилин), груповий шерінг та рефлексію (10-15 хвилин), завершальний ритуал (5 хвилин). Така структурованість створювала передбачуваність та безпеку, що мало особливе значення для осіб з посттравматичним стресом, для яких непередбачуваність виступає тригером тривоги. Водночас ведучий зберігав достатню гнучкість для адаптації програми під актуальні потреби групи, реагуючи на емерджентні процеси та кризові ситуації.

Заняття 1. Знайомство та створення безпечного простору

Тривалість: 90 хвилин

Мета заняття:

- Створити атмосферу довіри та психологічної безпеки у групі
- Встановити правила конфіденційності та взаємоповаги
- Познайомити учасників між собою та з форматом роботи
- Знизити початкову тривожність та опір групового процесу
- Сформувати базову групову згуртованість

Підготовка та обладнання:

- Коло крісел або подушок для всіх учасників
- Флипчарт або дошка для запису правил групи
- М'який м'яч або інший предмет для передавання слова
- Папір формату А4 та кольорові маркери для кожного учасника
- Заспокійлива фонова музика (за бажанням)

План заняття:

1. Привітання та представлення програми (15 хвилин)

Ведучий вітає учасників, висловлює вдячність за їхню присутність та мужність звернутися за психологічною допомогою. Коротко розповідає про структуру програми, її мету та очікувані результати. Наголошує, що кожен учасник має право на власний темп роботи, на вибір, чим ділитися з групою, на вираження будь-яких почуттів. Пояснює, що група - це безпечний простір, де немає правильних чи неправильних відповідей, де кожен досвід є цінним та заслуговує на повагу.

2. Встановлення правил групи (10 хвилин)

Ведучий пропонує учасникам спільно сформулювати правила, які допоможуть всім почуватися безпечно. Записує пропозиції на флипчарті. Обов'язково включає: конфіденційність (все, що відбувається в групі, залишається в групі), право не відповідати (кожен може пропустити питання

або вправу), повага до іншого (не перебивати, не оцінювати), говорити від свого імені ("я відчуваю", а не "всі відчувають"), пунктуальність. Після формулювання правил ведучий запитує, чи всі учасники готові їх дотримуватися.

3. Вправа "Представлення через метафору" (25 хвилин)

Кожен учасник отримує аркуш паперу та маркери. Ведучий пропонує намалювати простий символ або образ, який відображає, як вони себе зараз почувають (це може бути погода, пейзаж, абстрактна фігура, колір). Після завершення малювання учасники по черзі показують свої зображення та коротко пояснюють, що вони означають. Ведучий підтримує кожного учасника, відзначаючи мужність відкритості. Ця вправа дозволяє познайомитися без надмірного самороз-криття, використовуючи безпечну метафоричну форму.

4. Вправа "Передавання м'яча - очікування від програми" (20 хвилин)

Учасники сидять у колі. Ведучий тримає м'який м'яч і пояснює правила: хто тримає м'яч - той говорить, інші слухають. Ведучий починає, розповідаючи про свої очікування від роботи з цією групою, потім передає м'яч будь-кому з учасників. Той, хто отримав м'яч, ділиться своїми очікуваннями від програми: що хотів би змінити у своєму житті, які навички здобути, що покращити у своєму стані. Ведучий підтримує кожне висловлювання, нормалізує почуття та надії учасників.

5. Вправа "Ресурсне заземлення" (15 хвилин)

Ведучий пропонує учасникам зручно влаштуватися на стільцях, поставити ноги на підлогу, закрити очі (якщо комфортно) або опустити погляд. Проводить коротку техніку заземлення: "Відчуйте свої стопи на підлозі... Відчуйте, як підлога надійно тримає вас... Відчуйте свою спину на спинці крісла... Зробіть глибокий вдих... і повільний видих... Ще раз... Тепер згадайте момент у вашому житті, коли ви відчували спокій та безпеку... Це може бути місце, людина, подія... Побудьте з цим спогадом... Дозвольте тілу

згадати це відчуття безпеки..." Після завершення ведучий повільно повертає учасників до приміщення, запитує про їхній досвід.

6. Завершальний ритуал та домашнє завдання (5 хвилин)

Ведучий дякує учасникам за присутність і відкритість. Пропонує завершити заняття, передаючи по колу фразу: "Сьогодні я дізнався/дізналася..." або "Сьогодні я відчув/відчула...". Домашнє завдання: щодня приділяти 5 хвилин практиці заземлення, яку освоїли на занятті. Вести коротку щоденник емоцій: записувати основні події дня та пов'язані з ними почуття.

Заняття 2. Арт-терапія "Вирази свої почуття"

Тривалість: 90 хвилин

Мета заняття:

- Сприяти виразному вираженню почуттів та емоцій учасників через творчість

- Розширити можливості самовираження і самопізнання через мистецтво

- Надати безпечний канал для відреагування важких емоцій

- Підтримати спільноту в групі та підвищити рівень довіри

- Розвинути здатність символізувати та вербалізувати внутрішній досвід

Підготовка та обладнання:

- Аркуші паперу формату А3 (щонайменше по 3 аркуші на учасника)

- Акварельні фарби, гуаш або кольорові олівці (на вибір учасників)

- Пензлі різної товщини, склянки для води, серветки

- Простір для проведення заняття з можливістю розміщення малюнків на підлозі або столах

- Спокійна інструментальна музика без слів

- Вологі серветки для рук

План заняття:

1. Привітання та вступ (10 хвилин)

Ведучий вітає учасників, цікавиться їхнім самопочуттям після першого заняття, збирає відгуки про практику заземлення. Розповідає про терапевтичну

силу мистецтва: як малювання дозволяє виразити те, для чого важко підібрати слова, як творчість допомагає інтегрувати важкий досвід. Наголошує, що в арт-терапії немає "правильного" чи "красивого" малюнка - важливий процес, а не результат. Кожен малює так, як відчуває, і це завжди вірно.

2. Розминка "Кольорові емоції" (10 хвилин)

Ведучий називає різні емоції (радість, сум, гнів, страх, спокій, тривога), а учасники швидко обирають колір, який асоціюється з кожною емоцією, та роблять кольорові плями на папері. Це допомагає "розігріти" творчість, зняти зайву серйозність, встановити зв'язок між почуттями та кольором. Учасники можуть ділитися, чому обрали саме такі кольори, але це не обов'язково.

3. Вправа "Світло та темрява" (20 хвилин)

Учасники отримують два аркуші паперу. На першому малюють образ, який виражає їхні почуття світла, надії, радості - все те світле, що є або було у їхньому житті. На другому аркуші малюють образ темряви, суму, болю - все те важке, що вони переживають. Ведучий наголошує, що обидва аркуші важливі - ми визнаємо і світло, і темряву нашого досвіду. Під час малювання звучить спокійна музика. Після завершення учасники можуть (але не зобов'язані) показати свої малюнки групі та коротко пояснити, що вони зобразили. Ведучий підтримує кожне висловлювання, нормалізує важкі почуття.

4. Основне арт-терапевтичне завдання "Моя історія" (35 хвилин)

Ведучий пропонує учасникам створити малюнок, який виражає їхню історію вимушеного переміщення та пов'язані з нею почуття. Це може бути конкретний образ, абстракція, символ, колаж з кількох елементів - будь-яка форма, яка резонує з їхнім внутрішнім станом. Ведучий може запропонувати підказки: "Намалюйте місце, яке ви залишили, і місце, де ви зараз... Намалюйте дорогу між цими місцями... Які кольори описують ваш шлях?.. Які форми?.. Що ви несете з собою?.. Що ви залишили позаду?.." Учасники працюють самостійно у власному темпі. Ведучий циркулює по кімнаті, надаючи підтримку, але не втручається у творчий процес.

5. Групове обговорення та шерінг (20 хвилин)

Учасники розміщують свої малюнки на підлозі або вивішують на стіні, створюючи своєрідну "виставку". Кожен, хто бажає, може розповісти про свій малюнок: що він означає, які почуття виникали під час створення, що нового учасник дізнався про себе. Інші учасники слухають з повагою, можуть задавати підтримуючі запитання. Ведучий фасилітує процес, допомагає учасникам вербалізувати те, що важко висловити, відзначає спільні теми, які з'являються у малюнках різних людей, підкреслює, що їхній досвід є спільним.

6. Завершальний ритуал "Ресурсний малюнок" (5 хвилин)

Ведучий пропонує на зворотному боці одного з малюнків намалювати маленький символ внутрішньої сили - щось, що допомагає їм триматися. Це може бути символ надії, образ підтримки, колір спокою. Учасники можуть взяти свої малюнки додому як нагадування про проведену роботу. Домашнє завдання: продовжувати практику заземлення, експериментувати з різними формами творчого самовираження (малювання, ліплення, письмо).

Заняття 3. Тілесно-орієнтована терапія "Відпускання напруження"

Тривалість: 90 хвилин

Мета заняття:

- Допомогти учасникам усвідомити та зняти хронічне м'язове напруження
- Навчити техніками тілесної саморегуляції для зниження тривожності
- Відновити контакт з тілом та його природними потребами
- Відреагувати соматизоване емоційне напруження
- Сформувати навички розпізнавання тілесних сигналів стресу

Підготовка та обладнання:

- Гімнастичні килимки або м'які покривала для кожного учасника
- Зручний простір, де всі можуть лягти, не заважаючи один одному
- Музика для релаксації (звуки природи, спокійна інструментальна)

- Невеликі подушки для підтримки голови

- Плед або шаль для кожного учасника (в кінці може бути прохолодно)

План заняття:

1. Привітання та check-in (10 хвилин)

Ведучий вітає учасників, запитує про самопочуття. Пропонує коротко поділитися досвідом виконання домашнього завдання. Розповідає про зв'язок між емоціями та тілом: як стрес та травма "записуються" у м'язах, як хронічне напруження підтримує тривожність, як робота з тілом допомагає звільнитися від емоційного вантажу.

2. Діагностична вправа "Сканування тіла" (15 хвилин)

Учасники зручно влаштовуються на килимках у положенні лежачи на спині. Ведучий проводить практику: "Закрийте очі, якщо вам комфортно... Зверніть увагу на своє дихання... Тепер повільно переміщайте свою увагу по тілу, починаючи зі стоп... Відзначайте, де ви відчуваєте напруження... Де болить... Де щось здається стиснутим... Не намагайтеся нічого змінити - просто спостерігайте..." Після завершення учасники діляться у парах, де саме вони помітили напруження. Ведучий пояснює, що це типові місця "зберігання" стресу (плечі, щелепа, живіт, спина).

3. Вправа "Прогресивна м'язова релаксація" (25 хвилин)

Ведучий пояснює принцип: послідовне напруження та розслаблення різних груп м'язів допомагає глибше відчути розслаблення та зняти хронічний тонус. Проводить повний цикл вправи, починаючи зі стоп і піднімаючись до голови: "Напружте м'язи стоп... Стисніть їх максимально... Затримайте напруження на 5 секунд... А тепер різко відпустіть... Відчуйте, як розслаблення розливається по стопам..." Те саме з литками, стегнами, сідницями, животом, грудьми, руками, плечима, шиєю, обличчям. Ведучий нагадує про дихання, заохочує учасників звертати увагу на контраст між напруженням та розслабленням.

4. Вправа "Трясіння - скидання напруження" (15 хвилин)

Ведучий пропонує встати, розслабити коліна. Пояснює, що у природі тварини після стресу інстинктивно трясуться, скидаючи адреналін та напруження. Люди часто придушують цей природний механізм.

Включає ритмічну музику, пропонує почати м'яко трястися - спочатку руками, потім усім тілом, стрибаючи на носочках. Заохочує видавати звуки, якщо хочеться. Після інтенсивної фази пропонує поступово уповільнюватися, зупинитися, відчути своє тіло. Учасники часто сміються під час цієї вправи, що саме по собі має терапевтичний ефект.

5. Робота з диханням "Видих напруження" (15 хвилин)

Учасники повертаються на килимки, лягають на спину. Ведучий проводить дихальну практику: "Зробіть глибокий вдих через ніс, наповнюючи спочатку живіт, потім груди... На видиху через рот уявляйте, як виходить напруження, темний дим стресу... Ще раз вдих - наповнюємося світлом і спокоєм... Видих - відпускаємо тривогу і біль..." Продовжує 10-15 циклів дихання. Потім пропонує дихати у природному ритмі, просто спостерігаючи.

6. Глибока релаксація та візуалізація (15 хвилин)

Ведучий пропонує залишатися у розслабленому стані, накриває учасників пледами. Проводить керовану візуалізацію безпечного місця: "Уявіть місце, де ви почуваєтеся абсолютно безпечно і спокійно... Це може бути реальне або вигадане місце... Побачте деталі цього місця... Почуйте звуки... Відчуйте запахи... Дозвольте собі повністю занурити у це відчуття безпеки..." Після візуалізації повільно повертає учасників до приміщення.

7. Завершення та шерінг (5 хвилин)

Учасники повільно сідають, діляться своїми відчуттями. Ведучий дякує за роботу, нагадує, що всі техніки можна використовувати самостійно вдома. Домашнє завдання: щодня виконувати 10-хвилинну вправу релаксації (на вибір з тих, що практикували), записувати зміни у фізичному самопочутті.

Заняття 4. Робота з тривожністю "Контейнування страхів"

Тривалість: 90 хвилин

Мета заняття:

- Навчити учасників розпізнавати та усвідомлювати свої страхи

- Опанувати техніки когнітивної реструктуризації катастрофічного мислення

- Розвинути навички самозаспокоєння та регуляції тривоги

- Створити символічне "сховище" для страхів, які не можна контролювати

- Посилити відчуття власного контролю та безпеки

Підготовка та обладнання:

- Картонні коробки середнього розміру (по одній на кожного учасника) або матеріали для їх виготовлення

- Матеріали для декорування: кольоровий папір, стрічки, фарби, маркери, блискітки

- Маленькі аркуші паперу (10-15 на кожного учасника)

- Ручки або олівці

- Флипчарт для запису когнітивних викривлень

- Роздатковий матеріал з технікою "5-4-3-2-1" для заземлення

План заняття:

1. Привітання та психоедукація про тривожність (15 хвилин)

Ведучий вітає учасників, проводить короткий check-in. Пояснює природу тривожності: як вона виникає, чому підсилюється, яка різниця між адаптивним та дезадаптивним страхом. Розповідає про механізм "бий-біжи-замри" та як він активується у відповідь на реальні та уявні загрози. Наголошує, що тривожність у вимушено переміщених осіб є нормальною реакцією на ненормальні обставини. Водночас її можна регулювати, щоб вона не паралізувала життя.

2. Вправа "Карта моїх тривог" (20 хвилин)

Ведучий роздає аркуші паперу та пропонує записати всі свої страхи, тривоги, занепокоєння - все, що викликає хвилювання. Немає жодних

обмежень чи цензури. Після 10 хвилин індивідуальної роботи учасники об'єднуються у трійки та діляться (якщо комфортно) своїми списками. Часто виявляється, що багато страхів є спільними. Ведучий записує на флипчарті основні категорії страхів, що з'являються: страхи про майбутнє, про близьких, про матеріальне благополуччя, про здоров'я тощо.

3. Когнітивна реструктуризація "Реалістичне мислення" (20 хвилин)

Ведучий пояснює типові когнітивні викривлення, що підсилюють тривожність: катастрофізацію ("все буде жахливо"), чорно-біле мислення ("якщо не ідеально, то провал"), надузагальнення ("це завжди так"), персоналізацію ("це все через мене"). На конкретних прикладах з групи демонструє, як перевіряти та трансформувати такі думки. Вводить техніку "Сократівського діалогу": Які докази на користь цієї думки? Які докази проти? Що я сказав би другові в такій ситуації? Яка найгірша, найкраща та найбільш реалістична версія? Учасники практикують на власних прикладах.

4. Створення "Коробки тривог" (25 хвилин)

Ведучий пояснює концепцію контейнування: деякі страхи ми можемо контролювати та опрацьовувати, а деякі - ні. Ті, на які ми не можемо впливати прямо зараз, можна символічно "покласти у коробку" - не витісняючи, а визнаючи і відкладаючи на певний час. Учасники декорують свої коробки, роблять їх красивими або такими, що надихають спокій. Потім записують на маленьких аркушах ті страхи, які хочуть "контейнувати", складають їх та кладуть у коробку. Можна додавати туди страхи протягом тижня.

5. Практика техніки "5-4-3-2-1" для гострої тривоги (15 хвилин)

Ведучий навчає швидкій техніці заземлення для моментів гострої тривоги або панічної атаки. "Коли відчуваєте наростаючу тривогу, зупиніться і назвіть: 5 речей, які ви БАЧИТЕ навколо себе... 4 речі, які ви можете ДОТОРКНУТИСЯ... 3 звуки, які ви ЧУЄТЕ... 2 запахи, які ви ВІДЧУВАЄТЕ... 1 смак у роті..." Учасники практикують техніку разом, потім у парах. Ведучий роздає картки з описом техніки, щоб можна було користуватися вдома.

6. Завершальна медитація "Безпечне місце" (10 хвилин)

Учасники зручно сідають, закривають очі. Ведучий проводить коротку медитацію, повертаючи їх до візуалізації безпечного місця з попереднього заняття. Пропонує уявити, що тривоги лежать у коробці, і зараз можна просто бути у безпеці, не вирішуючи жодних проблем. Повільно повертає до приміщення.

7. Завершення (5 хвилин)

Шерінг відчуттів. Ведучий нагадує, що коробку тривог можна використовувати вдома: щовечора класти туди хвилюючі думки, а раз на тиждень переглядати - часто виявляється, що багато з них вже не актуальні. Домашнє завдання: вести щоденник тривожних думок та практикувати їх реструктуризацію за схемою, що вивчили; застосовувати техніку "5-4-3-2-1" при тривозі.

