

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА

ГРОЗИНА АЛЛА АНАТОЛІЇВНА

Допускається до захисту
т.в.о. завідувача кафедри
кризової та клінічної
психології
канд. психол. наук, доцент
_____ Катерина ВАСЮК
« » _____ 2025 р.

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ З ВТРАТОЮ У
ВНУТРІШНЬО-ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ**

Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма «Реабілітаційна психологія в надзвичайних ситуаціях»
Кваліфікаційна (магістерська) робота

Науковий керівник:
Н. Д. Корольова,
к. психол. наук, доцент,
доцент кафедри загальної
та соціальної психології

Оцінка: _____/_____/_____
(бали за шкалою ЄКТС/за національною шкалою)

Голова ЕК: _____
(підпис)

Вінниця 2025

АНОТАЦІЯ

Грозіна А.А. Психологічні особливості роботи з втратою у внутрішньо-переміщених осіб. Кваліфікаційна (магістерська) робота. Спеціальність 053 Психологія, Освітня програма «Реабілітаційна психологія в надзвичайних ситуаціях». Донецький національний університет імені Василя Стуса. Вінниця, 2025.

Кваліфікаційна робота присвячена дослідженню психологічних особливостей переживання втрати внутрішньопереміщеними особами та розробці ефективних підходів до їх психологічної підтримки.

Актуальність дослідження зумовлена масштабами вимушеного переселення в Україні внаслідок воєнних дій та критичною потребою у науково обґрунтованих методах психологічної допомоги цій категорії населення.

У роботі здійснено комплексний теоретичний аналіз поняття втрати в психології, розглянуто типи втрат та їхній вплив на психіку людини, проаналізовано психологічні особливості внутрішньопереміщених осіб, специфіку психологічної кризи, спричиненої вимушеним переселенням, та сучасні підходи до надання психологічної допомоги.

Емпіричне дослідження проведено з використанням комплексу стандартизованих психодіагностичних методик: шкали депресії Бека, шкали тривожності Спілбергера-Ханіна, індексу посттравматичного стресу, опитувальника соціальної підтримки, шкали стресостійкості та соціальної адаптації Холмса-Раге, а також глибинного напівструктурованого інтерв'ю. Виявлено критично високі показники психологічного дистресу у вибірки: переважна більшість учасників демонструє клінічно значущі рівні депресії, тривожності та симптомів посттравматичного стресового розладу. Встановлено сильні кореляційні зв'язки між різними формами психологічного неблагополуччя та високим рівнем кумулятивного стресу. Водночас виявлено потужний протективний вплив соціальної підтримки.

На основі отриманих результатів розроблено та апробовано інтегративну тренінгову програму психологічної допомоги «Пангея. Ресурс», яка поєднує

когнітивно-поведінкову терапію травми, терапію прийняття та відповідальності, елементи гештальт-терапії та сімейно-системного підходу. Програма структурована за фазовою моделлю лікування травми та включає групові і сімейні сесії.

Результати апробації програми підтвердили її високу ефективність: виявлено статистично значуще зниження симптомів посттравматичного стресового розладу, депресії, ситуативної та особистісної тривожності, а також зменшення експеріенційного уникнення та зростання сприйнятої соціальної підтримки. Порівняльний аналіз з контрольною групою підтвердив, що позитивні зміни є результатом саме терапевтичного втручання.

Ключові слова: внутрішньопереміщені особи, втрата, посттравматичний стресовий розлад, депресія, тривожність, соціальна підтримка, психологічна допомога, когнітивно-поведінкова терапія, терапія прийняття та відповідальності, психологічна реабілітація.

119 с., 36 табл., 6 рис., 2 дод.

Бібліограф.: 91 найм.

APPROBATION

Hrozina A. Psychological Features of Working with Loss Among Internally Displaced Persons. Qualification (master's) work. Specialty 053 Psychology, Educational program «Rehabilitation psychology in emergency situations». Donetsk National University named after Vasyl Stus. Vinnytsia, 2025.

The qualification work is devoted to the study of the psychological features of experiencing the loss of internally displaced persons and the development of effective approaches to their psychological support.

The relevance of the study is determined by the scale of forced resettlement in Ukraine as a result of hostilities and the critical need for scientifically based methods of psychological assistance to this category of the population.

The work carried out a comprehensive theoretical analysis of the concept of loss in psychology, considered the types of losses and their impact on the human psyche, analyzed the psychological features of internally displaced persons, the specifics of the

psychological crisis caused by forced resettlement, and modern approaches to the provision of psychological assistance.

The empirical study was conducted using a battery of standardized psychodiagnostic techniques: Beck Depression Scale, Spielberger-Hanin Anxiety Scale, PTSD Index, Social Support Questionnaire, Holmes-Rage Stress Resistance and Social Adaptation Scale, and in-depth semi-structured interview. Critically high rates of psychological distress were found in the sample: the vast majority of participants show clinically significant levels of depression, anxiety and symptoms of PTSD. Strong correlations between different forms of psychological distress and high levels of cumulative stress have been established. At the same time, the powerful protective impact of social support was revealed.

On the basis of the obtained results, the integrative training program of psychological assistance «Pangea was developed and tested. Resource», which combines cognitive-behavioral trauma therapy, acceptance and responsibility therapy, elements of Gestalt therapy and a family-systemic approach. The program is structured according to the phase model of trauma treatment and includes group and family sessions.

The results of testing the program confirmed its high effectiveness: a statistically significant decrease in the symptoms of post-traumatic stress disorder, depression, situational and personal anxiety, as well as a decrease in experimental avoidance and an increase in perceived social support were revealed. Comparative analysis with the control group confirmed that the positive changes are the result of the therapeutic intervention itself.

Key words: internally displaced persons, loss, post-traumatic stress disorder, depression, anxiety, social support, psychological assistance, cognitive-behavioral therapy, acceptance and responsibility therapy, psychological rehabilitation.

119 p., 36 Tabl., 6 Fig., 2 Annex
Bibliography: 91 items.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДОНЯТТЯ ВТРАТИ В ПСИХОЛОГІЇ	10
1.1. Аналіз поняття втрати в психології, типи втрати та їхні впливи на психіку людини.....	10
1.2. Психологічні особливості внутрішньо-переміщених осіб (ВПО)	16
1.3. Психологічна криза та зміна способу життя у ВПО.....	22
1.4. Психологічна допомога впо у процесі проживання втрати.....	29
Висновок до розділу 1.....	33
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	35
2.1. Опис вибірки.....	35
2.2. Методи діагностики внутрішньо-переміщених осіб, які пережили втрату....	38
2.3 Результати емпіричного дослідження.....	44
Висновок до розділу 2.....	71
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ВПО, ЩО ЗАЗНАЛИ ВТРАТИ.....	73
3.1. Сучасні технології психологічної допомоги ВПО	73
3.2 Програма психологічної допомоги ВПО.....	78
3.3. Опис результатів реалізації програми.....	84
Висновок до розділу 3.....	96
ВИСНОВКИ.....	98
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	100
Додатки.....	107

ВСТУП

Актуальність дослідження. Проблема вимушеного переселення набула особливої актуальності у сучасному світі через збройні конфлікти, соціально-економічні кризи та екологічні катастрофи. Внутрішньо переміщені особи (ВПО) стикаються з численними труднощами, серед яких втрата дому, соціальних зв'язків, стабільності, а також переживання психологічного стресу. Втрата як феномен є невід'ємною частиною людського досвіду, але її особливості, вплив та шляхи подолання залежать від індивідуальних, соціальних і культурних чинників.

Психологічні аспекти втрати у ВПО є складним і багатоаспектним питанням, що включає в себе не лише особистісний вимір, а й соціально-психологічний контекст адаптації до нових умов життя. Втрата в даному випадку може бути як матеріальною (житло, майно), так і нематеріальною (ідентичність, відчуття безпеки, соціальні зв'язки). Це провокує емоційні реакції, такі як тривога, депресія, стрес, які можуть мати довготривалий вплив на психічне здоров'я людини.