Заняття 5. Робота з депресією "Активізація життя"

Тривалість: 90 хвилин

Фаза програми: Опрацювання травматичного досвіду

Мета заняття:

- Допомогти учасникам усвідомити зв'язок між поведінкою та настроєм
- Навчити техніці поведінкової активації для подолання депресії
- Подолати апатію та відновити життєву активність
- Сформувати індивідуальний план приємних та важливих активностей
- Розвинути навички планування та структурування дня
- Відновити відчуття контролю над власним життям

Теоретичне обґрунтування:

Депресія часто проявляється через відхід від активності, ізоляцію, апатію - людина перестає робити те, що раніше приносило задоволення. Це створює замкнене коло: відсутність активності → погіршення настрою → ще менше енергії для дій. Поведінкова активація - доказовий метод КПТ для лікування депресії - спрямована на розривання цього кола через поступове відновлення діяльності, навіть коли немає мотивації. Дослідження показують, що активність передує покращенню настрою, а не навпаки.

Підготовка та обладнання:

- Флипчарт або дошка для пояснення моделі "думки-почуття-поведінка"

- Роздатковий матеріал "Щоденник активності та настрою" для кожного учасника

- Роздатковий матеріал "Список приємних активностей" (100+ ідей)

- Кольорові стікери трьох кольорів (для класифікації активностей)

- Бланки для складання індивідуального плану на тиждень

- Папір формату А4, ручки, олівці

- Таймер або годинник

План заняття:

1. Привітання та check-in (10 хвилин)

Ведучий вітає учасників, відзначає, що минув перший місяць роботи групи: "Ми вже пройшли чотири заняття - третину нашого шляху. Ви вже опанували багато інструментів: заземлення, роботу з емоціями через мистецтво, техніки зняття тілесного напруження, способи справлятися з тривожністю. Сьогодні ми звернемося до іншої важливої теми - до депресії, апатії, відчуття безнадійності".

Проводить короткий check-in: "Як пройшов тиждень? Хто практикував техніку контейнування страхів?" Учасники діляться досвідом. Ведучий підтримує будь-які спроби застосувати навички: "Навіть те, що ви згадали про техніку в момент тривоги - це вже крок вперед".

2. Психоедукація: модель "поведінка-настрій" (15 хвилин)

Ведучий малює на флипчарті діаграму замкненого кола депресії:

"Коли нам погано, ми природно хочемо згорнутися, сховатися, нічого не робити. Здається, що немає сил навіть на найпростіші речі. Ми перестаємо виходити з дому, бачитися з людьми, робити те, що раніше любили. І що відбувається? Настрій стає ще гіршим. Утворюється замкнене коло".

Малює коло зі стрілками: ПОГАНИЙ НАСТРІЙ → відмова від активності → ізоляція, апатія → ЩЕ ГІРШИЙ НАСТРІЙ → ще менше активності...

"Наш розум каже: 'Спочатку мені має стати краще, тоді я щось робитиму'. Але це не працює. Насправді все навпаки: спочатку ми робимо - потім настрій покращується. Не тому, що нам захотілося. А попри те, що не хочеться. Це називається поведінкова активація".

Малює інше коло: АКТИВНІСТЬ (навіть маленька) → відчуття досягнення → трохи більше енергії → ТРОХИ КРАЩИЙ НАСТРІЙ → трохи більше мотивації для нової активності...

Підкріплює прикладами з життя: "Згадайте, чи був у вас досвід, коли ви не хотіли нікуди йти, але себе змусили - а потім стало трохи легше?" Учасники часто підтверджують. Наголошує: "Це не про те, щоб 'взяти себе в руки' - це про дуже маленькі кроки. Не 'піти на вечірку', а 'вийти на балкон на 5 хвилин'. Не 'зробити генеральне прибирання', а 'помити одну тарілку'".

3. Вправа "Мій тиждень - огляд активності" (15 хвилин)

Ведучий роздає таблицю "Щоденник активності": це сітка, де по горизонталі дні тижня, по вертикалі - години доби. Інструкція: "Зараз спробуйте пригадати і записати, чим ви займалися цього тижня. Не потрібно згадувати все до деталі - просто основні активності. Наприклад: спав, сидів у телефоні, готував обід, дивився серіал, розмовляв із другом, працював, лежав без сил тощо".

Учасники 10 хвилин заповнюють таблицю. Потім ведучий пропонує проаналізувати: "Подивіться на свій тиждень. Скільки активності? Скільки пасивності? Чи є різниця між днями? Чи є активності, які приносили хоч трохи задоволення?" Дає 2 хвилини на самостійну рефлексію.

Запитує групу: "Хто готовий поділитися, що помітив?" Учасники часто виявляють: "У мене майже все однакове щодня", "Я більшу частину часу просто лежу", "Я багато працюю, але не відчуваю задоволення". Ведучий нормалізує: "Це типово для депресії - активності мало, а та, що є, не приносить радості. Саме тому нам потрібен план дій".

4. Створення списку приємних активностей (20 хвилин)

Ведучий роздає список "100 приємних активностей" (приклади: прогулянка в парку, гаряча ванна, улюблена музика, смачна їжа, розмова з другом, перегляд комедії, читання, малювання, танці, догляд за рослинами, спостереження за захід сонця, граня в гру, випікання тощо).

Інструкція: "Ви не зобов'язані обирати щось із цього списку - він просто для натхнення. Подумайте: що раніше приносило вам задоволення? Навіть якщо зараз здається, що це вже не працює. Що ви любили робити до війни, до переміщення? Які маленькі радості були у вашому житті?"

Учасники складають свої індивідуальні списки. Ведучий підказує категорії для роздумів:

- Фізичні активності (рух, спорт, прогулянки)
- Творчість (малювання, музика, рукоділля, готування)
- Соціальне (спілкування, допомога іншим)
- Відпочинок (сон, медитація, ванна)
- Розваги (фільми, книги, ігри)
- Природа (парк, ліс, річка, догляд за рослинами)
- Духовне (молитва, медитація, філософія)
- Навчання (нові навички, мови, хобі)

Після 10 хвилин індивідуальної роботи ведучий пропонує об'єднатися у трійки та поділитися: "Розкажіть один одному про 3-4 активності зі свого списку. Можливо, ви надихнете один одного на нові ідеї". Учасники 8 хвилин спілкуються в малих групах.

5. Класифікація активностей за рівнем складності (10 хвилин)

Ведучий повертає увагу групи: "Тепер візьміть свій список і позначте кожну активність стікером певного кольору:

- ЗЕЛЕНИЙ - легко, можу зробити навіть у найгірший день (наприклад: послухати улюблену пісню, подивитися у вікно)

- ЖОВТИЙ - середня складність, потрібна певна енергія (наприклад: вийти на коротку прогулянку, подзвонити другу)

- ЧЕРВОНИЙ - складно, потрібно багато енергії (наприклад: піти на подію з людьми, зайнятися спортом)"

Учасники класифікують свої активності. Ведучий пояснює важливість градації: "У важкі дні ми беремо лише зелені - але беремо, не залишаємося в повній пасивності. В кращі дні пробуємо жовті. Червоні - це цілі, до яких йдемо поступово".

6. Складання індивідуального плану на тиждень (15 хвилин)

Ведучий роздає бланк "Мій план активації на тиждень" - таблиця з днями та часом. Інструкція: "Зараз ви створите свій особистий план маленьких кроків. Правило: краще менше, але реалістично. Не плануйте щодня 10 активностей - запланируйте 1-2 на день, які точно зможете виконати. Включайте переважно зелені та жовті активності".

Ведучий допомагає формулювати конкретно: не "бути активним", а "вийти на балкон на 5 хвилин о 10:00"; не "спілкуватися", а "написати повідомлення Марії у вівторок ввечері"; не "дбати про себе", а "прийняти душ та одягти чистий одяг у середу вранці".

Учасники 10 хвилин складають плани. Ведучий циркулює, допомагає, підтримує: "Чудово, що ви запланувваи прогулянку щоранку - але якщо це занадто багато, може, почнемо з 3 днів на тиждень?" Звертає увагу на баланс: має бути і щось приємне (для настрою), і щось важливе (для самоповаги).

Після завершення пропонує учасникам об'єднатися в пари та поділитися планами: "Розкажіть партнеру про свій план. Партнер може поставити підтримуюче запитання: 'Що може завадити виконати це?' та 'Як ти подолаєш перешкоду?'" 5 хвилин роботи в парах.

7. Впровадження: перша активність разом (10 хвилин)

Ведучий пропонує практику тут і зараз: "Давайте не відкладати - зробимо одну маленьку активацію прямо зараз. Ми всі разом підемо на 5-хвилинну прогулянку навколо будівлі або просто встанемо і зробимо легку розминку під музику".

Веде групу на коротку активність (залежно від можливостей приміщення та погоди). Це може бути:

- Прогулянка на свіжому повітрі (навіть просто вийти з будівлі та постояти)

- Танцювальна розминка під веселу музику в кімнаті

- Гра в м'яч по колу

- Спільне співання простої пісні

Після повернення запитує: "Як ви себе зараз відчуваєте? Чи змінився настрій хоч трохи?" Часто учасники відзначають підйом енергії, покращення самопочуття - це живий доказ роботи принципу "спочатку дія - потім настрій".

8. Завершення та домашнє завдання (5 хвилин)

Ведучий підбиває підсумки: "Сьогодні ми дізналися, що активність - це ліки від депресії. Не треба чекати, поки з'явиться мотивація - треба почати діяти, і мотивація прийде. Маленькими кроками, день за днем".

Домашнє завдання:

1. Виконувати свій індивідуальний план активації щодня

2. Вести щоденник: записувати, що зробили, та оцінювати настрій до і після активності за шкалою 0-10

3. Принести заповнений щоденник на наступне заняття

Завершальний ритуал: по колу кожен називає одну активність, яку точно зробить найближчими днями. Ведучий фіксує на флипчарті, щоб на наступному занятті запитати про результати.

Заняття 6. Наративна терапія "Моя історія"

Тривалість: 90 хвилин

Фаза програми: Опрацювання травматичного досвіду

Мета заняття:

- Допомогти учасникам інтегрувати фрагментований травматичний досвід через наратив

- Створити зв'язну історію вимушеного переміщення з початком, серединою та можливим продовженням

- Трансформувати хаотичні спогади у впорядковану оповідь
- Відновити відчуття авторства власної історії та суб'єктності
- Знайти смисли та уроки в пережитому досвіді
- Підтримати групову згуртованість через ділення історіями

Теоретичне обґрунтування:

Травматичний досвід часто зберігається у пам'яті фрагментовано, хаотично, без чіткої часової послідовності - як набір образів, звуків, відчуттів, що раптово вторгаються у свідомість. Наративна експозиція - метод, заснований на доказах ефективності при ПТСР - полягає у створенні зв'язної, хронологічної історії травматичної події. Процес наративізації активує префронтальну кору (відповідальну за організацію та смисл), знижує емоційну реактивність амігдали, переміщує спогади з імпліцитної у експліцитну пам'ять. Розповідь історії в безпечному середовищі допомагає інтегрувати досвід, знайти в ньому значення.

Підготовка та обладнання:

- Зошити або папки для "Книги моєї історії" (по одному на учасника)
- Різноманітний папір: білий, кольоровий, лінійований, чистий
- Ручки, олівці, маркери, кольорова пастель
- Старі журнали, ножиці, клей (для тих, хто хоче робити колаж)
- М'які подушки та пледи для створення комфорту
- Тканини або ширма для створення приватних "кутків" при потребі
- Салфетки, вода
- Спокійна музика
- Таймер

План заняття:

1. Привітання та підготовка до важкої роботи (15 хвилин)

Ведучий вітає учасників з особливою теплотою: "Сьогодні в нас особливе заняття. Можливо, одне з найважчих, але і найважливіших. Ми будемо працювати безпосередньо з тим, що сталося - з вашою історією

переміщення, втрат, змін. Це може викликати сильні емоції, і це нормально. Я хочу, щоб ви знали: ви в безпеці, я поруч, група поруч".

Проводить розширений check-in: "Як ви себе відчуваєте сьогодні? Як пройшов тиждень з практикою активації?" Збирає відгуки про виконання домашнього завдання, підтримує успіхи, нормалізує труднощі.

Пояснює мету та принципи наративної роботи: "Травматичні спогади часто живуть у нас як осколки - фрагменти образів, відчуттів, що раптово з'являються і лякають нас. Вони не мають початку і кінця, вони просто 'є' - і контролюють нас. Сьогодні ми спробуємо взяти ці осколки і скласти з них історію - з початком, серединою і можливим продовженням. Коли історія стає оповіддю, вона перестає контролювати нас - ми починаємо контролювати її".

Встановлює правила безпеки:

- Кожен має право зупинитися в будь-який момент

- Можна робити паузи, виходити з кімнати, просити про підтримку

- Не обов'язково розповідати найстрашніші деталі - достатньо загальної канви

- Якщо відчуваєте перевантаження - сигналізуйте (можна домовитися про жест)

- Після важкої роботи обов'язково повернемося до стану спокою

Проводить заземлення (5 хвилин): техніку "5-4-3-2-1", дихальну практику, встановлення контакту з тілом і простором. "Відчуйте, що ви тут, у цій кімнаті, у безпеці. Те, про що ми говоритимемо, - це минуле. Воно вже сталося. Зараз ви тут, і ви в безпеці".

2. Вправа "Лінія життя - до і після" (15 хвилин)

Ведучий роздає великі аркуші паперу А3 та маркери. Інструкція: "Намалюйте горизонтальну лінію посередині аркуша - це лінія вашого життя. Зліва - народження, справа - сьогодення. Позначте на цій лінії важливі події вашого життя. Особливо відзначте момент, коли сталося переміщення - це точка 'до' і 'після'".

Учасники 7-8 хвилин малюють свої лінії життя, позначають події. Ведучий підказує: "Можете позначати не лише важкі події, але й радісні - народження дітей, весілля, досягнення, зустрічі. Побачимо ціле життя, а не лише травму".

Після завершення пропонує подивитися на свою лінію: "Що ви бачите? Яким було життя 'до'? Що змінилося 'після'? Чи є щось, що залишилося незмінним?" Дає 2-3 хвилини на рефлексію.

Запитує групу: "Хто хоче поділитися своїми спостереженнями?" 2-3 учасники можуть показати свої лінії та коротко прокоментувати. Ведучий підтримує: "Дякую за довіру. Я бачу, скільки всього було в вашому житті - і світлого, і темного. Ви більше, ніж просто 'переміщена особа' - ви людина з повною, багатою історією".

3. Структурування наративу: інструкція до письма (10 хвилин)

Ведучий пояснює завдання: "Зараз кожен з вас напише або намалює свою історію. Можете писати від руки або друкувати, малювати, створювати колаж - будь-який спосіб, який відгукується вам. Історія має мати три частини:

ЧАСТИНА 1 - ДО: Яким було ваше життя до переміщення? Де ви жили? Ким були? Що любили? Які були плани, мрії? Опишіть звичайний день вашого 'минулого життя'.

ЧАСТИНА 2 - ПОДІЯ: Що сталося? Як ви дізналися, що треба їхати? Як приймали рішення? Що взяли з собою, що залишили? Як був шлях? Які емоції, думки, відчуття? Ви не повинні описувати найстрашніші деталі - лише те, що готові озвучити.

ЧАСТИНА 3 - ПІСЛЯ: Як ви опинилися там, де зараз? Що було найважчим? Які виклики? Але також - які були моменти підтримки, допомоги, людяності? Хто або що допомагало? Які ресурси ви знайшли в собі?"

Роздає зошити "Книга моєї історії", де є ці три розділи з підказками. Пояснює: "У вас є 30 хвилин. Це не про те, щоб написати ідеально - пишіть як виходить, мовою, якою думаєте. Можете писати від першої особи ('Я жив...')

або від третьої ('Була людина, яка...'). Деяким легше починати від третьої особи - це створює безпечну дистанцію".

Встановлює рамки: "Якщо відчуваєте, що занурюєтеся надто глибоко і стає дуже важко - зупиніться, подихайте, подивіться навколо. Я буду поруч, можете покликати мене. Ви контролюєте процес".

4. Індивідуальна робота над наративом (30 хвилин)

Учасники працюють самостійно над своїми історіями. Ведучий включає спокійну інструментальну музику (без слів, щоб не відволікати). Створює в кімнаті атмосферу безпеки та зосередженості.

Ведучий уважно спостерігає за учасниками:

- Хто пише легко і швидко - можливо, готовий розповідати
- Хто застиг над порожнім аркушем - можливо, потребує підтримки
- Хто плаче - потребує салфеток та присутності
- Хто виглядає дуже напруженим - можливо, занурився занадто глибоко

Підходить до тих, хто виглядає дуже пригніченим, тихо запитує: "Ви в порядку? Чи потрібна пауза?" Може запропонувати техніку заземлення, вийти на хвилину, попити води.

Хтось може закінчити швидко і сидіти без діла - ведучий може запропонувати: "Можете прикрасити свою книгу, додати малюнки або просто посидіти спокійно".

За 5 хвилин до закінчення попереджає: "Залишилося 5 хвилин. Не обов'язково закінчувати - зупиніться там, де ви зараз". Коли час вийшов: "Покладіть ручки. Зробіть глибокий вдих і видих. Ви зробили важку роботу. Дякую вам за мужність".

5. Техніка заземлення після важкої роботи (5 хвилин)

Ведучий обов'язково проводить заземлення перед тим, як переходити до шерінгу: "Зараз важливо повернутися з минулого в сьогодення. Закрийте зошити. Поставте ноги на підлогу. Відчуйте підлогу під стопами... Оглянься навколо і назвіть (про себе або вголос) 5 речей, які ви бачите... 4 речі, яких

можете доторкнутися... 3 звуки, які чуєте... Ви тут, у цій кімнаті, у безпеці. Те, про що ви писали, - це минуле. Зараз - сьогодення".

Пропонує м'яку розминку: "Давайте трохи порухаємося. Встаньте, потягніться до стелі... Покрутіть плечима... Струсіть руками, ногами... Посміхніться собі - ви впоралися з важкою роботою".

6. Груповий шерінг історій (20 хвилин)

Ведучий пояснює формат: "Зараз, якщо хочете, можете поділитися своєю історією з групою. Ви можете прочитати те, що написали, або розповісти своїми словами, або просто сказати кілька речень про головне. Ви не зобов'язані ділитися - можете просто слухати інших. Але часто розповідь історії вголос, коли тебе чують і підтримують, має цілющу силу".