Актуальність теми дослідження обумовлена необхідністю розробки ефективних підходів до психологічної допомоги ВПО, які дозволять пом'якшити наслідки пережитої втрати, полегшити адаптацію та сприяти інтеграції в нове соціальне середовище. Важливим завданням сучасної психології є вивчення механізмів переживання втрати та розробка методик підтримки, які враховують специфічні потреби ВПО.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Дослідження українських вчених про психологічні наслідки міграції зосереджені на акультурації, соціокультурному шоку та його подоланні. Психологи міграції, такі як В.В. Гриценко, Л.Е. Орбан-Лембрик, В.М. Павленко, Т.Г. Стефаненко, використовують соціокультурний підхід. Проте цих розробок недостатньо. Проблемами ВПО активно займаються О. Балакірева, В. Боснюк, Т. Доронюк, О. Панченко, К. Педько, В. Серeda, Т. Старинська, А. Солодько та ін. Психологічній допомозі ВПО присвячені роботи С. Максименко, З. Кісарчук, Я. Омельченко та

ін. Також вивчені особливості психологічної підтримки постраждалих в умовах надзвичайних ситуацій (Н. Оніщенко, Р. Ціцей, А. Шевчук). В наукових працях розглядаються різні аспекти підтримки ВПО, зокрема переживання травмуючих ситуацій, кризові стани, психологічне благополуччя та соціально-психологічна адаптація (Василіук Ф., Гарниць О., Титаренко Т., Беррі Дж., Чуйко О. та ін.) [2; 25; 26; 27].

Мета дослідження - вивчити психологічні особливості переживання втрати внутрішньо переміщеними особами та обґрунтувати ефективні підходи до їх психологічної підтримки.

Завдання дослідження:

- Проаналізувати теоретичні підходи до розуміння феномену втрати та її психологічних наслідків.
- Виявити психологічні особливості внутрішньо переміщених осіб у контексті переживання втрати.
- Описати специфіку психологічної кризи, спричиненої вимушеним переселенням.
- Дослідити психологічний стан ВПО, які пережили втрату, з використанням стандартизованих методик.
- Визначити ефективні підходи та технології психологічної допомоги ВПО.

Об'єкт дослідження - процес переживання втрати внутрішньо переміщеними особами.

Предмет дослідження - психологічні умови та особливості надання підтримки ВПО у процесі проживання втрати.

Гіпотеза дослідження полягає в тому, що ВПО, які пережили значну втрату, мають вищий рівень психоемоційного неблагополуччя. Психологічна підтримка, орієнтована на особливості проживання втрати та соціальні ресурси, є ефективнішою у зниженні симптомів стресу та покращенні адаптації.

Методи дослідження: аналіз наукової літератури, порівняльний аналіз підходів до надання психологічної допомоги, узагальнення практичного досвіду роботи з ВПО.

Методики дослідження:

- Шкала депресії Бека (BDI-II);
- Шкала тривожності Спілбергера — Ханіна (STAI);
- Індекс посттравматичного стресу (PCL-5);
- Опитувальник соціальної підтримки (MSPSS);
- Шкала стресостійкості та соціальної адаптації Холмса — Раге;
- Глибинне напівструктуроване інтерв'ю.

Вибірка дослідження. Загальний обсяг вибірки становив 150 внутрішньо переміщених осіб, які відповідають встановленим критеріям включення. Ключовою вимогою до всіх учасників була пережита втрата внаслідок військових дій на території України.

Теоретичне значення дослідження полягає у розвитку наукових уявлень про психологічні механізми травмування та адаптації у внутрішньо переміщених осіб. Особливу увагу було приділено перевірці ефективності методик, спрямованих на підтримку психоемоційного стану цієї категорії населення. Результати дослідження можуть бути корисними для створення нових теоретичних моделей психосоціальної реабілітації, які враховують специфіку втрати та її вплив на емоційний і психологічний стан особи. Вони також можуть стати основою для удосконалення існуючих підходів до надання психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам, зокрема в контексті посттравматичного стресу. Окрім того, результати дослідження можуть внести значний вклад у розвиток таких теоретичних напрямків, як психологія травми, психологія міграції та психологічна допомога, сприяючи створенню більш ефективних інтервенцій для осіб, які пережили стресові події через збройні конфлікти та вимушене переселення.