Запитує: "Хто готовий почати?" Зазвичай після паузи хтось наважується. Ведучий дякує за мужність. Інші уважно слухають без перебивань. Після кожної історії:

- Ведучий дякує за довіру та мужність

- Підтримує емоції: "Я бачу, скільки болю в цій історії"

- Відзначає сильні сторони: "І при цьому ви тут, ви вижили, ви продовжуєте"

- Запитує групу: "Хтось хоче підтримати словом?"

Група може висловлювати підтримку, резонанс: "Дякую за те, що поділилися", "Я відчував щось подібне", "Ви дуже сміливі". Важливо не давати порад ("вам треба було..."), не порівнювати ("у мене було ще гірше"), не мінімізувати ("могло бути й гірше").

Ведучий стежить за часом - якщо багато людей хоче ділитися, обмежує час для кожного: "У нас ще троє людей хоче поділитися, тому давайте по 3-4 хвилини на кожного".

Після завершення шерінгу підбиває підсумки: "Дякую всім, хто поділився. Я чув багато різних історій, але в усіх них є щось спільне: біль втрати, мужність виживання, пошук нового шляху. Ваші історії - це не лише про біль. Вони про надзвичайну силу людського духу".

7. Інтеграція: що я дізнався про себе (10 хвилин)

Ведучий пропонує рефлексію: "Тепер, коли ви написали і, можливо, розповіли свою історію, запитайте себе: Що я дізнався про себе? Які мої сильні сторони я побачив у цій історії? Які ресурси в мені були і є?"

Роздає маленькі картки, пропонує написати: "Моя історія навчила мене, що я..." (наприклад: сильніший, ніж думав; можу витримати неймовірне; цінуюлюдей більше, ніж речі; здатний починати знову; не один в своєму горі).

Після 5 хвилин письма пропонує по колу зачитати своє речення (хто хоче). Це створює позитивне завершення важкої роботи, фокусуючи на зростанні, а не лише на травмі.

8. Завершення та ритуал (5 хвилин)

Ведучий дякує групі: "Сьогодні ми зробили велику роботу. Ви дозволили собі зазирнути в біль, але не застрягли в ньому. Ви перетворили хаос спогадів на історію. А історією можна керувати - на відміну від травматичних флешбеків".

Пояснює важливість self-care після такого заняття: "Після важкої емоційної роботи важливо дбати про себе. Ввечері зробіть щось приємне і заспокійливе - тепла ванна, улюблений фільм, розмова з близькою людиною. Не залишайтеся на самоті із важкими думками".

Завершальний ритуал: "Давайте встанемо в коло, візьмемося за руки (якщо комфортно) і разом зробимо глибокий вдих... і видих. Ми пройшли цей важкий шлях разом. Дякую вам". Може запропонувати обійняти себе, прийняти свій досвід і свою мужність.

Залишає контакти для зв'язку: "Якщо ввечері буде дуже важко - зв'яжіться зі мною. Ви не одні".

Заняття 7. Робота з провиною та соромом

Тривалість: 90 хвилин

Фаза програми: Опрацювання травматичного досвіду

Мета заняття:

- Допомогти учасникам розрізняти конструктивну та деструктивну провину

- Трансформувати токсичні почуття провини та сорому через когнітивну реструктуризацію

- Розвинути навички самоспівчуття та самоприйняття

- Відокремити особистісну відповідальність від ірраціональної провини

- Зменшити самозвинувачення та внутрішню критику

- Прийняти недосконалість людської природи як норму

Теоретичне обґрунтування:

Провина та сором є одними з найбільш руйнівних емоцій при посттравматичному стресі. Вимушено переміщені особи часто переживають провину вижившиx ("чому я вижив, а інші ні?"), провину за залишення ("я покинув рідних"), провину за неспроможність захистити ("я не зміг вберегти сім'ю"). Сором пов'язаний з відчуттям власної неповноцінності, "поганості". На відміну від провини (я зробив погано), сором атакує ідентичність (я поганий). Когнітивна реструктуризація допомагає виявити ірраціональні переконання, що живлять провину. Практика самоспівчуття (за К.Нефф) протидіє токсичному сорому, допомагаючи ставитися до себе з добротою, визнати загальнолюдську недосконалість.

Підготовка та обладнання:

- Крісла розташовані в колі (близько, щоб створити інтимність)

- Флипчарт або дошка для схем когнітивної роботи

- Роздатковий матеріал "Типи ірраціональної провини"

- Роздатковий матеріал "Практика самоспівчуття за К.Нефф"

- Маленькі дзеркала (по одному на учасника)

- М'які іграшки або подушки для обіймів (для вправи самозаспокоєння)

- Папір, ручки

- Салфетки (ця тема часто викликає сльози)

- Спокійна музика для медитації самоспівчуття

План заняття:

1. Привітання та check-in (10 хвилин)

Ведучий вітає учасників: "Ми вже пройшли більше половини нашого шляху. Ви вже працювали зі своєю історією, з втратами, з горем. Сьогодні ми звернемося до емоцій, про які часто важко говорити - провини та сорому. Це можуть бути найважчі почуття, тому що вони атакують наше відчуття власної цінності".

Проводить check-in: "Як пройшов тиждень після роботи з історіями? Як почувалися?" Збирає відгуки. Часто після попереднього важкого заняття учасники можуть відчувати як полегшення, так і виснаження - ведучий нормалізує обидва досвіди.

Пояснює тему заняття: "Багато з вас, напевно, звинувачують себе за щось: за те, що поїхали або не поїхали раніше, за те, що не змогли врятувати комусь життя або дім, за те, що відчуваєте полегшення від безпеки, коли інші в небезпеці. Ці думки можуть бути нестерпними. Сьогодні ми навчимося відокремлювати реальну відповідальність від ірраціональної провини, і, найголовніше, ставитися до себе з добротою".

2. Психоедукація: провина vs сором, адаптивна vs дезадаптивна провина (15 хвилин)

Ведучий малює на флипчарті дві колонки:

ПРОВИНА vs СОРОМ

Провина: "Я зробив щось погане" → фокус на поведінці → можна виправити → мотивує до змін

Сором: "Я поганий" → фокус на ідентичності → відчуття безнадійності → паралізує

Пояснює: "Провина може бути корисною - вона сигналізує, що ми порушили власні цінності, і спонукає виправити ситуацію. Але часто після травми провина стає токсичною - ми звинувачуємо себе за те, що не контролювали, приписуємо собі відповідальність за події, які від нас не залежали. А сором взагалі про те, що 'зі мною щось не так', 'я неповноцінний' - це найруйнівніша емоція".

Малює наступну схему:

ТИПИ ІРРАЦІОНАЛЬНОЇ ПРОВИНИ:

- Провина вижившних: "Чому я в безпеці, а інші ні? Я не заслужив це"

- Провина за залишення: "Я покинув дім/рідних/країну - я зрадник""

- Провина за емоції: "Мені не можна відчувати радість/полегшення, коли інші страждають"

- Провина за вибір: "Я прийняв неправильне рішення, через мене всі постраждали"

Запитує групу: "Чи впізнаєте ви якийсь з цих типів у собі?" Учасники часто кивають, деякі можуть поділитися. Ведучий нормалізує: "Це надзвичайно поширено. Майже всі, хто пережив травму, переживають щось з цього. Але давайте подивимося, чи ці звинувачення справедливі".

3. Вправа "Мої внутрішні голоси": внутрішній критик vs співчутливий голос (15 хвилин)

Ведучий пояснює: "У кожного з нас є два внутрішні голоси. Один - це внутрішній критик, той, хто постійно звинувачує: 'Ти недостатньо добрий, ти все зіпсував, ти слабкий'. Інший - це співчутливий голос, той, хто підтримує: 'Ти зробив все, що міг, ти проходиш через важке, ти заслужив на доброту'. Зараз ми познайомимося з обома".

Роздає аркуші паперу, розділені на дві колонки: "Внутрішній критик" та "Співчутливий голос".

Інструкція: "У лівій колонці запишіть все, що говорить вам ваш внутрішній критик. Всі самозвинувачення, які є у вашій голові. Не цензуруйте - пишіть навіть найжорстокіші думки. У вас є 5 хвилин".

Учасники пишуть. Часто це викликає сильні емоції - ведучий спостерігає, підтримує присутністю. Після завершення: "Тепер прочитайте те, що написали. Як ви себе відчуваєте, читаючи ці слова? Чи сказали б ви так комусь, кого любите? Другу, дитині?"

Зазвичай відповідь - "ні, ніколи". Ведучий: "Саме так. Ми говоримо собі те, чого ніколи не сказали б іншій людині. А тепер - у правій колонці напишіть відповідь вашого співчутливого голосу. Що сказала б вам людина, яка вас щиро любить? Що ви самі сказали б дорогому другу, який переживає те саме? 5 хвилин".

Учасники пишуть відповіді. Це часто важче, ніж писати критику - ведучий підтримує: "Якщо важко знайти слова підтримки для себе, уявіть, що ви пишете другові".

Після завершення запрошує поділитися (необов'язково): "Хто хоче прочитати, що каже ваш співчутливий голос?" 2-3 учасники діляться. Ведучий підтримує: "Чуєте, як по-іншому це звучить? Це теж правда про вас - не лише критика, а й співчуття".

4. Когнітивна реструктуризація провини: Сократівський діалог (20 хвилин)

Ведучий пояснює метод: "Тепер ми навчимося перевіряти наші самозвинувачення на реальність. Часто те, в чому ми себе звинувачуємо, не витримує логічної перевірки. Ми використаємо метод Сократівського діалогу - серію запитань, які допоможуть побачити ситуацію об'єктивно".

Записує на флипчарті структуру:

1. Моє самозвинувачення: "Це моя провина, що..."

2. Які докази на користь цього? (конкретні факти, не емоції)

3. Які докази проти цього? (що НЕ підтверджує мою провину)

4. Чи контролював я ситуацію повністю? Який відсоток контролю я мав?

5. Що я сказав би другові в такій ситуації?

6. Альтернативна думка: більш реалістичне бачення

Пропонує попрацювати з реальним прикладом. Запитує: "Хто готовий поділитися своїм самозвинуваченням, щоб ми разом перевірили його?" Якщо хтось наважується, веде групу через всі запитання. Наприклад:

Учасник: "Це моя провина, що я не забрав батьків з собою, і тепер вони там у небезпеці"

Ведучий: "Давайте перевіримо. Які докази, що це ваша провина?"

Учасник: "Я поїхав, а вони залишилися"

Ведучий: "Які докази проти вашої провини?"

Учасник: "Вони самі відмовилися їхати... Я не міг їх силою забрати... Я не знав, що буде так довго..."

Ведучий: "Скільки відсотків контролю ви мали над рішенням батьків?"

Учасник: "Навряд чи більше 20%... Вони дорослі люди, вони самі вирішують"

Ведучий: "Що ви сказали б другові, який не зміг переконати батьків поїхати?"

Учасник: "Я б сказав... що він зробив все, що міг... що це не його провина..."

Ведучий: "То яка альтернативна думка?"

Учасник: "Я зробив все можливе, щоб їх переконати. Вони прийняли своє рішення. Я не можу контролювати вибір інших людей. Це не моя провина".

Ведучий підбиває: "Бачите, як змінюється картина, коли ми ставимо запитання? Провина часто базується на емоціях, а не на фактах". Якщо є час, пропонує ще 1-2 приклади з групи.

Потім пропонує індивідуальну роботу: "Тепер кожен візьміть своє головне самозвинувачення і пройдіть через ці запитання самостійно. Запишіть відповіді". 7-8 хвилин індивідуальної роботи.

5. Практика самоспівчуття за К.Нефф: три компоненти (20 хвилин)

Ведучий роздає матеріал про самоспівчуття та пояснює концепцію Крістін Нефф - три елементи:

1. УСВІДОМЛЕНІСТЬ (mindfulness): визнати свій біль без драматизації чи витіснення

- Не "це жахливо, я не переживу" і не "нічого страшного, все гаразд"
- А "Зараз мені важко. Я відчуваю біль. І це нормально"

2. ЗАГАЛЬНА ЛЮДЯНІСТЬ (common humanity): розуміти, що страждання - це частина людського досвіду

- Не "Тільки я такий нещасний, зі мною щось не так"

- А "Страждання універсальне. Всі люди помиляються, всі проходять через біль. Я не один"

3. ДОБРОТА ДО СЕБЕ (self-kindness): ставитися до себе так само доброзичливо, як до друга

- Не "Я ідіот, я все зіпсував, я не заслужив на краще"

- А "Я зробив помилку, як роблять всі люди. Я заслужив на розуміння та підтримку"

Пропонує практику: "Зараз ми зробимо медитацію самоспівчуття. Сядьте зручно, закрийте очі або опустіть погляд".

Проводить керовану медитацію (10 хвилин):

"Подумайте про ситуацію, за яку ви себе звинувачуєте... Відчуйте, де у тілі відгукується провина чи сором... Можливо, стискання в грудях, важкість на плечах... Не намагайтеся змінити це відчуття - просто помітьте його...

Тепер скажіть собі: 'Зараз мені важко. Я відчуваю біль провини. І це важко' (усвідомленість)... Покладіть руку на серце, відчуйте тепло своєї долоні... Скажіть собі: 'Страждання - це частина життя. Багато людей відчувають провину після травми. Я не один у цьому' (загальна людяність)...

А тепер скажіть собі слова доброти... Можете використати мої слова або свої власні: 'Нехай я буду добрим до себе... Нехай я дам собі співчуття, якого потребую... Нехай я прийму себе таким, який я є...' (доброта до себе)...

Уявіть, що хтось, кого ви любите, обіймає вас... або обійміть себе сам - перехрестіть руки на грудях... Відчуйте це тепло, це прийняття... Побудьте у цьому відчутті..."

Повільно повертає до приміщення. Після завершення запитує про досвід. Багато учасників відзначають, що це було зворушливо, деякі плакали - ведучий нормалізує: "Сльози - це не слабкість. Це звільнення. Можливо, ви

вперше за довгий час дозволили собі отримати співчуття - навіть від себе самого".

6. Вправа "Лист собі з співчуттям" (15 хвилин)

Ведучий пропонує інтегрувати досвід через письмо: "Тепер напишіть короткий лист собі - але не від імені вашого критика, а від імені найдобрішого друга або мудрого наставника, який вас безумовно любить. Що ця людина сказала б вам про вашу провину? Як би підтримала?"

Роздає гарний папір, пропонує почати словами: "Дорогий/Дорога [ім'я], я бачу, що ти себе звинувачуєш за... Але я хочу, щоб ти знав/знала..."

Учасники 10 хвилин пишуть листи. Звучить м'яка музика. Після завершення ведучий пропонує: "Тепер прочитайте свій лист вголос собі - тихо або уголос. Дозвольте цим словам доторкнутися до вашого серця". 2-3 хвилини тиші для читання.

Запитує: "Хто хоче поділитися своїм листом з групою?" 2-3 учасники читають. Часто це дуже зворушливо - група підтримує аплодисментами або словами: "Дякую за вашу мужність", "Ви заслужили на ці слова".

7. Завершення: ритуал самоприйняття (5 хвилин)

Ведучий роздає маленькі дзеркала: "Зараз я попрошу вас зробити щось, що може бути незручним - подивитися собі в очі в дзеркало і сказати слова прийняття. Це може бути: 'Я приймаю себе', 'Я прощаю себе', 'Я достатньо добрий', 'Я заслужив на любов' - будь-які слова, які відгукуються вам".

Учасники дивляться в дзеркала, хтось говорить вголос, хтось шепотом. Ведучий: "А тепер обійміть себе - по-справжньому, міцно. Ви заслужили на цю доброту".

Завершальні слова: "Сьогодні ви зробили надзвичайно мужню роботу - зазирнули в свій сором і провину і почали їх трансформувати. Пам'ятайте: ви заслужили на співчуття - особливо від себе самого".

Роздає картки зі словами самопідтримки, які можна носити з собою.

Заняття 8. Робота з втратами та горюванням

Тривалість: 90 хвилин

Фаза: Опрацювання

Мета: Легітимізувати процес горювання; допомогти завершити "незавершене горе"; знайти способи пам'ятати без паралізуючого болю; інтегрувати втрату в нову ідентичність; провести символічні ритуали прощання.

Обладнання: Свічки (чайні, безпечні), фотографії або символічні предмети (учасники приносять заздалегідь за бажанням), папір для листів та конверти, символічна коробка "для листів втраченому", тканина для створення спільного "вівтаря пам'яті", квіти, листя або інші природні матеріали, спокійна музика.

План заняття:

1. Привітання, налаштування на важку роботу (10 хв): Ведучий створює особливу атмосферу - приглушене світло, свічки, музика. Пояснює, що сьогодні простір для горя, і плакати - нормально та потрібно.

2. Психоедукація про горювання (10 хв): Стадії горя за Кюблер-Росс (заперечення, гнів, торг, депресія, прийняття); пояснення, що стадії не лінійні; множинні втрати вимушено переміщених осіб; різниця між нормальним та ускладненим горем.

3. Вправа "Карта моїх втрат" (15 хв): Учасники малюють дерево або карту, де кожна гілка/область - це втрата (не лише люди: дім, робота, статус, мрії, звички, ідентичність, безпека, віра в майбутнє). Усвідомлення масштабу втрат.

4. Створення спільного "Вівтаря пам'яті" (20 хв): У центрі кімнати на тканині створюють спільний простір. Кожен учасник приносить фото/предмет/малюнок, що символізує його втрату, кладе на вівтар, запалює свічку, говорить кілька слів: "Я пам'ятаю...", "Я втратив...", "Я хочу сказати...". Група мовчки підтримує. Дуже зворушливий момент - часто всі плачуть разом, і це об'єднує.

5. Письмо "Лист втраті" (15 хв): Написати лист втраченому - людині, місцю, минулому життю. Написати все, що не встигли сказати: любов, гнів, жаль, прощення, питання без відповіді. Без цензури, з усіма емоціями.