Практичне значення дослідження полягає у розробці тренінгової програми для ВПО, які переживають втрату. Дана програма допоможе

психологам, соціальним працівникам та іншим фахівцям, що працюють з внутрішньо-переміщеними особами. Запропоновані методики допоможуть підвищити ефективність психологічної підтримки, сприяти більш успішній адаптації та реабілітації ВПО. Результати дослідження можуть бути використані в програмах психосоціальної підтримки та реабілітації, а також в освітніх програмах для спеціалістів, які працюють з постраждалими від конфліктів і природних катастроф.

Наукова новизна дослідження. Запропоноване дослідження дозволить визначити ключові психологічні фактори, що впливають на процеси адаптації та реабілітації, а також оцінити ефективність існуючих методик роботи з цією категорією осіб.

Апробація результатів дослідження здійснювалась шляхом публікації основних положень, висновків та результатів дослідження:

- Корольова Н.Д., Грозіна А.А. Психологічні особливості горювання внутрішньо-переміщених осіб (ВПО) та методи роботи та травматичною втратою. *Вісник Донецького національного університету імені Василя Стуса. Серія «Психологічні науки»* / Гол. ред. проф. Вікторія Оверчук. Вінниця: Вид-во ДонНУ ім. Василя Стуса, 2025. Випуск 1(6). 135 с.

- Грозіна А.А. Психологічна підтримка внутрішньо переміщених осіб у переживанні множинних втрат. *Актуальні проблеми реалізації адаптаційного потенціалу особистості в сучасних умовах життєдіяльності: Матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції, 13-14 листопада 2025 р.* / За ред. проф. В.А. Оверчук. Вінниця: ДонНУ імені Василя Стуса, 2024. С. 194-197

Структура роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів із підрозділами, висновків, списку використаних джерел із 91 позиції. Загальний обсяг роботи становить 119 сторінок. Робота містить 6 рисунків та 36 таблиць, 2 додатки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОНЯТТЯ ВТРАТИ В ПСИХОЛОГІЇ

1.1. Аналіз поняття втрати в психології, типи втрати та їхні впливи на психіку людини

Втрата є невід'ємною частиною життя кожної людини та може набувати різних форм, від матеріальних до нематеріальних. В психології поняття "втрата" охоплює широкий спектр емоційних і когнітивних процесів, пов'язаних з тим, як людина переживає відсутність чого-небудь важливого для неї. Це може бути втрата фізичної особи, об'єктів або навіть певних абстрактних цінностей, таких як ідентичність чи безпека.

Існує кілька типів втрат, серед яких найпоширенішими є фізичні та емоційні втрати. Фізична втрата може бути пов'язана з втратою житла, майна, або важливих матеріальних благ. Емоційна ж втрата стосується таких аспектів, як відсутність близьких людей, соціальних зв'язків, почуття безпеки або стабільності.

У психології розрізняють також втрату через смерть, розлучення, зміну соціального статусу чи роботи. Психологічні реакції на втрату можуть варіюватися в залежності від індивідуальних особливостей людини, її віку, соціального контексту та навіть культурних факторів. Це можуть бути почуття горя, тривоги, депресії, стресу або навіть відмови від прийняття реальності.

Психологічний процес переживання втрати включає кілька етапів. Першим є шок, що часто характеризується запереченням і відсутністю здатності усвідомити, що відбулося. Далі зазвичай настає етап гніву, коли людина намагається зрозуміти, чому це сталося з нею. Потім часто відчувається депресія, сум, печаль та почуття безпорадності. Останнім етапом є прийняття втрати, коли людина починає адаптуватися до нових умов і змінює своє ставлення до ситуації [2].

Також важливим аспектом є те, що кожна людина переживає втрату по-різному, в залежності від її психологічних механізмів захисту, системи цінностей

та попереднього життєвого досвіду. Психологи часто підкреслюють, що немає "правильного" чи "неправильного" способу переживати втрату, але важливо, щоб людина змогла знайти ресурси для подолання болю та повернення до нормального функціонування в суспільстві.