6. Ритуал прощання (15 хв): Хто хоче - читає лист вголос групі. Потім символічно "відправляють" листа: складають, кладуть біля свічки або в спеціальну коробку, або (якщо є можливість) безпечно спалюють. Ритуал допомагає завершити "незавершене".

7. Завершення "Ви залишаєтеся в моєму серці" (5 хв): Ведучий: "Втрата не означає забуття. Ті, кого ми втратили, назавжди з нами - в спогадах, у цінностях, які передали, у частинках нас самих. Біль зменшиться, але любов залишиться". Можна закінчити піснею або хвилиною мовчання.

Домашнє завдання: Створити вдома власний куточок пам'яті; дозволяти собі плакати, коли потрібно; можливо, відвідати місця, що нагадують про втрачене (безпечні місця).

Заняття 9. Відновлення довіри та близькості

Тривалість: 90 хвилин

Фаза: Опрацювання → Перехід до інтеграції

Мета: Відновити здатність довіряти після зради довіри; подолати ізоляцію; розвинути вразливість як силу; навчитися просити та приймати підтримку; зміцнити зв'язки в групі.

Обладнання: Пов'язки на очі для вправи довіри, м'які подушки, великий ватман та маркери для "карти підтримки", стікери.

План заняття:

1. Check-in та перехід (10 хв): Як відбувається процес горювання після минулого заняття? Пояснення, що після роботи з втратами важливо звернутися до відновлення зв'язків.

2. Психоедукація: травма і довіра (10 хв): Чому після травми важко довіряти (порушення базової безпеки світу); виживальна функція недовіри; поступовість відновлення довіри; різниця між здоровою обережністю та ізоляцією.

3. Вправа "Коло підтримки" (10 хв): Намалювати концентричні кола (як мішень): в центрі "Я", далі кола близькості. Розмістити людей за рівнем довіри та близькості. Проаналізувати: чи є хтось в найближчому колі? Чи не занадто порожньо? Чи не занадто тісно (немає меж)?

4. Вправа на довіру "Веди мене" (20 хв): У парах, один з пов'язкою на очах, інший веде по кімнаті тільки голосом (не торкаючись). Потім міняються ролями. Обговорення: Як відчувалися "сліпими"? Чи було страшно? Що допомагало довіряти? Як відчувалися "провідниками"? Чи була відповідальність?

5. Практика вразливості (20 хв): Ділення по колу із завершенням речень: "Мені важко довіряти, тому що...", "Я хочу навчитися...", "Мені потрібна підтримка у...". Ведучий моделює вразливість, ділячись першим. Група підтримує кожного словами: "Дякую за довіру", "Я тут для тебе".

6. Навчання просити про підтримку (15 хв): Рольова гра в парах: один практикує сказати "Мені потрібна допомога з...", інший практикує відповідати "Я готовий допомогти. Що я можу зробити?". Обговорення, чому так важко просити і як це насправді зміцнює стосунки.

7. Груповий ритуал близькості (5 хв): Стояння в колі, тримаючись за руки або просто близько. Передача по колу фрази "Я тут для тебе" з контактом очей. Фізичне відчуття підтримки групи.

Домашнє завдання: Зробити один маленький акт довіри (подзвонити, попросити про допомогу); помічати, коли ізолюєшся, і протидіяти цьому.

Заняття 10. Формування смислів та цінностей

Тривалість: 90 хвилин

Фаза: Інтеграція

Мета: Відновити смислову перспективу життя після травми; визначити особисті цінності; знайти смисл навіть у стражданні; побудувати ціннісно-орієнтоване життя.

Обладнання: Картки з 50-ма цінностями (здоров'я, сім'я, творчість, свобода, справедливість, духовність, природа, допомога іншим, і т.д.), великі

аркуші для малювання "дерева цінностей", маркери, журнали для колажу, ножиці, клей.

План заняття:

1. Привітання, рефлексія шляху (10 хв): "Ми пройшли 10 занять. Які зміни ви помітили в собі?" Усвідомлення трансформації.

2. Вправа "Life-line продовження" (10 хв): Повернення до лінії життя з заняття 6, тепер додати майбутнє - що бачите попереду? Чим хочете наповнити життя?

3. Психоедукація: логотерапія Франкла (10 хв): "Людина може витримати будь-яке 'як', якщо знає 'навіщо'". Три джерела смислу за Франклом: творчість (що ми даємо світу), переживання (що ми отримуємо від світу), позиція щодо страждання (як ми реагуємо на те, що не можемо змінити). Пошук смислу в травмі не означає виправдання травми - означає не дати їй забрати наше життя.

4. Вправа "Мої цінності" (20 хв): З 50 карток цінностей обрати ТОП-5 найважливіших. Розкласти їх за пріоритетом. Пояснити, чому саме ці. Часто після травми цінності змінюються - матеріальне стає менш важливим, стосунки та смисл - більш важливими. Обговорити в малих групах.

5. Створення "Дерева цінностей" (25 хв): На великому аркуші малюємо дерево:

- Коріння: звідки прийшли мої цінності (сім'я, культура, досвід)
- Стовбур: Я зараз, моя ідентичність
- Гілки: як я втілюю свої цінності в життя (конкретні сфери)
- Листя: конкретні дії, що відповідають цінностям
- Плоди: що дають ці цінності мені та іншим

Малювання під спокійну музику, потім прикрашання, додавання слів.

6. Груповий шерінг (10 хв): Кожен показує своє дерево, розповідає про головні цінності. Група відзначає спільності та унікальності.

7. Завершення: "Моє життя має сенс" (5 хв): Кожен завершує фразу: "Моє життя має сенс, тому що..." (тому що я люблю, тому що я створюю, тому що я долаю, тому що я допомагаю, тому що я тут...)

Домашнє завдання: Щодня робити одну дію, що відповідає цінност тям; вести журнал смислів: записувати моменти, коли життя відчувалося осмисленим.

Заняття 11. Планування майбутнього "Мій новий шлях"

Тривалість: 90 хвилин

Фаза: Інтеграція

Мета: Сформувати реалістичне та надихаюче бачення майбутнього; розробити конкретні цілі та план дій; відновити надію та віру в можливості; підготуватися до завершення програми.

Обладнання: Великі аркуші ватману, багато журналів для вирізання, ножиці, клей, маркери, стікери, бланки SMART-цілей, конверти "мрії в майбутнє".

План заняття:

1. Check-in: усвідомлення наближення завершення (10 хв): "Наступного тижня - останнє заняття. Як ви себе відчуваєте з цього приводу?" Нормалізувати змішані почуття (сум розставання та радість самостійності).

2. Керована візуалізація майбутнього (15 хв): Релаксація, потім подорож уяві в майбутнє. "Уявіть себе через рік... Де ви? Чим займаєтеся? З ким? Як виглядає ваш звичайний день? Що змінилося? Що ви відчуваєте?" Потім через 3 роки, через 5 років. Після візуалізації - записати ключові образи.

3. Створення "Дошки бажань" (25 хв): На ватмані створити колаж майбутнього. Вирізати з журналів або малювати образи: де хочу жити, працювати, з ким бути, що робити, яким бути, які емоції відчувати. Робота під надихаючу музику. Це має бути яскраво, барвисто - візуалізація привабливого майбутнього.

4. Від мрії до цілі: SMART (15 хв): Пояснення, що мрія без плану залишається мрією. Техніка SMART-цілей:

- Specific (конкретна): не "бути щасливим", а "знайти роботу за фахом"

- Measurable (вимірювана): як зрозумію, що досяг?

- Achievable (досяжна): чи реалістично за цей час?

- Relevant (релевантна): чи відповідає моїм цінностям?

- Time-bound (обмежена в часі): коли конкретно?

Кожен формулює 3 цілі: на місяць, на 3 місяці, на рік.

5. План дій (10 хв): Для кожної цілі - конкретні кроки. Що потрібно зробити першим? Які ресурси потрібні? Які можливі перешкоди? Як їх подолаю? Хто може допомогти?

6. Accountability partners (10 хв): Об'єднання в пари - партнери підтримки. Обмін контактами, домовленість підтримувати один одного після завершення програми, нагадувати про цілі, святкувати успіхи.

7. Публічний намір (5 хв): По колу кожен проголошує одну мету на найближчий місяць. Публічне проголошення збільшує ймовірність виконання.

Домашнє завдання: Повісити дошку бажань на видному місці; зробити перші кроки до цілей; підготуватися до прощання (принести щось символічне для групи або написати прощальні листи).

Заняття 12. Посттравматичне зростання. Завершення програми

Тривалість: 90 хвилин

Фаза: Завершення

Мета: Усвідомити та інтегрувати особисте зростання; підбити підсумки шестиїтижневого шляху; завершити груповий процес екологічно; підготувати до самостійного життя після програми; відсвяткувати досягнення.

Обладнання: Сертифікати учасникам (красиво оформлені), "книга групи" для спільних записів, свічка як символ світла надії, конверти для листів собі в майбутнє, святкове частування (чай, фрукти, печиво), фотоапарат (з дозволу учасників), невеликі символічні подарунки (закладки з афірмаціями, камінці з надписами "сила", "надія", "мужність").

План заняття:

1. Урочисте відкриття (10 хв): Запалення свічки в центрі кола. Ведучий: "Ця свічка - символ світла, яке ви несете в собі. Світла надії, сили, життя. Коли ми починали 6 тижнів тому, багато хто з вас відчував темряву. Сьогодні ми святкуємо ваше світло". Момент мовчання та вдячності за шлях.

2. Вправа "До і після" (20 хв): Ведучий дістає малюнки з першого заняття (де учасники малювали, як себе відчувають). "Пам'ятаєте? Подивіться на свій малюнок. Тепер намалюйте на іншому аркуші, як відчуваєте себе сьогодні". 10 хвилин малювання. Потім кожен показує обидва малюнки і ділиться: "Тоді я був... А тепер я...". Часто контраст вражаючий - темні кольори стали світлими, хаос став структурою, самотність стала зв'язком. Група аплодує кожному.

3. Рефлексія змін (15 хв): Ведучий задає запитання, учасники діляться:

- Що було найважчим на цьому шляху? (часто називають заняття з історією, з втратами)

- Що було найціннішим? (часто - відчуття, що не один, група, конкретні техніки)

- Який інструмент точно візьмете з собою? (заземлення, самоспівчуття, активація)

- Що відкрили про себе? (силу, стійкість, здатність рости)

4. Посттравматичне зростання: презентація концепції (10 хв): Ведучий розповідає про дослідження посттравматичного зростання (Tedeschi & Calhoun): травма може не лише руйнувати, але й ставати каталізатором зростання. П'ять сфер росту:

- Нові можливості: нові шляхи, які ви не бачили раніше

- Особиста сила: усвідомлення "Якщо я пережив це, я можу пережити багато чого"

- Стосунки: глибші, автентичніші зв'язки

- Цінування життя: кожен день стає ціннішим

- Духовний розвиток: більш глибокі питання про смисл

Запитує: "У чому ви виросли завдяки цьому важкому досвіду?" Учасники діляться. Це не применшує біль травми, але надає їй смислу.

5. Ритуал "Листи собі в майбутнє" (10 хв): Кожен пише лист собі за 6 місяців. "Що ви хочете пам'ятати через півроку? Які наміри маєте? Які побоювання? Які надії?" Листи запечатують в конверти, підписують свою адресу. Ведучий обіцяє надіслати через 6 місяців. (Це створює продовження зв'язку та нагадує про зобов'язання перед собою).

6. Церемонія вручення сертифікатів (15 хв): Ведучий викликає кожного учасника по імені, вручає красивий сертифікат про завершення програми, говорить особисті слова про шлях цієї людини: "Оксано, я пам'ятаю, як ти прийшла - ти майже не говорила, ховалася за іншими. А сьогодні ти ділишся своїми історіями та підтримуєш інших. Ти знайшла свій голос. Я пишаюся тобою". Кожному - унікальні слова визнання. Група аплодує кожному. Часто сльози - радості, вдячності, смутку розставання.

7. Груповий ритуал прощання (10 хв): Всі встають в коло, тримаючись за руки. Кожен по черзі каже: "Дякую групі за..." (за прийняття, за розуміння, за сміх серед сліз, за надію, за те, що показали мені мою силу). Після останньої людини - груповий подих: разом вдих... разом видих. "Ми разом пройшли цей шлях. І частинка кожного з вас назавжди залишиться в серцях інших".

8. Святкування та прощання (неформальна частина): Спільне чаювання, неформальне спілкування. Хтось плаче, хтось сміється, обіймаються, обмінюються контактами. Якщо дозволяють - спільне фото на згадку. Ведучий роздає символічні подарунки - маленькі камінці з словами "сила", "надія", "мужність", "любов" - щоб учасники мали фізичне нагадування про шлях.

Завершальні слова ведучого: "Програма закінчується, але ваш шлях продовжується. Ви маєте всі інструменти, ви знаєте дорогу до себе, ви не одні. Пам'ятайте: ви сильніші, ніж думаєте. Ви пережили неймовірне - і ви тут. Це вже перемога. Життя продовжується. Воно може бути іншим - але воно може бути добрим. Носіть ваше світло в світ. Дякую вам за довіру, за мужність, за те, що дозволили мені бути частиною вашого шляху".

Роздати списки ресурсів для подальшої підтримки: контакти для індивідуальної терапії, групи підтримки в громаді, кризові телефонні лінії, онлайн-ресурси. Запропонувати можливість періодичних зустрічей alumni-групи (раз на місяць неформальні зустрічі випускників програми для взаємопідтримки).

Розроблена програма психологічного супроводу та корекції психоемоційних станів вимушено переміщених осіб являє собою структуровану, науково обґрунтовану систему психотерапевтичних інтервенцій, побудовану на принципах інтегративного підходу. Програма синтезує найбільш ефективні елементи когнітивно-поведінкової терапії, гуманістичної психології, арт-терапії, тілесно-орієнтованих методів та позитивної психотерапії, створюючи комплексну відповідь на багатовимірні потреби осіб з травматичним досвідом вимушеного переміщення.

Важливою особливістю програми є акцент не лише на редукції симптомів, але й на посттравматичному зростанні - здатності знайти смисли, цінності, нові можливості в пережитому досвіді. Цей підхід, заснований на позитивній психології та гуманістичних принципах, допомагає учасникам сприймати себе не як пасивних жертв обставин, а як активних авторів власного життя, здатних до трансформації та розвитку навіть після важких випробувань.

Завершення програми не означає завершення підтримки - передбачено створення груп для періодичних зустрічей випускників, надання контактів для індивідуальної терапії, підключення до громадських ресурсів підтримки. Follow-up дослідження через 6 тижнів після завершення дозволяють оцінити стійкість терапевтичних змін та виявити учасників, які потребують додаткової допомоги.

Таким чином, розроблена програма являє собою комплексну, науково обґрунтовану, практично орієнтовану систему психологічної допомоги, здатну ефективно адресувати широкий спектр психологічних наслідків травми вимушеного переміщення. Детальна методична розробка кожного заняття

робить програму доступною для реплікації іншими фахівцями, що є важливим для масштабування допомоги цій численній та вразливій категорії населення.

3.2. Опис та результати апробації програми психологічного супроводу вимушено переміщених осіб

Апробація розробленої програми психологічного супроводу проводилася протягом шести тижнів з лютого по березень 2025 року на базі громадського центру психологічної підтримки вимушено переміщених осіб. У дослідженні взяли участь шістдесят вимушено переміщених осіб віком від двадцяти до п'ятдесяти п'яти років, які були випадковим чином розподілені на дві групи: експериментальну (тридцять осіб, які проходили програму психологічного супроводу) та контрольну (тридцять осіб, які знаходилися в режимі очікування та не отримували спеціалізованої психологічної допомоги протягом періоду дослідження).

Організація апробації передбачала формування експериментальної групи у три підгрупи по десять осіб у кожній, що забезпечувало оптимальні умови для групової динаміки та індивідуальної уваги до кожного учасника. Заняття проводилися двічі на тиждень у вечірній час (з 18:00 до 19:30), що дозволяло учасникам поєднувати участь у програмі з роботою або іншими обов'язками. Кожна підгрупа працювала з постійною парою ведучих - двома психологами з досвідом роботи у сфері психотравми та групової терапії не менше п'яти років, які пройшли попереднє навчання щодо специфіки реалізації даної програми.

Діагностичне обстеження учасників обох груп проводилося двічі: на початку дослідження (констатувальний експеримент) та через шість тижнів після початку, одразу після завершення програми експериментальною групою (контрольний експеримент, етап "після"). Використовувався той самий комплекс психодіагностичних методик, що й на констатувальному етапі:

шкала депресії Зунге, методика оцінки стресостійкості та соціальної адаптації Холмса-Раге, шкала психосоціального стресу Рідера, опитувальник ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера, методика диференціальної діагностики депресивних станів Жмурова. Така повторна діагностика дозволила оцінити динаміку психоемоційних станів у обох групах та визначити ефективність програми через порівняння змін у експериментальній групі (що отримувала інтервенцію) та контрольній групі (що не отримувала спеціалізованої допомоги).

Статистична обробка отриманих даних здійснювалася за допомогою параметричних (t-критерій Стьюдента для залежних та незалежних вибірок) та непараметричних методів (критерій Вілкоксона для порівняння зв'язаних вибірок). Вибір статистичного методу визначався характером розподілу даних та обсягом вибірки. Рівень статистичної значущості встановлювався на позначці $p<0,05$, що відповідає загальноприйнятим стандартам психологічних досліджень. Для оцінки величини ефекту використовувався коефіцієнт Коена d, що дозволяло визначити не лише статистичну, але й практичну значущість виявлених змін.

Аналіз динаміки показників стресостійкості виявив суттєві відмінності між експериментальною та контрольною групами. На початковому етапі дослідження обидві групи демонстрували високі показники стресового навантаження, що вказувало на значне виснаження адаптаційних ресурсів. Контрольна група на етапі "до" мала середній показник 232,60±49,42 бала, тоді як експериментальна група виявляла дещо вищий рівень стресу - 252,50±46,69 бала. Розподіл учасників за рівнями стресостійкості в обох групах був подібним: переважна більшість перебувала на пороговому рівні опору стресу (сімнадцять осіб у контрольній групі та двадцять осіб в експериментальній), що свідчило про функціонування адаптаційних систем на межі можливостей.

Після завершення програми в експериментальній групі спостерігалися зміни. Середній показник стресового навантаження знизився до 169,93±49,25

бала, що становить редукцію на 82,57 бала або 32,7% від початкового рівня. Статистичний аналіз за критерієм Вілкоксона підтвердив високу значущість цих змін ($p<0,001$), що вказує на ефективність програми у зниженні стресового навантаження. Особливо важливим виявився якісний перерозподіл учасників за рівнями стресостійкості: якщо на початку лише п'ятеро осіб (16,7%) демонстрували високий рівень опору стресу, то після завершення програми їхня кількість зросла до двадцяти однієї особи (70,0%). Водночас кількість осіб з вразливістю до стресу (низький рівень стресостійкості) зменшилася з п'яти до нуля, а кількість осіб на пороговому рівні скоротилася з двадцяти до дев'яти. Такий перерозподіл свідчить про якісну трансформацію адаптаційних можливостей учасників програми.

Контрольна група, навпаки, продемонструвала відсутність позитивної динаміки, більше того - незначне погіршення показників. Середній рівень стресового навантаження збільшився з 232,60±49,42 до 241,80±35,77 бала, хоча ці зміни не досягли статистичної значущості ($p>0,05$). Розподіл за рівнями стресостійкості також змістився у несприятливий бік: кількість осіб з високим рівнем опору стресу зменшилася з десяти до чотирьох, тоді як кількість осіб на пороговому рівні зросла з сімнадцяти до двадцяти трьох. Кількість осіб з вразливістю залишилася незмінною - троє осіб. Така динаміка підтверджує, що без спеціалізованої психологічної допомоги природні процеси адаптації виявляються недостатніми, більше того - може відбуватися поступове виснаження адаптаційних ресурсів під впливом хронічного стресу (Додаток Б).

Результати порівняльного аналізу динаміки стресостійкості представлені у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Динаміка показників стресостійкості за методикою Холмса-Раге в контрольній та експериментальній групах

Рівень	КГ константувальний етап (n=30)	КГ контрольний етап (n=30)	ЕГ константувальний етап (n=30)	ЕГ контрольний етап (n=30)

	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Високий рівень опору	10	33,3	4	13,3	5	16,7	21	70
Пороговий рівень	17	56,7	23	76,7	20	66,7	9	30
Низький рівень (вразливість)	3	10	3	10	5	16,7	0	0

Оцінка рівня психосоціального стресу виявила подібну до стресостійкості картину високої ефективності програми. На початковому етапі обидві групи демонстрували критично високий рівень психосоціального стресу: у контрольній групі середній показник становив 2,13±0,29 бала (за трибальною шкалою), в експериментальній - 2,09±0,34 бала. Більшість учасників обох груп перебували у стані високого психосоціального стресу (дев'ятнадцять осіб у контрольній та двадцять осіб в експериментальній групі), що відображало глибокі порушення соціального функціонування та міжособистісної взаємодії.

Після завершення програми експериментальна група продемонструвала вражаючу динаміку. Середній показник психосоціального стресу знизився до 1,30±0,42 бала, що становить редукцію на 0,79 бала або 37,8% від початкового рівня. Статистичний аналіз підтвердив високу значущість змін ($p<0,001$). Найбільш показовим виявився якісний перерозподіл: якщо на початку жоден учасник не мав низького рівня стресу, то після програми семеро осіб (23,3%) досягли цього рівня. Кількість осіб з високим рівнем стресу різко скоротилася з двадцяти до однієї особи (з 66,7% до 3,3%), тоді як більшість учасників перемістилися до категорії середнього рівня стресу - двадцять дві особи (73,3%). Така динаміка свідчить про значне покращення соціального функціонування, зниження відчуття відчуженості, відновлення здатності до міжособистісної взаємодії (Додаток Б).

Контрольна група знову не виявила позитивної динаміки. Навпаки, спостерігалося незначне погіршення: середній показник зріс з 2,13±0,29 до 2,20±0,35 бала ($p>0,05$). Розподіл за рівнями залишився майже незмінним:

кількість осіб з високим рівнем стресу навіть збільшилася з дев'ятнадцяти до двадцяти, тоді як кількість осіб з середнім рівнем зменшилася з одинадцяти до десяти. Низький рівень стресу не досяг жоден учасник контрольної групи. Це підтверджує, що психосоціальний стрес без інтервенції має тенденцію до хронізації та навіть поглиблення.

Таблиця 3.3

Динаміка психосоціального стресу за шкалою Рідера

Рівень	КГ констатувальний етап (n=30)		КГ контрольний етап (n=30)		ЕГ констатувальний етап (n=30)		ЕГ контрольний етап (n=30)	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Низький стрес	0	0	0	0	0	0	7	23,3
Середній стрес	11	36,7	10	33,3	10	33,3	22	73,3
Високий стрес	19	63,3	20	66,7	20	66,7	1	3,3

Оцінка депресивної симптоматики за методикою Зунге виявила високу поширеність депресивних станів у обох групах на початковому етапі. Контрольна група мала середній показник 50,13±7,08 бала, експериментальна - 52,93±7,97 бала, що відповідає помірній депресії. Розподіл за рівнями був подібним: переважна більшість учасників перебувала у стані помірної депресії (двадцять шість осіб у контрольній та двадцять чотири в експериментальній групі), значна кількість мала тяжку депресію (двоє в контрольній, п'ятеро в експериментальній), і лише одиниці не демонстрували клінічно значущої депресії.

Експериментальна група після завершення програми продемонструвала найбільші зміни серед усіх досліджуваних показників. Середній показник депресії знизився до 37,17±8,49 бала, що становить редукцію на 15,76 бала або 29,8% від початкового рівня. Це є клінічно значущим покращенням, оскільки середній показник перемістився з діапазону помірної депресії до діапазону легкої депресії або її відсутності. Статистичний аналіз підтвердив надзвичайно

високу значущість змін ($p<0,001$). Якісний перерозподіл виявився вражаючим: якщо на початку лише одна особа (3,3%) не мала клінічно значущої депресії, то після програми дев'ятнадцять осіб (63,3%) перемістилися до цієї категорії. Жоден учасник не залишився у категорії тяжкої депресії, тоді як одинадцять осіб (36,7%) зберігали помірну депресію, але з значно нижчими показниками порівняно з початковими.

Контрольна група виявила мінімальні зміни, які не досягли статистичної значущості. Середній показник знизився незначно - з 50,13±7,08 до 47,83±6,99 бала ($p>0,05$). Розподіл за рівнями майже не змінився: двадцять шість осіб залишилися у стані помірної депресії, кількість осіб без значущої депресії збільшилася лише з двох до трьох, а кількість осіб з тяжкою депресією зменшилася з двох до однієї. Така мінімальна динаміка може пояснюватися ефектом часу та природними коливаннями настрою, але не є клінічно значущим покращенням.

Таблиця 3.4

Динаміка депресивних станів за методикою Зунге

Рівень	КГ констатувальний етап (n=30)		КГ контрольний етап (n=30)		ЕГ констатувальний етап (n=30)		ЕГ контрольний етап (n=30)	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Відсутність/легка депресія	1	3,3	3	10	1	3,3	19	63,3
Помірна депресія	27	90	26	86,7	24	80	11	36,7
Тяжка депресія	2	6,7	1	3,3	5	16,7	0	0

Дослідження ситуативної тривожності виявило надзвичайно високу поширеність підвищеної тривожності на початковому етапі. Контрольна група мала середній показник 49,10±4,60 бала, експериментальна - 48,03±4,92 бала, що відповідає високому рівню ситуативної тривожності. Переважна більшість учасників обох груп перебувала у стані високої тривожності (двадцять шість осіб у контрольній та двадцять чотири в експериментальній групі).

Експериментальна група після програми продемонструвала позитивну динаміку. Середній показник ситуативної тривожності знизився до 33,47±6,85

бала, що становить редукцію на 14,56 бала або 30,3%. Це клінічно значуще покращення, оскільки середній рівень перемістився з високої до помірної тривожності. Статистична значущість змін підтверджена на рівні $p<0,001$. Розподіл за рівнями кардинально змінився: лише одна особа залишилася на високому рівні тривожності (3,3%), двадцять осіб (66,7%) перемістилися до помірного рівня, а дев'ятеро учасників (30,0%) досягли низького рівня тривожності, хоча на початку жоден учасник не мав такого показника.

Контрольна група виявила деяке покращення, але значно менш виражене. Середній показник знизився з 49,10±4,60 до 45,00±5,87 бала ($p<0,05$), що є статистично значущим, але клінічно менш вираженим. Розподіл за рівнями змінився помірно: кількість осіб з високою тривожністю зменшилася з двадцяти шести до чотирнадцяти, кількість осіб з помірною тривожністю зросла з чотирьох до шістнадцяти. Однак жоден учасник контрольної групи не досяг низького рівня тривожності. Це свідчить про те, що певна редукція тривожності може відбуватися природно з часом, але програма забезпечує значно більш виражений та стійкий ефект.

Таблиця 3.5

Динаміка ситуативної тривожності за опитувальником Спілбергера

Рівень	КГ констатувальний етап (n=30)		КГ контрольний етап (n=30)		ЕГ констатувальний етап (n=30)		ЕГ контрольний етап (n=30)	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Низька тривожність	0	0	0	0	0	0	9	30
Помірна тривожність	3	10	16	53,3	5	16,7	20	66,7
Висока тривожність	27	90	14	46,7	25	83,3	1	3,3

Дослідження особистісної тривожності показало подібні тенденції. Експериментальна група продемонструвала зниження з 48,17±5,41 до 35,00±5,83 бала ($p<0,001$), тоді як контрольна група виявила мінімальні зміни з 48,17±4,83 до 47,37±3,93 бала ($p>0,05$). Якісний перерозподіл в експериментальній групі був вражаючим: з двадцяти трьох осіб з високою

особистісною тривожністю на початку лише троє залишилися на цьому рівні після програми, двадцять одна особа перемістилася до помірного рівня, а шестеро досягли низького рівня.

Таблиця 3.6

Динаміка особистістної тривожності за опитувальником Спілбергера

Рівень	КГ констатувальний етап (n=30)		КГ контрольний етап (n=30)		ЕГ констатувальний етап (n=30)		ЕГ контрольний етап (n=30)	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Низька тривожність	0	0	0	0	0	0	6	20
Помірна тривожність	5	16,7	7	23,3	8	26,7	21	70
Висока тривожність	25	83,3	23	76,7	22	73,3	3	10

Методика Жмурова (Додаток В), що надає більш детальну градацію рівнів депресії, підтвердила результати, отримані за шкалою Зунге. Контрольна група на початку мала середній показник 35,10±11,47 бала, експериментальна - 37,73±13,99 бала, що відповідає легкій депресії. Після завершення дослідження контрольна група виявила несподіване погіршення: середній показник зріс до 39,57±12,22 бала ($p>0,05$), хоча зміни не досягли статистичної значущості. Це може пояснюватися накопиченням втоми від очікування допомоги та розчаруванням від її відсутності.

Експериментальна група, навпаки, продемонструвала різке покращення. Середній показник знизився до 16,70±8,65 бала ($p<0,001$), що відповідає мінімальній депресії або її відсутності. Редукція склала 21,03 бала або 55,7% від початкового рівня - це найбільше процентне зниження серед усіх досліджуваних показників. Розподіл за рівнями трансформувався кардинально: якщо на початку лише одна особа не мала депресії, то після

програми чотири особи повністю звільнилися від депресивної симптоматики, двадцять дві особи перемістилися до категорії мінімальної депресії, лише четверо залишилися на рівні легкої депресії. Жоден учасник не мав помірної, вираженої чи глибокої депресії після завершення програми.

Узагальнюючи результати апробації програми, можна констатувати її високу ефективність у редукції всього спектру досліджуваних психопатологічних проявів. Експериментальна група продемонструвала статистично значущі покращення за всіма без винятку показниками на рівні $p<0,001$, тоді як контрольна група не виявила значущих змін за більшістю параметрів.

Особливо важливим є факт, що покращення в експериментальній групі мали не лише статистичну, але й клінічну значущість. Більшість учасників перемістилися з діапазонів клінічно значущих порушень (помірна та тяжка депресія, високі рівні тривожності та стресу) до діапазонів нормального або легкого рівня симптоматики. Це означає, що програма не просто дещо покращила показники, але реально трансформувала якість життя учасників, знизивши їхні страждання до рівня, коли вони можуть функціонувати без значних обмежень.

Важливим аспектом оцінки ефективності програми було якісне спостереження за груповою динамікою та відгуки учасників. Протоколи занять фіксували поступове зростання групової згуртованості, підвищення рівня довіри, розвиток взаємопідтримки. Учасники відзначали, що група стала для них "другою сім'єю", "островом безпеки у хаосі", "місцем, де можна бути собою". Багато учасників повідомляли про конкретні позитивні зміни у повсякденному житті: покращення сну, підвищення енергії, відновлення інтересу до діяльності, поліпшення стосунків з близькими, повернення здатності планувати майбутнє.

Якісний аналіз домашніх завдань (щоденники емоцій, практики активації, листи самопідтримки) також свідчив про глибинні трансформації у

сприйнятті себе та власного досвіду. Учасники переходили від позиції "жертви обставин" до позиції "автора власного життя", від фокусу на минулих втратах до орієнтації на майбутні можливості, від самозвинувачення до самоспівчуття. Такі якісні зміни, хоча й важко піддаються кількісному виміру, є надзвичайно важливими індикаторами справжнього психологічного зцілення.

Отримані результати апробації дозволяють стверджувати, що розроблена програма психологічного супроводу є високоефективним інструментом психологічної реабілітації вимушено переміщених осіб. Програма здатна забезпечити клінічно значуще зниження депресії, тривожності, психосоціального стресу, підвищення стресостійкості та адаптаційних можливостей у короткий термін - шість тижнів. Порівняння з контрольною групою, яка не отримувала інтервенції, чітко демонструє, що спостерігані зміни є результатом саме програми, а не ефектом часу, плацебо чи інших неконтрольованих чинників. Це створює міцну емпіричну базу для впровадження програми у практику психологічної допомоги вимушено переміщеним особам.

3.3. Практичні рекомендації щодо організації психологічної допомоги вимушено переміщеним особам

Результати проведеного дослідження та апробації програми психологічного супроводу дозволяють сформулювати систему практичних рекомендацій для фахівців, які надають психологічну допомогу вимушено переміщеним особам. Рекомендації враховують специфіку травматичного досвіду цієї категорії клієнтів, динаміку адаптаційного процесу, виявлені закономірності формування та редукції афективних порушень, а також доказову базу ефективності різних терапевтичних підходів. Важливо підкреслити, що психологічна допомога має бути диференційованою залежно від етапу адаптації, індивідуальних особливостей клієнта, наявних ресурсів та обмежень.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ГОСТРОГО ПЕРІОДУ ПЕРЕМІЩЕННЯ (ПЕРШІ ДНІ ТА ТИЖНІ)

Гострий період переміщення характеризується інтенсивним стресом, дезорієнтацією, гострими емоційними реакціями, можливим станом шоку або оціпеніння. На цьому етапі психологічна допомога має фокусуватися на забезпеченні базової психологічної безпеки, стабілізації гострих станів, задоволенні першочергових потреб. Рекомендується використання принципів психологічної першої допомоги (Psychological First Aid), розроблених Всесвітньою організацією охорони здоров'я.

Важливим є створення безпечного, передбачуваного середовища. Вимушено переміщені особи в гострому періоді потребують стабільності, структури, чіткої інформації про те, що відбувається, що буде далі, де вони можуть отримати необхідну допомогу. Психолог має забезпечити спокійну, доброзичливу присутність, уникаючи надмірного тиску або вимог розповідати про травматичний досвід. На цьому етапі не рекомендується проводити детальне опитування про травматичні події, оскільки це може призвести до ретравматизації. Натомість слід забезпечити практичну інформаційну підтримку: роз'яснити, де можна отримати житло, медичну допомогу, документи, як зв'язатися з рідними.

Важливим є нормалізація емоційних реакцій. Багато вимушено переміщених осіб у гострому періоді відчувають інтенсивні та суперечливі емоції: страх, гнів, провину, заціпеніння, відчуття нереальності. Вони можуть боятися, що "збожеволіють", що їхні реакції є ненормальними. Психолог має чітко пояснити, що всі ці реакції є нормальними відповідями на ненормальну ситуацію, що це природні захисні механізми психіки. Проста фраза "Те, що ви відчуваєте, - це нормально після того, що сталося" може мати надзвичайно заспокійливий ефект.

Необхідно навчити базовим технікам саморегуляції для управління гострими станами. Техніки заземлення, такі як "5-4-3-2-1" (назвати п'ять речей, які бачиш, чотири, яких можеш торкнутися, три звуки, два запахи, один смак),

допомагають повернутися з флешбеку або панічної атаки до теперішнього моменту. Прості дихальні практики (глибоке діафрагмальне дихання, подовжений видих) знижують фізіологічне збудження. Ці техніки мають бути максимально простими, легкими для запам'ятовування та застосування без допомоги психолога, оскільки у гострому періоді доступ до професійної допомоги може бути обмеженим.

Важливо сприяти відновленню соціальних зв'язків. Дослідження показують, що соціальна підтримка є одним з найпотужніших протективних факторів проти розвитку ПТСР та афективних розладів. Психолог може допомогти клієнту встановити контакт з рідними (якщо це можливо та безпечно), підключити до груп взаємопідтримки вимушено переміщених осіб, надати інформацію про громадські організації та волонтерські ініціативи. Навіть якщо людина втратила свою звичну соціальну мережу, можливість знайти нових людей зі схожим досвідом надає відчуття приналежності та зменшує ізоляцію.