Втрата також тісно пов'язана з такими психічними станами, як тривога та депресія. Тривога може бути викликана відчуттям невизначеності майбутнього після втрати стабільності, а депресія - з переживанням глибокої печалі і безнадії через відсутність звичних орієнтирів у житті. Психологи підкреслюють, що допомога в таких випадках може бути особливо важливою для відновлення емоційного балансу та пошуку шляхів для адаптації до нових умов.

Отже, поняття втрати в психології є багатограним і має важливе значення для розуміння того, як люди переживають складні ситуації. Психологічний підхід до втрати дозволяє краще зрозуміти глибинні процеси, що відбуваються в людській психіці, і розробити ефективні методи підтримки тих, хто переживає складні життєві зміни [1].

У контексті психології, втрата розглядається не тільки як стресова подія, а й як важливий етап життєвого процесу, який неминуче впливає на психічне здоров'я людини. Процес переживання втрати вимагає глибоких емоційних і когнітивних змін, що можуть суттєво змінювати погляд на світ і на себе. У цьому контексті особливу увагу варто звернути на роль соціальних зв'язків та підтримки в процесі переживання втрати. Люди, що мають надійну соціальну мережу, зазвичай легше справляються з емоційними наслідками втрати, оскільки вони можуть отримати підтримку і допомогу від близьких.

Однак психологи зазначають, що процес переживання втрати не завжди проходить гладко, і деякі люди можуть затримуватися на певних етапах цього процесу. Наприклад, тривала стадія заперечення може привести до уникання реальності і неспроможності змиритися з втратами, що може викликати додаткові стреси й емоційний дискомфорт. Відсутність можливості пройти всі етапи переживання втрати може призвести до психосоматичних розладів,

тривожних та депресивних розладів, які можуть серйозно вплинути на якість життя людини.

Одним із ключових моментів, на які слід звертати увагу в контексті втрати, є адаптація. Психологічна адаптація до нових умов життя після пережитої втрати є важливою частиною процесу відновлення. Важливою характеристикою цієї адаптації є гнучкість особистості, здатність до змін і прийняття нових обставин. Однак не всі люди володіють цією здатністю, і в разі значних втрат може виникнути потреба в професійній психологічній допомозі [3].

Особливо це стосується внутрішньо переміщених осіб, які через обставини вимушеного переселення переживають не тільки фізичну втрату дому та матеріальних благ, а й нематеріальну втрату відчуття безпеки, соціальних зв'язків та ідентичності. Ці особи часто відчують розгубленість, відчуженість і самотність, що зумовлює особливі психічні й емоційні реакції. Втрата дому та звичних умов життя може бути сприйнята як катастрофічна подія, що змінює весь світогляд і призводить до глибокого стресу.

Психологічна реакція на втрату дому може супроводжуватися посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), коли людина переживає повторні спогади про втрату, відчуття тривоги, депресії, а також труднощі в адаптації до нових умов. Окрім того, через стрес та постійну невизначеність внутрішньо переміщені особи можуть відчувати дезорієнтацію в соціальному середовищі. Проблеми з пошуком стабільної роботи, адаптація до нових культурних чи соціальних умов можуть значно ускладнювати цей процес.

З психологічної точки зору, втрату, яку переживають ВПО, можна трактувати не лише як стресову подію, а й як великий виклик для їх здатності до саморегуляції та розвитку в нових обставинах. Психологи визнають важливість надання своєчасної психологічної підтримки, яка може допомогти людям пройти через цей період і знайти нові ресурси для подолання труднощів. Психологічна підтримка повинна орієнтуватися на допомогу в прийнятті реальності втрати, на відновлення емоційного балансу та розвитку адаптаційних стратегій.

Таким чином, втрата є складним та багатоаспектним феноменом, що охоплює різноманітні емоційні і психічні процеси. Важливим завданням психології є вивчення цього процесу і надання відповідної допомоги людям, що переживають втрату. У випадку внутрішньо переміщених осіб це питання набуває особливої актуальності, оскільки така втрата включає не тільки особисті переживання, але й соціальні, культурні та економічні аспекти [4].