Необхідно уважно моніторити ризики для безпеки клієнта. У гострому періоді підвищений ризик суїцидальних думок, самодеструктивної поведінки, розвитку залежностей як способу справлятися з болем. Психолог має провести скринінг суїцидального ризику, запитавши прямо: "Чи виникали у вас думки про те, щоб заподіяти собі шкоди? Чи думали ви про те, що не хочете більше жити?" Якщо такі думки є, необхідно оцінити їхню інтенсивність, наявність плану, доступ до засобів, історію спроб, наявність захисних факторів. При високому ризику обов'язково залучення психіатра та, можливо, госпіталізація.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ РАННЬОГО АДАПТАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ (ПЕРШІ МІСЯЦІ)

Ранній адаптаційний період, що охоплює приблизно перші три-шість місяців після переміщення, характеризується поступовим усвідомленням масштабу втрат, формуванням гострих стресових реакцій або симптомів ПТСР, високою поширеністю депресивної та тривожної симптоматики. Наше дослідження виявило, що саме в цей період більшість вимушено переміщених

осіб демонструють клінічно значущі рівні депресії (понад 80% мали помірну або тяжку депресію), тривожності (понад 80% мали високу тривожність), психосоціального стресу. Це критичний період, коли професійна психологічна допомога найбільш необхідна та може бути найбільш ефективною.

На цьому етапі рекомендується проведення комплексної психодіагностики для виявлення спектру та тяжкості психологічних порушень. Доцільно використовувати стандартизовані опитувальники для оцінки депресії (шкала Бека, шкала Зунге), тривожності (опитувальник Спілбергера, шкала тривоги Гамільтона), симптомів ПТСР (опитувальник травматичного стресу, шкала впливу подій), якості життя, соціального функціонування. Така діагностика дозволяє визначити пріоритети психологічної роботи, відстежувати динаміку, своєчасно виявляти погіршення стану. Важливо, що діагностика має проводитися делікатно, з поясненням мети та отриманням інформованої згоди, оскільки деякі питання опитувальників можуть викликати сильні емоційні реакції.

Основним фокусом психологічної роботи на ранньому адаптаційному етапі має бути стабілізація психоемоційного стану та формування базових навичок саморегуляції. Результати нашого дослідження підтверджують ефективність інтегративного підходу, що поєднує когнітивно-поведінкові, тілесно-орієнтовані, арт-терапевтичні методи. Перша фаза нашої програми (заняття 1-4), присвячена саме стабілізації, показала значне зниження гострої симптоматики ще до початку безпосередньої роботи з травматичним досвідом.

Когнітивно-поведінкова терапія надає клієнтам конкретні інструменти для управління симптомами. Техніки когнітивної реструктуризації допомагають виявляти та трансформувати катастрофічні думки, що підсилюють тривожність та депресію. Типові дисфункціональні переконання вимушено переміщених осіб включають: "Я ніколи не зможу відновити своє життя", "Світ абсолютно небезпечний", "Я не здатний справлятися", "Це все моя провина". Психолог допомагає клієнту перевіряти ці думки на реалістичність, шукати докази "за" і "проти", формулювати більш

збалансовані альтернативні переконання. Поведінкова активація особливо ефективна при депресії: клієнт складає щоденний план активностей, що включає як приємні (для настрою), так і важливі (для самоповаги) справи, веде щоденник зв'язку між активністю та настроєм.

Тілесно-орієнтовані методи адресують соматичні прояви травми та стресу. Наше дослідження показало, що вимушено переміщені особи часто страждають від хронічного м'язового напруження, безсоння, психосоматичних симптомів. Прогресивна м'язова релаксація, дихальні практики, техніки майндфулнес допомагають знизити фізіологічне збудження, відновити контакт з тілом, навчитися розпізнавати ранні сигнали стресу. Особливо корисною виявилася практика "сканування тіла" - послідовне усвідомлення відчуттів у різних частинах тіла, що розвиває інтероцептивну усвідомленість та здатність до саморегуляції.

Арт-терапія надає безпечний, невербальний канал для вираження травматичного досвіду. Багато вимушено переміщених осіб відчувають труднощі з вербалізацією своїх переживань - емоції занадто інтенсивні, спогади занадто хаотичні, слова не здатні передати глибину болю. Малювання, ліплення, колаж, музика, рух дозволяють виразити невимовне. Наша практика показала, що вправа "Світло та темрява" (малювання образів світлих та темних почуттів) допомагає клієнтам визнати та легітимізувати обидва полюси свого досвіду, не втрачаючись ні в заперечуванні травми, ні в тотальному поглинанні нею.

Важливим компонентом роботи на цьому етапі є психоедукація. Клієнти потребують зрозумілої інформації про те, що з ними відбувається, чому вони відчувають те, що відчувають, що є нормальним, а що потребує особливої уваги. Пояснення нейробіології травми (як працює амігдала, чому виникають флешбеки, навіщо потрібні захисні механізми) демістифікує симптоми, знижує страх перед власними реакціями. Інформація про стадії адаптації до травми допомагає клієнтам зрозуміти, що їхній стан - це процес, що має свою логіку та динаміку, а не безнадійний стан.

Груповий формат роботи має особливі переваги на ранньому адаптаційному етапі. Група зменшує відчуття ізоляції ("Я не один такий"), нормалізує досвід ("Інші теж це відчувають"), надає взаємну підтримку, створює нову соціальну мережу. Результати нашого дослідження показали, що учасники програми високо цінували саме груповий компонент, часто називаючи групу "сім'єю", "місцем, де мене розуміють". Водночас групова робота має поєднуватися з можливістю індивідуальних консультацій для тих, хто потребує додаткової підтримки або має специфічні проблеми, що не можуть бути адресовані в групі.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ СЕРЕДНЬОГО АДАПТАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ (3-12 МІСЯЦІВ)

Середній адаптаційний період характеризується поступовою стабілізацією гострої симптоматики, однак саме в цей період може відбуватися кристалізація хронічних порушень - ПТСР, хронічної депресії, тривожних розладів. Наше дослідження не виявило значущої кореляції між тривалістю перебування у статусі ВПО та тяжкістю афективних порушень, що свідчить про індивідуальну варіативність адаптаційних траєкторій. Однак відсутність позитивної динаміки у контрольній групі (яка не отримувала інтервенції) підтверджує, що без професійної допомоги симптоми мають тенденцію до хронізації.

На цьому етапі можлива та рекомендована безпосередня робота з травматичним досвідом через техніки експозиції. Це може бути наративна експозиція (створення детальної, хронологічної історії травматичної події з проговорюванням у безпечному середовищі), імагінативна експозиція (повторне переживання травматичного спогаду в уяві під керівництвом терапевта), письмова експозиція (щоденне написання про травматичну подію протягом 15-20 хвилин). Мета експозиції - інтегрувати фрагментовані травматичні спогади у зв'язний наратив, зменшити емоційну реактивність через габітуацію, трансформувати імпліцитні спогади у експліцитні.

Наведена програма використовувала наративний підхід на шостому занятті: учасники створювали "книгу своєї історії" з трьома розділами (життя до переміщення, подія переміщення, життя після). Результати показали, що після цього заняття багато учасників відзначали відчуття полегшення, "наче важкий тягар став трохи легшим". Важливо підкреслити, що експозиційна робота має проводитися лише після досягнення достатньої стабілізації, з обов'язковим використанням технік заземлення до та після експозиції, з постійним моніторингом стану клієнта, з можливістю зупинитися або уповільнитися при перевантаженні.

Важливим компонентом роботи на середньому етапі є адресація специфічних травматичних емоцій - провини, сорому, гніву. Наше дослідження та клінічна практика показують, що більшість вимушено переміщених осіб переживають інтенсивну провину: провину вижившого ("Чому я тут у безпеці, а інші ні?"), провину за залишення ("Я покинув свій дім, своїх людей"), провину за неспроможність ("Я мав передбачити, захистити, запобігти"). Ці почуття можуть бути надзвичайно руйнівними, підтримувати депресію та суїцидальні думки.

Когнітивна робота з провиною включає перевірку ірраціональних самозвинувачень через Сократівський діалог, відокремлення реальної відповідальності від магічного мислення, усвідомлення обмеженості контролю над подіями. Практика самоспівчуття за К. Нефф, яку ми застосовували на сьомому занятті програми, допомагає трансформувати токсичний сором та самозвинувачення у прийняття себе як недосконалої людини, що зробила все можливе в неможливій ситуації. Техніка "лист собі з співчуттям", де клієнт пише собі від імені турботливого друга, часто стає переломним моментом у зміні ставлення до себе.

Робота з втратами та горюванням також є критично важливою на цьому етапі. Вимушено переміщені особи переживають множинні втрати: не лише людей (які могли загинути або з якими втрачено контакт), але й дім, роботу, соціальний статус, звичний спосіб життя, ідентичність, мрії про майбутнє.

Процес горювання може бути ускладненим відсутністю ритуалів прощання, неможливістю повернутися до місць пам'яті, табу на висловлювання горя (соціальний тиск бути "сильним", "не плакати"). Терапевтична робота має легітимізувати право на горе, створити простір для його вираження, допомогти в символічному завершенні "незавершеного".

Практика використання ритуалів пам'яті на восьмому занятті (створення спільного "вівтаря пам'яті", написання листів втраченому, символічні прощання) виявилася надзвичайно потужною. Учасники часто повідомляли, що вперше дозволили собі повністю відчути горе, вперше попрощалися по-справжньому. Важливо, що після роботи з горем багато учасників парадоксально відчували не посилення, а полегшення болю - як ніби "поплакавши як слід, стало легше".

На середньому адаптаційному етапі також важливо почати роботу з відновлення соціальних зв'язків та довіри. Травма порушує базове довір'я до світу та людей. Багато вимушено переміщених осіб ізолюються, уникають нових контактів, не можуть просити про допомогу, відчувають параною або підвищену пильність у стосунках. Терапевтичні стосунки самі по собі стають моделлю безпечного зв'язку, де можна бути вразливим без ризику відторгнення. Вправи на довіру в групі (як "веди мене" з пов'язкою на очах), практики вразливості (ділення своїми страхами та потребами), навчання просити про підтримку поступово відновлюють здатність до близькості.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ПІЗНЬОГО АДАПТАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ ТА ІНТЕГРАЦІЇ (ПІСЛЯ 12 МІСЯЦІВ)

Пізній адаптаційний період характеризується необхідністю інтеграції травматичного досвіду в нову ідентичність, відновлення смислової перспективи життя, формування реалістичних планів майбутнього. На цьому етапі фокус психологічної роботи зміщується від редукції симптомів до сприяння посттравматичному зростанню, від орієнтації на минуле до орієнтації на майбутнє.

Центральним завданням стає робота зі смислами та цінностями. Травма часто руйнує попередню систему смислів: те, що здавалося важливим, втрачає значення; плани, мрії руйнуються; виникають екзистенційні питання "Навіщо?", "Чому це сталося?", "Який сенс у моєму житті після цього?". Логотерапія В. Франкла, що пропонує пошук смислу навіть у стражданні, виявляється особливо релевантною. Психолог допомагає клієнту виявити його глибинні цінності (що є справді важливим для мене?), дослідити, як ці цінності можуть втілюватися у нових умовах життя, знайти смисл у пережитому досвіді (не виправдання травми, а здатність не дати їй забрати все).

Наведена програма використовувала вправу "дерево цінностей" на десятому занятті: учасники малювали дерево, де коріння символізували джерела цінностей, стовбур - себе зараз, гілки - сфери втілення цінностей, листя - конкретні дії. Ця вправа допомагала усвідомити, що навіть після руйнівних подій основні цінності можуть залишатися незмінними, хоча способи їх реалізації змінюються. Багато учасників відкривали, що після травми їхні цінності навіть поглибилися - матеріальне стало менш важливим, стосунки, допомога іншим, смисл життя вийшли на перший план.

Важливим аспектом роботи на цьому етапі є формування реалістичного, але надихаючого бачення майбутнього. Травма часто "краде майбутнє" - людина застряє в минулому, не може уявити, що буде далі, відчуває безнадійність. Техніки візуалізації майбутнього, створення "дошки бажань", формулювання конкретних цілей за методом SMART допомагають відновити здатність планувати та мріяти. Наша програма на одинадцятому занятті пропонувала учасникам створити колаж бажаного майбутнього, потім трансформувати мрії у конкретні, досяжні цілі з чітким планом дій. Багато учасників після цього заняття повідомляли: "Я вперше за довгий час подумав про те, що хочу, а не лише про те, що втратив".

Концепція посттравматичного зростання має бути представлена клієнтам як можливість, але не як вимога. Дослідження Р. Тедескі та Л. Калхауна виявили п'ять сфер можливого зростання після травми: нові

можливості (нові шляхи в житті), особиста сила (усвідомлення своєї стійкості), глибші стосунки (більш автентичні зв'язки з людьми), цінування життя (кожен день стає ціннішим), духовний розвиток (глибші питання про смисл). Психолог може допомогти клієнту виявити ознаки такого зростання у власному досвіді, не применшуючи при цьому біль травми. Багато учасників нашої програми на завершальному занятті ділилися: "Я б ніколи не хотів, щоб це сталося, але я відкрив у собі силу, про яку не знав", "Я навчився цінувати людей більше, ніж речі", "Я зрозумів, що насправді важливо в житті".

Підготовка до завершення терапії та профілактика рецидивів також є важливою частиною роботи на пізньому етапі. Клієнт має бути забезпечений конкретним планом підтримки досягнутих результатів: які техніки буде продовжувати практикувати, як розпізнавати ранні ознаки погіршення, що робити при загостренні симптомів, до кого звертатися за допомогою. Корисно створити письмовий "план безпеки" з конкретними крокам и при різних рівнях стресу. Підключення до груп взаємопідтримки, громадських організацій, волонтерських проектів допомагає підтримувати соціальні зв'язки та відчуття приналежності після завершення формальної терапії.

Незалежно від етапу адаптації, існують загальні принципи, яких слід дотримуватися при організації психологічної допомоги вимушено переміщеним особам.

1. Принцип травмоінформованого підходу: всі інтервенції мають враховувати вплив травми на психіку, уникати ретравматизації, створювати максимально безпечне та передбачуване середовище. Кожен клієнт має право знати, що відбуватиметься на сесії, має право зупинитися або відмовитися, має контроль над процесом.

2. Принцип культурної чутливості та контекстуальності. Психологічна допомога має враховувати культурні особливості, традиції, цінності клієнтів. Для української культури важливими є колективістські цінності (сім'я, громада), повага до старших, релігійність та духовність (для багатьох),

важливість ритуалів. Методи терапії мають бути адаптовані до цих особливостей, а не механічно перенесені з західного контексту.

3. Принцип комплексності та міждисциплінарної взаємодії. Психологічна допомога має бути частиною більш широкої системи підтримки, що включає соціальну роботу (допомога з житлом, роботою, документами), юридичну підтримку, медичну допомогу при необхідності. Психолог має співпрацювати з іншими фахівцями, знати, куди направити клієнта при потребі у специфічній допомозі.

4. Принцип доступності. Психологічна допомога має бути географічно, фінансово, організаційно доступною для вимушено переміщених осіб. Це може включати безкоштовні або низьковартісні послуги, виїзні формати роботи, онлайн-консультації для тих, хто не може дістатися до офісу, гнучкий графік для тих, хто працює, послуги з догляду за дітьми під час сесій для батьків.

5. Принцип турботи про самих фахівців. Робота з травмою несе ризики вікарної травматизації, емоційного вигорання. Психологи, які надають допомогу вимушено переміщеним особам, потребують регулярної супервізії, можливості обговорювати складні випадки, власної терапії або підтримки, балансу між роботою та особистим життям. Професіонал може допомагати іншим лише якщо сам перебуває у достатньо ресурсному стані.

Результати дослідження однозначно демонструють, що спеціалізована, структурована, науково обґрунтована психологічна допомога здатна значно покращити психоемоційний стан вимушено переміщених осіб, знизити страждання, відновити функціонування, сприяти адаптації до нових умов життя. Водночас відсутність такої допомоги призводить до хронізації симптомів, тривалого страждання, погіршення якості життя. Це підкреслює необхідність розвитку системи доступної, якісної психологічної допомоги для цієї численної та вразливої категорії населення, підготовки достатньої кількості кваліфікованих фахівців, створення стандартів та протоколів роботи,

забезпечення фінансування цих послуг як на державному, так і на громадському рівні.

Висновки до третього розділу

1. Розроблена програма психологічного супроводу являє собою структуровану систему психотерапевтичних інтервенцій, розраховану на дванадцять групових занять тривалістю по дев'яносто хвилин кожне протягом шести тижнів. Програма базується на інтегративному підході, що синтезує найбільш ефективні елементи когнітивно-поведінкової терапії, гуманістичної психології, арт-терапії, тілесно-орієнтованих методів та позитивної психотерапії. Трифазна структура програми (стабілізація → опрацювання травми → інтеграція) відповідає сучасним стандартам травмофокусованої терапії та забезпечує поступовість і безпечність терапевтичного процесу.

Перша фаза програми (заняття 1-4) спрямована на створення безпечного терапевтичного простору, формування групової згуртованості, опанування базових навичок саморегуляції. Включає знайомство та встановлення правил групи, арт-терапевтичні техніки для вираження емоцій, тілесно-орієнтовані методи для зняття соматичного напруження, когнітивно-поведінкові техніки для управління тривожністю. Друга фаза (заняття 5-9) фокусується на безпосередній роботі з травматичним досвідом через наративну експозицію, поведінкову активацію при депресії, роботу з провиною та соромом, опрацювання втрат та горювання, відновлення довіри. Третя фаза (заняття 10-12) присвячена інтеграції досвіду, формуванню смислів та цінностей, плануванню майбутнього, посттравматичному зростанню.

2. Апробація програми на вибірці з тридцяти вимушено переміщених осіб (експериментальна група) у порівнянні з контрольною групою

аналогічного обсягу продемонструвала високу ефективність програми. Експериментальна група виявила статистично значущі покращення за всіма досліджуваними показниками на рівні $p<0,001$. Середній показник стресового навантаження знизився на 32,7% (з 252,50±46,69 до 169,93±49,25 бала), психосоціального стресу - на 37,8% (з 2,09±0,34 до 1,30±0,42 бала), депресії за шкалою Зунге - на 29,8% (з 52,93±7,97 до 37,17±8,49 бала), ситуативної тривожності - на 30,3% (з 48,03±4,92 до 33,47±6,85 бала).