У психологічному контексті важливо також враховувати культурні відмінності в тому, як люди переживають втрату. У різних культурах існують свої традиції і практики, що допомагають людям справлятися з втратою. У деяких культурах акцент робиться на колективному переживанні горя через обряди, збори чи ритуали, що дають можливість виразити емоції в колі близьких. В інших культурах можуть переважати індивідуалістичні підходи до переживання втрати, де особа намагається впоратися з болем наодинці, що іноді ускладнює процес одужання.

Важливим аспектом є те, що соціальні й культурні фактори можуть значно змінювати способи адаптації до втрати. Для внутрішньо переміщених осіб це особливо критично, оскільки зміна не лише фізичного місця проживання, але й культурного середовища може спричинити додаткові труднощі в емоційному відновленні. Переміщення з одного соціокультурного середовища в інше створює додатковий стрес, оскільки людям доводиться адаптуватися до нових соціальних норм, мовних бар'єрів, навіть змінювати свої звички та стиль життя. Вони часто відчують ізоляцію через розрив соціальних зв'язків, а також почуття втрати соціальної ідентичності, яка була пов'язана з їх попереднім місцем проживання.

Також важливим є феномен "незавершеної втрати", який може виникнути у ВПО. Йдеться про ситуацію, коли людина не може до кінця усвідомити і прийняти втрату через невизначеність її обставин. Внутрішньо переміщені особи можуть постійно перебувати в стані очікування - чекати на повернення додому або на вирішення конфлікту, що залишає їх у стані постійного стресу. У таких умовах втрата не сприймається як остаточна, що може створювати додаткову

емоційну напругу і перешкоджати прийняттю ситуації. Цей етап є особливо важким і вимагає спеціалізованої психологічної допомоги, оскільки він затягується, і людина не має можливості повністю пережити втрату, адже знову й знову відновлюється сподівання на відновлення попереднього стану [5].

Крім того, концепція втрати в психології пов'язана з важливим поняттям "глибина втрати". Це стосується не лише того, що було втрачене, а й того, як глибоко ця втрата вплинула на особистість людини. Втрата дому для внутрішньо переміщених осіб - це не просто матеріальний збиток, а також втрата звичного середовища, яке стало частиною ідентичності. Це глибокий психічний розрив, який не можна просто заповнити новим місцем проживання чи майном. Ідентичність людини часто тісно пов'язана з її фізичним оточенням, з тими соціальними зв'язками, що виникли у процесі життя в певному місті чи селищі.

Втрата дому означає також втрату історії, звичних маршрутів, відчуття контролю над оточенням. Тому процес відновлення після такої втрати є тривалим і складним. У таких ситуаціях важливою є робота психолога, який може допомогти людині зрозуміти, що вона переживає не тільки фізичну втрату, а й глибокі внутрішні зміни, що потребують часу для адаптації.

Таким чином, втрати у внутрішньо переміщених осіб мають свої особливості, що визначаються не лише самим фактом зміни місця проживання, а й тими глибокими психологічними процесами, які відбуваються у зв'язку з втратою дому та соціальних зв'язків. Психологічне осмислення втрати стає важливим кроком на шляху до емоційного відновлення, і саме тому важливо розуміти її вплив на психічне здоров'я людини.

Важливим аспектом у розумінні психології втрати є концепція її відновлення, або реабілітації. Психологічне відновлення після втрати вимагає не лише часу, а й активного процесу адаптації, у якому вирішальну роль відіграють особистісні ресурси та соціальна підтримка. Тому в контексті внутрішньо переміщених осіб важливо враховувати не лише індивідуальні механізми подолання втрат, а й соціальну та психологічну підтримку, яку людина отримує від оточуючих. У цьому процесі взаємодія з іншими людьми стає ключовим

чинником, адже підтримка з боку близьких чи соціальних інститутів може значно полегшити переживання болю від втрати та сприяти ефективнішому відновленню.