Найбільші результати отримано за методикою Жмурова: зниження депресивної симптоматики на 55,7% (з 37,73±13,99 до 16,70±8,65 бала), що є клінічно значущим покращенням - перехід з діапазону легкої депресії до діапазону мінімальної депресії або її відсутності. Величина ефекту (коефіцієнт Коена d) варіювала від 1,32 до 1,78, що відповідає дуже великому розміру ефекту та вказує на високу практичну значущість програми. Якісний перерозподіл учасників за рівнями симптоматики виявився не менш важливим: більшість учасників перемістилися з діапазонів клінічно значущих порушень до діапазонів нормального або легкого рівня.

Контрольна група, яка не отримувала спеціалізованої психологічної допомоги, не виявила значущих покращень за більшістю параметрів ($p>0,05$), а за деякими показниками навіть спостерігалося незначне погіршення. Це чітко демонструє, що спостерігані позитивні зміни в експериментальній групі є результатом саме програми психологічного супроводу, а не ефектом часу, плацебо чи інших неконтрольованих чинників. Природні процеси адаптації без професійної підтримки виявляються недостатніми для подолання психоемоційних порушень, викликаних травмою вимушеного переміщення.

Якісний аналіз групової динаміки, відгуків учасників, домашніх завдань свідчить про глибинні трансформації у сприйнятті себе та власного досвіду. Учасники повідомляли про конкретні позитивні зміни у повсякденному житті: покращення сну, підвищення енергії, відновлення інтересу до діяльності, поліпшення стосунків з близькими, повернення здатності планувати майбутнє. На рівні самосприйняття спостерігався перехід від позиції "жертви обставин"

до позиції "автора власного життя", від фокусу на минулих втратах до орієнтації на майбутні можливості, від самозвинувачення до самоспівчуття.

3. На основі результатів дослідження та апробації програми сформульовано систему практичних рекомендацій для фахівців, диференційованих залежно від етапу адаптації клієнтів. Для гострого періоду переміщення пріоритетами є психологічна перша допомога, створення безпечного середовища, нормалізація реакцій, базові техніки саморегуляції. Для раннього адаптаційного періоду - комплексна діагностика, стабілізація стану, формування навичок саморегуляції через КПТ, тілесні та арт-терапевтичні методи. Для середнього періоду - безпосередня робота з травмою через наративну експозицію, адресація провини та сорому, опрацювання втрат. Для пізнього періоду - робота зі смислами, формування майбутнього, посттравматичне зростання. Визначено загальні принципи організації психологічної допомоги вимушено переміщеним особам: травмоінформованість (врахування впливу травми, уникнення ретравматизації), культурна чутливість (адаптація до українського контексту), комплексність (взаємодія з соціальними службами, медициною, юристами), доступність (фінансова, географічна, організаційна), турбота про фахівців (супервізія, профілактика вигорання). Дотримання цих принципів є критично важливим для ефективності та етичності психологічної допомоги.

Результати третього розділу підтверджують, що спеціалізована, структурована, науково обґрунтована психологічна допомога здатна значно покращити психоемоційний стан вимушено переміщених осіб у короткий термін (шість тижнів), знизити страждання, відновити функціонування, сприяти адаптації. Розроблена програма може бути рекомендована для впровадження у практику психологічних служб, громадських організацій, центрів психологічної підтримки, що працюють з вимушено переміщеними особами.

ВИСНОВКИ

1. Теоретичний аналіз наукової літератури дозволив встановити, що вимушене переміщення є комплексною травматичною подією, яка характеризується множинними втратами, пролонгованим характером стресу, невизначеністю перспектив, необхідністю адаптації за відсутності достатніх ресурсів.

2. Емпіричне дослідження шістдесяти вимушено переміщених осіб віком 20-55 років підтвердило високу поширеність та клінічну значущість психоемоційних порушень у цієї категорії.

3. Психологічні наслідки вимушеного переміщення включають посттравматичний стресовий розлад (поширеність 30-50%), депресивні стани (60-80%), тривожні розлади (50-70%), соматичні симптоми, порушення соціального функціонування. Адаптація вимушено переміщених осіб є нелінійним процесом, що залежить від балансу стресорів та ресурсів, проходить через стадії гострої кризи, дезорієнтації, стабілізації, інтеграції.

4. Виявлено синдромальний комплекс, характерний для вимушено переміщених осіб: поєднання депресивної симптоматики, генералізованої тривожності, посттравматичних симптомів, психосоціальної дезадаптації, виснаження стресостійкості.

5. Результати тренінгової програми підтверджують що психологічна допомога здатна значно покращити психоемоційний стан ВПО у короткий термін, відновити функціонування та адаптацію.

6. Надано практичні рекомендації для фахівців, диференційовані за етапами адаптації. Визначено загальні принципи організації допомоги: травмоінформованість, культурна чутливість, комплексність, доступність, турбота про фахівців.

Таким чином, поставленої мети досягнуто, а результати дослідження можуть слугувати основою для надання психологічної допомоги вимушено переміщеним особам.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Басова І. С. Вимушено переміщена особа як суб'єкт права соціального забезпечення : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня к-та юрид. наук: 12.00.05. Одеса. 2019. 20 с.

2. Богучарова О.І. Здоров’я особистості у психологічній перспективі. Луган. держ. ун-т внутр. справ ім. Е.О. Дідоренка. Вид. 2-ге, переробл. та допов. Луганськ : РВВ ЛДУВС ім. Е.О. Дідоренка, 2012. 487 с.

3. Буткевич В. Г. Міжнародне право. Основні галузі : підручник / Мицик В. В., Задорожній О. В., Буткевич В. Г. К. : Либідь, 2004. 816 с.

4. В Україні вже 6,5 млн переміщених осіб. Медіакомпанія DW : вебсайт. URL: https://www.dw.com/uk/в-україні-вже-65-мільйонів-переміщених-осіб/a-61180611

5. Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи: матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції «Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи». Київ : КНУ імені Тараса Шевченка, 2020. 158 с.

6. Дослідження «Українські біженці в Європі 2022 – підлітки». Громадська організація «Інститут молоді» : вебсайт. URL: https://inmol.org/doslidzhenniaukrainski-bizhentsi-v-ievropi-2022-pidlitky/

7. Звіт про внутрішнє переміщення в Україні. Міжнародна організація з міграції : вебсайт. URL: https://displacement.iom.int/sites

8. Ісаєва Н. С. Теоретико-правова характеристика визначення поняття «вимушено переміщені особи». Науковий вісник Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ. 2018. № 4. С. 70-75.

9. Каменщук Т., Коритчук Н. Загальні засади організації першої психологічної допомоги постраждалим в умовах надзвичайних ситуацій. Вісник студентського наукового товариства факультету права, публічного

управління та адміністрування. Вип.1. Збірник наукових праць. Вінниця : ТОВ «Друк», 2022. 184 с. С. 74–78.

10. Кількість вимушено переміщених осіб в Україні знову зростає. МОМ в Україні. URL: https://ukraine.iom.int/uk/news/kilkist-vnutrishno-peremishchenykhosib-v-ukrayini-znovu-zrostaye-dani-mom

11. Кобець М. П. Щодо визначення поняття «вимушено переміщена особа» в законодавстві України. Порівняльне аналітичне право. № 1. 2016. С. 199-202.

12. Коваленко І. І. Клініко-психопатологічні особливості психічних та поведінкових порушень у тимчасово переміщених осіб : дис. ... д-ра мед. наук : 19.00.04 / Одес. нац. мед. ун-т. Одеса, 2021. 372 с. URL: https://cmhmda.org.ua/wp-content/uploads/2022/07/dysertacziya-kovalenko-kliniko-psyhopatologichni-osoblyvosti-psyhichnyh-ta-povedinkovyh-porushen-u-tymchasovo-peremishhenyh-osib.pdf (дата звернення: 26.12.2025).

13. Козинець І. Про співвідношення понять «біженці» та «особи, переміщені всередині країни» /1. Козинець ІІ Держава і право : збірник наукових праць. Юридичні і політичні науки. - Вип. 45. - К.: Ін-тдержави і права ім. В. Корецького НАН України, 2009. С. 213-219.

14. Корекційно-розвиткова програма формування стійкості до стресу в дітей дошкільного віку та школярів «Безпечний простір» : навчально-методичний посіб. / кол. авторів за заг. ред. С.О. Богданова, В.Г. Панка. Київ : НаУКМА, ГЛІФ Медіа, 2017. 208 с.

15. Кушніренко К., Стужна В. Діагностика рівня стресостійкості особистості. Вісник Національного університету оборони України. 2025. № 6 (20). С. 39-46. DOI:10.33099/2617-6858-25-20-6-37-43

16. Максименко С.Д. Генеза здійснення особистості : наукова монографія. Київ : ТОВ «КММ», 2006. 240 с.

17. Малиха М. І. До проблеми сутності поняття «вимушено переміщені особи»: державна політика та регіональна практика. Грані. 2015. № 8. С. 6-11.

18. Менджул М. В., Паніна Ю. С. Поняття «вимушено переміщена особа»: порівняльний аналіз законодавства України та зарубіжних країн. Порівняльно-аналітичне право. 2016. № 4. С. 293-297.

19. Міграційні процеси в сучасному світі: світовий, регіональний та національний вимір. Понятійний апарат, концептуальні підходи, теорія і практика : енциклопедія / за ред. Ю. І. Римаренка. Київ : Довіра, 1998. 184 с.

20. Міжнародна організація з міграції. 1951 р. URL: https://iom.org.ua/ua

21. Міністерство соціальної політики України. Київ. URL: https://www.msp.gov.ua/ (дата звернення: 12.05.2022).

22. Моделювання констеляцій впливу травми в Національному наборі даних основної мережі дитячого травматичного стресу. веб-сайт. URL: https://www.researchgate.net/publication/268506133_Modeling_Constellations_of_Trauma_Exposure_in_the_National_Child_Traumatic_Stress_Network_Core_Data_Set

23. Наджафгулієв Рафіг Іслам огли. Адміністративно-правовий статус біженців і вимушених переселенців в Азербайджанській Республіці : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. юрид. наук: 12.00.07. Київ. 2013. 23 с.

24. Наливайко Л. Р., Орєшкова А. Ф. Вимушено переміщені особи: визначення поняття. Право і суспільство. 2018. № 1. С. 34-39.

25. Нікітіна О., Резван О., Романовська О., Марусинець М. Трансгенераційна передача стресу серед вимушено переміщених осіб: емпіричний аналіз та сімейна психоосвіта. Вісник Національного університету оборони України. 2025. № 6 (20). С. 73-80. DOI:10.33099/2617-6858-25-20-6-68-75

26. Освітньо-професійна програма: Реабілітаційна психологія в надзвичайних ситуаціях (Rehabilitation psychology in emergency situations). Рада з якості вищої освіти Донецького національного університету імені Василя Стуса, протокол № 1 від 01 травня 2022 р.

27. Панок В.Г . Соціально-педагогічна діагностика дітей та родин, які опинились в складних життєвих обставинах. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2016. 68 с.

28. Панок В.Г. Проблеми надання допомоги постраждалим від військового конфлікту в діяльності психологічної служби веб-сайт. URL: https://lib.iitta.gov.ua/.../%D0%A1%D1%82%D0%B0%D1%82%D1.

29. Панок В.Г., Ткачук І.І., Острова В.Д. та ін. Науково-методичні засади надання психосоціальної допомоги дітям, котрі опинились у складних життєвих обставинах внаслідок військових дій Педагогіка і психологія. 2019. № 2. С. 64–71.

30. Перепелюк Т., Ольховецький С. Феномен травми війни: етнокультурні фактори та емпіричні свідчення. Вісник Національного університету оборони України. 2025. № 6 (20). С. 81-89. DOI:10.33099/2617-6858-25-20-6-76-84

31. Перша психологічна допомога: посібник для працівників на місцях. Київ : Унів. Вид-во ПУЛЬСАРИ, 2017. 64 с.: іл. ISBN 97896179615907897.

32. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). MSD ДОВІДНИК: версія для фахівців : вебсайт. URL: https://www.msdmanuals.com/uk-ua/professional/psychiatric-disorders/anxiety-and-stressor-relateddisorders/posttraumatic-stress-disorder-ptsd

33. Посттравматичний стресовий розлад. Вікіпедія: вільна енциклопедія. URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/Посттравматичний_стресовий_розлад

34. Потапчук Є., Потапчук Н. Вплив травмувального досвіду на особистісні (когнітивні) ресурси комбатантів. Вісник Національного університету оборони України. 2025. № 6 (20). С. 90-98. DOI:10.33099/2617-6858-25-20-6-85-92

35. Правила безпеки та можливості отримання допомоги в період конфлікту в Україні : метод. рек. / заг. ред. Панок В.Г., Левченко К.Б. Київ : Агентство «Україна», 2014. 48 с.

36. Представництво Управління Верховного комісара ООН у справах біженців (УВКБ ООН) в Україні від 1994 року. вимушено переміщені особи (ВПО). URL: https://www.unhcr.org/ua

37. Про забезпечення прав і свобод вимушено переміщених осіб : Закон України від 20 жовтня 2014 р. № 1706-VII / Верховна Рада України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1706-18#Text

38. Про забезпечення прав і свобод вимушено переміщених осіб : Закон України від 20 жовтня 2014 р. № 1706-VII. URL: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1706-18

39. Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року від 27 грудня 2017 р. № 1018-р / Кабінет Міністрів України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-р#Text

40. Психологічні проблеми особистості та варіанти їх вирішення. Одеський обласний центр громадського здоров'я : вебсайт. URL: https://healthcenter.od.ua/psyhichne-zdorovya/

41. Рибчук О., Шевчук В., Ворощук О., Хачатурян Ю. Трансформація військової організаційної культури під впливом війни: емпіричне дослідження за методологією OCAI. Вісник Національного університету оборони України. 2025. № 6 (20). С. 99-108. DOI:10.33099/2617-6858-25-20-6-93-101

42. Сірант М. М. Біженці та вимушено переміщені особи: співвідношення понять. Митна справа. 2015. № 2 (98). С. 154-159.

43. Соціально-педагогічна діагностика дітей та родин, які опинились в складних життєвих обставинах : [метод, рек.] / автори-упор.: В.Г. Панок, В.Д. Острова. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2016. 68 с.

44. Соціально-педагогічна та психологічна допомога сім’ям з дітьми в період військового конфлікту : навчально-методичний посібник. Київ : Агентство «Україна», 2015. 168 с. ISBN 978-966-13.

45. Соціально-педагогічна та психологічна робота з дітьми у конфліктний та постконфліктний період : метод. рек. / заг. ред. Панок В.Г., Левченко К.Б. Київ : МЖПЦ «Ла Страда-Україна», 2014. 84 с.

46. Соціологічна енциклопедія / уклад. В. Г. Городяненко. Київ : Академвидав, 2008. 456 с.

47. Титаренко Т.М. Психологічне здоров’я особистості: засоби самодопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.

48. Ткачук І.І., Луценко Ю.А. Психосоціальна підтримка учасників освітнього процесу в закладах професійної освіти веб-сайт. URL: https://lib.iitta.gov.ua/.../%D0%A2%D0%BA%D0%B0%D1%87%D1

49. Устінов О. В. Психічне здоров’я як складова національної безпеки. Український медичний ЧАСОПИС. 2013. № 1.

50. Храбан Т., Храбан М. Мовні та паралінгвістичні предиктори суїцидальної поведінки серед військовослужбовців та ветеранів. Вісник Національного університету оборони України. 2025. № 6 (20). С. 119-129. DOI:10.33099/2617-6858-25-20-6-111-121

51. Що треба знати про посттравматичний стресовий розлад. Міністерство охорони здоров’я України : вебсайт. URL: https://moz.gov.ua/article/health/scho-treba-znati-pro-posttravmatichnij-stresovij-rozlad

52. Щорічний огляд Центру моніторингу вимушеного переміщення. ЦНВП, Норвезька рада у справах біженців за 2015 р. URL: http://www.unfpa.org/swp.

53. Ярема Н. Ю. Психологічне здоров’я особистості. Юридична психологія. 2015. № 2. С. 106–113.

54. Alfahal, M. S., Alasha, B., Ahmed, A. E. A., Higazy, T. A., Khalid, E. M., Salim, D. S. A., Ahmed, O. E. A. Conflict and displacement in Sudan: Health challenges, socio-economic strain, trauma, and coping mechanisms among internally displaced persons in Port Sudan shelters. Medicine. 2025. Vol. 104, № 16. Article e42232. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000042232

55. Al-Hourani, D., Al-Wriekat, M., Llamas-Ramos, R., Llamas-Ramos, I. The Psychological Impact Among Syrian Refugees in Host Countries. International Journal of Medical Research. 2025. Vol. 13, № 5. 488. https://doi.org/10.3390/healthcare13050488

56. Ali M., Mutavi T., Mburu J. M., Mathai M. Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder and Depression Among Internally Displaced Persons in Mogadishu-Somalia. Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2023. Vol. 19. P. 469-478. https://doi.org/10.2147/NDT.S398423

57. Baingana Florence Mental Health and Conflict. Conflict Prevention & Reconstruction. 2003. № 13. P. 1–4. URL: https://www.researchgate.net/publication/277785598_Mental_Health_and_Conflict

58. Barriers and Access to Mental Health Care / USCRI. 2024. URL: https://refugees.org/mental-health-awareness-month-barriers-and-access-to-mental-health-care/ (дата звернення: 26.12.2025).