Особливу роль у подоланні психологічних наслідків втрати відіграє процес переробки травматичного досвіду. Травма, пов'язана з втратою, потребує активної переоцінки, інтерпретації та осмислення того, що сталося. З психологічної точки зору, це може означати необхідність для людини знайти сенс у своїй ситуації, визначити нові життєві цілі або вивчити нові стратегії взаємодії з навколишнім світом. Відсутність цього процесу може призвести до того, що людина не зможе рухатися далі, залишаючись у стані емоційної або психологічної застійної ситуації. Тому важливим є підтримка здатності до осмислення втрати й усвідомлення змін, що відбуваються в особистості.

Не менш значущим є і фактор часу. У психології визнано, що процес адаптації до втрати не є лінійним і може бути різним за тривалістю. У випадку внутрішньо переміщених осіб, де відсутність стабільності є постійною умовою, цей процес може бути значно уповільненим або навіть спотвореним через постійну невизначеність щодо майбутнього. Міграція, нові соціальні умови та економічні труднощі створюють особливу напругу, яка ускладнює процес психологічного відновлення [6].

Зрозуміло, що важливим чинником у подоланні втрати є і здатність до психоемоційного регулювання, тобто наявність у людини певних ресурсів для самозаспокоєння, самопідтримки та внутрішнього управління своїми емоціями. Втрата, навіть важка, не завжди веде до глибоких психологічних проблем, якщо особа здатна контролювати свої емоційні реакції і знайти способи боротьби з тривогою, депресією чи іншими наслідками. Цей процес регулювання є важливим у тому контексті, що він дозволяє людині підтримувати відчуття контролю, навіть якщо ситуація змінюється або стає непередбачуваною. Внутрішня стійкість, яка виявляється у здатності пройти через болісні етапи втрати, є важливим ресурсом на шляху відновлення.

Важливо розуміти, що кожна втрата є унікальною, і тому кожна людина переживає її по-своєму. Втрата, яка для однієї особи може стати переломним моментом для подальшого зростання та розвитку, для іншої може бути початком тривалого періоду кризи чи депресії. Це залежить від багатьох факторів: від попереднього досвіду, від стосунків у родині та з оточуючими, від соціального середовища, а також від особистих внутрішніх переконань, механізмів самозахисту та способів реагування на стресові ситуації. З цих причин психотерапевтичні методи та підходи до роботи з втратою потребують індивідуального підходу і гнучкості, щоб враховувати всі ці особливості [7].

Таким чином, поняття втрати в психології не є однозначним і фіксованим. Воно вимагає комплексного підходу, що охоплює не лише емоційні реакції на конкретну ситуацію, але й глибокі психічні процеси, що відбуваються в особистості в умовах вимушеного переселення чи втрати стабільності. Втрата для внутрішньо переміщених осіб - це складне поєднання емоційних, соціальних і культурних змін, які накладаються на індивідуальний досвід кожної людини. Розуміння цих процесів і надання ефективної психологічної допомоги стає основою для допомоги таким людям, сприяючи їх психологічному відновленню та адаптації в нових умовах життя.

1.2 Психологічні особливості внутрішньо переміщених осіб

У даному дослідженні розглядаються психологічні особливості внутрішньо переміщених осіб (ВПО), які зіштовхуються з низкою складних ситуацій, що виникають через вимушене переселення, зокрема — з втратою дому, звичних соціальних зв'язків, а також через необхідність адаптації до нових умов життя. Психологічні труднощі ВПО, як правило, мають комплексний характер, оскільки вони стосуються не лише емоційних і психологічних аспектів, але й соціальних, культурних та економічних умов, що визначають їхнє повсякденне існування.

Одна з основних психологічних проблем, з якою стикаються ВПО, - це втрата відчуття безпеки. Будучи вимушеними покинути рідний дім, люди часто

опиняються в невизначеності, що створює відчуття страху і тривоги. Втрата домівки не обмежується лише фізичним аспектом, вона охоплює також емоційне сприйняття простору, який був місцем стабільності та підтримки. Для багатьох ВПО цей перехід є не лише зміною місця проживання, але й зміною життєвих орієнтирів, оскільки вони змушені перебудовувати свою повсякденну реальність з нуля [7].