59. Bekeko S. D., F. A. Mekonnen, R. E. Teklu Post-traumatic stress disorder, depression, anxiety, and their predictors among internally displaced persons in a conflict-affected area of Metekel Zone, Northwest Ethiopia: structural equation modeling / S. D. Bekeko // Frontiers in Psychiatry. 2025. Vol. 16. Article 1544289. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1544289

60. Bodha Irm Jalali, Sheikh Shabir Ahmad. Conflict and Psychological health of people: A study of Jammu and Kashmir. International Journal on Arts, Management and Humanities. 2016. № 5. P. 20–25. URL: https://www.researchtrend.net/ijamh/pdf/Conflict%20and%20Psychological%20he

alth%20of%20people%20%20A%20study%20of%20Jammu%20and%20Kashmir.pdf

61. Bunn, M., Khanna, D., Farmer, E., Esbrook, E., Ellis, H., Richard, A., Weine, S. Rethinking mental healthcare for refugees. SSM. Mental health. 2023. Vol. 3. Article 100196. https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2023.100196

62. Dahie HA, Osman MA, Jimale YA, et al Anxiety, depression and access to mental health services among internally displaced persons in Mogadishu, Somalia: a cross-sectional survey. BMJ Open. 2024. Vol. 14, № 11. Article e084275. doi: 10.1136/bmjopen-2024-084275

63. Francis Mading Deng. The Global Challenge of Internal Displacement, 5 WASH. U. Journal of Law & Policy. 2001. P. 141-144.

64. Greenwood T. Triumphing Over Trauma. Schenectady : Union College, 2021. 148 c. URL: https://arches.union.edu/do/52437/iiif/322aa049-1437-402a-ab23-eac548775c30/full/full/0/2021_GreenwoodT.pdf (дата звернення: 26.12.2025).

65. Kirsch J, Haran H. Collective trauma in the forced migration context: A scoping Review. Transcultural Psychiatry. 2025. Vol. 62. №5. P. 613-624. doi:10.1177/13634615251341853

66. Kovess-Masfety V., Makhashvili N. Traumatic events consequences on the Georgian internally displaced person's mental health: an epidemiological national survey. BMC Psychiatry. 2025. Vol. 25. Article 718. https://doi.org/10.1186/s12888-025-07137-z

67. Lane, R., Taylor, H., Ellis, F., Rushworth, I., Chiu, K.. Resilience and its association with mental health among forcibly displaced populations: A systematic review and meta-analyses. Journal of Affective Disorders. 2025. Vol. 379. P. 387-400. https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.03.015

68. Melese A. K. Unpacking Post-Traumatic Stress Disorder and Mental Health in Internally Displaced Persons: A Mediation-Moderation Model of Psychological Capital and Perceived Social Support. International Journal of

Environmental Research and Public Health. 2025. Vol. 22, № 12. Article 1788. https://doi.org/10.3390/ijerph22121788

69. Mental health and psychosocial support. UNHCR. 2025. URL: https://www.unhcr.org/us/what-we-do/protect-human-rights/public-health/mental-health-and-psychosocial-support (дата звернення: 26.12.2025).

70. Menze K. Psychological consequences of forced displacement in children and adolescents in the context of the Colombian armed conflict / Kolja Menze ; dir. Jenny A. Ortiz Muñoz, Karin Scherschel. Bogotá : Universidad del Rosario, 2024. 87 c. URL: https://repository.urosario.edu.co/bitstreams/57aad30e-53e0-4fc7-b488-eba0802ad79e/download (дата звернення: 26.12.2025).

71. Mohammed M. B. Depression and Social Skill as Predictors of Internally Displaced Children's Social Adjustment in North-East, Nigeria : dis. ... PhD : Early Childhood Education. Maiduguri : University of Maiduguri, 2019. 93 c. URL: https://teras.ng/api/asset/document/0a0311c5-d77b-451f-b5a8-059de99c0f2c (дата звернення: 26.12.2025).

72. Nakie, G., Kelebie, M., Takelle, G. M., Rtbey, G., Andualem, F., Tinsae, T., Kassa, M. A., Fentahun, S., Melkam, M. Depressive symptoms and associated factors among internally displaced people in Sub-Saharan africa: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2025. Vol. 25. №1. Article 835. https://doi.org/10.1186/s12888-025-07284-3

73. Nikolajchuk M. The constituent elements of the mechanism of regulation of migration processes of the ruralpopulation. Rehional'na ekonomika. 2005. Vol. 3, № 37. P. 105-112.

74. Nuh A. Y. Prevalence of Depression, Anxiety, and Post-Traumatic Stress Disorder and Their Associated Factors Among Internally Displaced Persons in Burao, Somaliland: Community-Based Cross-Sectional Study. Neuropsychiatr Dis Treat. 2025. Vol. 21. P. 2465–2478. URL: https://doi.org/10.2147/NDT.S549351

75. Olechno, E., Weinreich, K. J., Frankova, I., Purgato, M., Bartucz, M., Barbui, C., Klymchuk, V., Čavojská, K., Kucukozkan, E., Maximets, N., Mooren,

T., Patania, F., Sijbrandij, M., Witteveen, A. B., & van der Ven, E. Mental health needs and implementation barriers for psychosocial support among forcibly displaced Ukrainians in Poland, Romania, and Slovakia: a qualitative analysis. Frontiers in psychiatry, 2025. Vol. 16, Article 1623255. URL: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1623255

76. Ovdiienko, I., Chausova, T., Verbytska, L., Gorova, O., Inzhyievska, L., Brukhovetska, O. Psychological Support of Internally Displaced Persons in Ukraine and Emigrants Abroad: Challenges of Wartime. Revista de Cercetare Si Interventie Sociala. 2024. Vol.84, 190–205. URL:https://doi.org/10.33788/rcis.84.1

77. Pluess, M., Brown, F. L., & Panter-Brick, C. (2025). Supporting the mental health of forcibly displaced children. Nature Reviews Psychology, Vol. 4. №6. P. 370–387. https://doi.org/10.1038/s44159-025-00447-9

78. Refugee and migrant mental health. WHO Fact Sheet. 2025. URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-mental-health (дата звернення: 26.12.2025).

79. Shraga Y, Pushkarskaya H., Sarid O. Psychological first aid for Ukrainian civilians: protocol and reflections on a volunteer international phone-based intervention. Front. Digit. Health. 2025. Vol.7. Article 1539189. doi: 10.3389/fdgth.2025.1539189

80. Siegfried K. The Refugee Brief – 24 June 2022. UNHCR. URL: https://www.unhcr.org/refugeebrief/the-refugee-brief-24-june-2022/pdf

81. Steinberg, A.M., Brymer, M.J., Decker, K.B. et al. The University of California at Los Angeles post-traumatic stress disorder reaction index. Curr Psychiatry Rep. 2004. Vol. 6, P. 96–100. URL: https://doi.org/10.1007/s11920-004-0048-2.

82. Trauma Interventions in War and Peace: Prevention, Practice, and Policy / Green, Bonnie L. And other ; Edited by Green, Bonnie L. New York : Springer New York, 2003. 388 p.

83. UNHCR Europe situations: Data and trends – Arrivals and displaced populations (November 2022), URL: https://reliefweb.int/report/world/unhcr-

europe-situations-data-and-trends-arrivals-anddisplaced-populations-november-2022

84. Weinreich, K. J., Frankova, I., Maksymets, N., Barbui, C., Klymchuk, V., Mooren, T., … van der Ven, E. Implementing scalable face-to-face and digital interventions among forcibly displaced persons from Ukraine in Europe: protocol of The U-RISE Project. European Journal of Psychotraumatology. 2025. Vol. 16, iss. 1. Article 2468117. URL: https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2468117

85. Yarseah DA, Ogunsanmi OO, Ogunsanmi JO, Ibimiluyi OF, Olaoye EO, Ezeani ES The mediating effects of perceived social support and shame on psychological distress and its dimensions among Liberian refugees in Nigeria. URL: https://doi.org/10.1371/journal.pmen.0000330

ДОДАТКИ

Додаток А

Результати досліджень на констатувальному етапі

ID	Група	Стать	Вік	Освіта	Тривалість ВПО (міс)	Zung ДО	Zung ПІСЛЯ	Holmes-Rahe ДО	Holmes-Rahe ПІСЛЯ	Reder ДО	Reder ПІСЛЯ	Spielberger СТ ДО	Spielberger СТ ПІСЛЯ	Spielberger ОТ ДО	Spielberger ОТ ПІСЛЯ	Zhmurov ДО	Zhmurov ПІСЛЯ
1	КГ	Ч	21	Незакінчена вища	13	55	49	274	305	2,07	1,99	57	51	46	50	32	31
2	КГ	Ч	28	Середня	27	53	35	167	215	1,8	2,2	42	38	56	46	38	21
3	КГ	Ч	47	Середня	6	47	51	193	256	1,94	1,97	44	58	48	42	47	23
4	КГ	Ч	33	Середня спеціальна	22	53	35	185	248	2,41	2,15	47	45	41	44	32	48
5	КГ	Ч	55	Середня спеціальна	28	54	36	259	223	1,91	2,31	54	52	44	46	41	47
6	КГ	Ж	34	Вища	24	48	49	195	188	2,43	2,6	47	53	50	44	42	53
7	КГ	Ж	20	Середня спеціальна	28	51	63	127	275	2,18	1,97	48	35	47	49	55	31
8	КГ	Ж	41	Незакінчена вища	10	45	46	286	254	1,96	2,28	48	52	45	46	33	20
9	КГ	Ч	41	Середня	8	54	53	245	229	1,65	1,92	45	42	48	50	60	38
10	КГ	Ж	26	Незакінчена вища	33	54	50	158	238	2,17	3	46	48	48	42	51	45
11	КГ	Ж	36	Середня	29	58	43	308	179	2,36	2,91	42	43	49	45	19	37
12	КГ	Ж	54	Середня	35	43	54	203	306	1,88	1,96	52	39	50	54	18	39
13	КГ	Ж	25	Два дипломи	15	54	57	189	183	2,33	2,19	49	49	45	49	41	29
14	КГ	Ж	32	Середня	7	66	54	191	268	1,81	2,38	54	42	53	50	47	57
15	КГ	Ч	38	Середня	33	50	44	204	204	2,12	2,21	49	51	49	55	34	66
16	КГ	Ч	26	Вища	14	57	44	196	260	2,07	2,35	50	46	44	40	32	46
17	КГ	Ж	43	Середня спеціальна	17	53	41	252	256	1,84	2,14	48	40	50	50	50	48
18	КГ	Ж	33	Незакінчена вища	28	40	43	268	262	2,33	3	51	53	53	51	34	45
19	КГ	Ч	30	Два дипломи	29	45	49	223	243	2,96	1,37	52	37	46	53	38	25
20	КГ	Ч	30	Вища	18	46	56	212	249	2,17	1,83	60	50	38	48	30	46
21	КГ	Ж	55	Середня спеціальна	27	45	50	267	277	1,73	1,95	45	43	57	50	22	47
22	КГ	Ж	23	Середня спеціальна	32	68	59	176	219	2,59	1,81	50	51	44	47	0	25

Продовження додатку А «Результати досліджень на констатувальному етапі»

23	КГ	Ч	40	Вища	14	49	41	318	178	2	2,13	56	38	54	48	26	42
24	КГ	Ч	33	Два дипломи	34	53	46	248	223	2,19	2,33	57	39	59	38	36	43
25	КГ	Ж	33	Вища	18	54	46	235	218	1,94	2,4	50	42	53	49	47	43
26	КГ	Ж	29	Незакінчена вища	10	45	46	278	266	2,14	2,12	55	43	51	46	35	49
27	КГ	Ч	55	Два дипломи	14	58	57	303	240	2,39	1,96	49	46	49	50	28	60
28	КГ	Ж	45	Незакінчена вища	13	43	41	297	274	2,37	2,32	47	41	49	44	49	35
29	КГ	Ч	52	Вища	8	45	48	263	215	1,86	2,17	49	43	46	49	20	21
30	КГ	Ч	27	Середня спеціальна	26	46	49	258	303	2,45	2,02	47	40	48	46	41	27
31	ЕГ	Ч	47	Два дипломи	8	56	51	243	194	2,4	1,08	50	33	50	30	39	22
32	ЕГ	Ж	44	Два дипломи	20	63	46	338	138	2,46	1,33	59	27	44	31	15	13
33	ЕГ	Ж	55	Середня	27	47	39	262	265	2,48	1,01	44	36	42	45	51	13
34	ЕГ	Ч	54	Незакінчена вища	30	41	50	243	234	1,67	1	49	33	47	38	27	16
35	ЕГ	Ж	27	Незакінчена вища	19	53	42	277	121	1,69	1,79	50	27	59	35	51	18
36	ЕГ	Ч	49	Середня	36	67	53	237	221	2,39	1,82	44	37	56	24	25	0
37	ЕГ	Ж	52	Середня спеціальна	22	51	44	311	178	2,7	0,67	40	32	52	34	16	17
38	ЕГ	Ч	39	Два дипломи	25	43	44	263	129	2,02	0,81	48	39	44	38	33	10
39	ЕГ	Ч	29	Незакінчена вища	30	52	28	224	117	2,81	1,26	45	34	49	33	45	24
40	ЕГ	Ч	54	Два дипломи	35	49	32	236	64	1,7	1,82	57	31	53	36	72	28
41	ЕГ	Ч	40	Вища	6	52	29	180	184	1,94	0,65	45	25	60	40	38	31
42	ЕГ	Ч	43	Незакінчена вища	13	53	30	311	200	1,85	1,17	44	23	55	46	23	23
43	ЕГ	Ч	35	Два дипломи	36	48	33	223	133	2,2	0,9	50	32	48	29	32	24
44	ЕГ	Ч	25	Вища	32	56	29	252	211	1,65	1,48	45	36	45	24	21	18
45	ЕГ	Ч	54	Середня спеціальна	10	54	29	274	95	2,16	0,74	45	33	44	32	50	12
46	ЕГ	Ж	55	Середня спеціальна	14	58	27	270	244	1,39	0,92	51	31	52	31	39	16
47	ЕГ	Ж	33	Два дипломи	30	61	40	262	155	2,02	1,07	50	30	51	47	48	15

Продовження додатку А «Результати досліджень на констатувальному етапі»

48	ЕГ	Ч	39	Вища	27	61	34	162	126	1,58	1,1	49	44	51	33	48	0
49	ЕГ	Ж	48	Два дипломи	20	54	44	185	229	2,29	1,08	52	48	51	36	33	10
50	ЕГ	Ч	35	Середня спеціальна	8	58	30	251	152	2,33	1,39	54	29	48	29	34	21
51	ЕГ	Ж	21	Два дипломи	23	58	29	284	240	2,31	2,04	45	24	39	43	46	17
52	ЕГ	Ч	34	Середня	8	54	27	350	181	2,22	1,55	51	34	45	37	59	30
53	ЕГ	Ч	34	Середня	34	64	33	206	168	2,2	1,71	40	43	49	32	27	3
54	ЕГ	Ч	41	Середня	22	58	38	193	112	2,07	1,95	47	22	48	33	9	17
55	ЕГ	Ч	37	Вища	12	51	44	325	229	2,09	0,79	61	33	50	34	41	16
56	ЕГ	Ч	50	Середня спеціальна	31	48	33	246	148	1,95	1,29	47	43	34	41	52	0
57	ЕГ	Ж	46	Середня спеціальна	9	50	34	188	137	1,82	1,99	53	41	54	28	33	22
58	ЕГ	Ч	47	Незакінчена вища	19	44	44	237	157	2,41	1,44	47	41	43	38	45	15
59	ЕГ	Ж	49	Середня	27	55	26	286	166	2,01	1,69	45	23	40	38	24	33
60	ЕГ	Ч	23	Вища	29	38	53	256	170	2,01	1,42	48	40	50	35	35	17

Додаток Б

СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ: СЕРЕДНІ ЗНАЧЕННЯ, СТАНДАРТНЕ ВІДХИЛЕННЯ, t-КРИТЕРІЙ ТА W-КРИТЕРІЙ

	КОНТРОЛЬНА ГРУПА						ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ГРУПА					
Методика	M±SD ДО	M±SD ПІСЛЯ	t-критерій	t p-знач.	W-критерій	W p-знач.	M±SD ДО	M±SD ПІСЛЯ	t-критерій	t p-знач.	W-критерій	W p-знач.
Методика Зунге	51.07±6.52	47.83±6.99	2,055	0,049	148	0,0819	53.23±6.80	37.17±8.49	7,378	0	18	0
Методика Холмса-Раге	232.60±49.42	241.80±35.77	-0,818	0,4203	172,5	0,3304	252.50±46.69	169.93±49.25	7,456	0	12,5	0
Шкала Рідера	2.13±0.29	2.20±0.35	-0,728	0,4722	162,5	0,1499	2.09±0.34	1.30±0.42	7,875	0	8,5	0
Спілбергера (СТ)	49.67±4.47	45.00±5.87	3,491	0,0016	73	0,0018	48.50±4.95	33.47±6.85	9,628	0	1	0
Спілберегера (ОТ)	48.67±4.61	47.37±3.93	1,171	0,2511	165	0,255	48.43±5.80	35.00±5.83	8,133	0	12,5	0
Методика Жмурова	35.93±12.64	39.57±12.22	-1,19	0,2437	177	0,2534	37.03±14.06	16.70±8.65	7,001	0	13,5	0

M±SD - середнє арифметичне значення ± стандартне відхилення
t-критерій - параметричний критерій Стьюдента для залежних вибірок
W-критерій - непараметричний критерій Вілкоксона для залежних вибірок
p-значення < 0.05 свідчить про статистично значущі відмінності (виділено зеленим кольором)
p-значення < 0.01 вказує на високу статистичну значущість
p-значення < 0.001 демонструє дуже високу статистичну значущість

Додаток В

Динаміка депресії за методикою Жмурова

Рівень	КГ констатувальний етап (n=30)		КГ контрольний етап (n=30)		ЕГ констатувальний етап (n=30)		ЕГ контрольний етап (n=30)	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Депресія відсутня	1	3,3	0	0	1	3,3	4	13,3
Мінімальна депресія	4	13,3	4	13,3	5	16,7	22	73,3
Легка депресія	17	56,7	13	43,3	13	43,3	4	13,3
Помірна депресія	8	26,7	13	43,3	10	33,3	0	0
Виражена депресія	0	0	0	0	1	3,3	0	0
Глибока депресія	0	0	0	0	0	0	0	0