Психологічний стрес, який виникає в результаті змін, може проявлятися в різних формах. Однією з основних є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), який може розвиватися у людей, що пережили збройний конфлікт, насильство або природні катастрофи. ПТСР супроводжується симптомами, такими як нічні кошмари, флешбеки, надмірна настороженість, а також соціальна ізоляція. Окрім цього, для ВПО характерні також депресія, тривожні розлади та емоційна нестабільність, що пов'язано з постійним стресом і непевністю щодо майбутнього.

Адаптація до нових умов життя є ще однією важливою психологічною складовою життя ВПО. Зміна середовища, культурних кодів і соціальних умов призводить до відчуття розриву з колишнім життям, а також до втрати звичних соціальних ролей. Для багатьох ВПО важливою проблемою є втрата соціальних зв'язків і підтримки. Рідні, друзі та колеги, з якими люди мали стабільні стосунки, часто залишаються далеко, що поглиблює відчуття ізоляції та самотності. Це ускладнює соціальну адаптацію, оскільки ВПО не завжди можуть знайти нові джерела підтримки, будучи в чужому середовищі.

Особливість психологічного стану ВПО полягає також у тому, що вони часто відчують труднощі з інтеграцією у нову громаду через мовні, культурні чи соціальні бар'єри. Для багатьох внутрішньо переміщених осіб проблемою може стати не тільки мовний бар'єр, але й невідповідність між їхніми культурними уявленнями та реаліями нового місця проживання. Психологічна адаптація в таких умовах потребує від людини значних зусиль і може тривати довгий час.

Зазначені труднощі також супроводжуються емоційними переживаннями, які можна описати як втрату ідентичності. Людина, яка потрапляє в ситуацію вимушеного переселення, часто відчуває себе "не своєю" у новому середовищі, що може спричиняти низку психологічних проблем. ВПО, втратити не лише матеріальне, але й відчуття "якого" людини в соціумі, що може значно впливати на їхнє психоемоційне самопочуття.

Внутрішньо переміщені особи часто мають значний рівень стресу та емоційної напруги, що може призводити до порушень здоров'я. Оскільки ситуація вимушеного переселення є довготривалою, люди можуть мати проблеми з фізичним здоров'ям, такими як порушення сну, хронічна втома та інші симптоми, пов'язані зі стресом. Це підкреслює важливість комплексного підходу до надання психологічної допомоги, що повинна враховувати не лише емоційні проблеми, але й фізичні аспекти стресу [8].

Таким чином, психологічні особливості ВПО є складним і багатовимірним явищем. Вони обумовлені як психологічними, так і соціальними, економічними та культурними чинниками. Рішення психологічних проблем ВПО потребує індивідуального підходу до кожної особи з урахуванням її специфічних потреб і життєвих обставин. Психологічна підтримка повинна бути направлена не лише на подолання травматичних переживань, але й на допомогу в адаптації до нового соціального і культурного контексту, а також на відновлення відчуття безпеки та стабільності.

Перебуваючи у стані вимушеного переселення, внутрішньо переміщені особи (ВПО) часто переживають значну психологічну напругу, яка проявляється через стрес, тривогу та депресію. Однією з основних причин такої ситуації є відчуття втрати контролю над своїм життям. ВПО часто змушені швидко адаптуватися до нових умов, де їм доводиться пристосовуватися не лише до нових соціальних і культурних реалій, але й до змін у своєму способі життя, які можуть включати нові умови праці, соціальну роль та навіть повсякденну рутину. Це створює додатковий емоційний тиск, оскільки людині важко

поєднати нові обставини з тим, що вона залишила в попередньому місці проживання.

Також важливим аспектом є емоційна реакція на втрату соціальних зв'язків. ВПО часто відчують глибоке почуття самотності, оскільки вони залишають знайомі середовища, родичів, друзів, а інколи й цілі громади. Соціальна ізоляція не тільки погіршує емоційний стан, але й ускладнює адаптацію до нових соціальних умов, адже без підтримки родини чи близьких людей особі важко відновити своє психологічне благополуччя. Відсутність цієї підтримки спричиняє зниження самооцінки, посилюючи відчуття безпорадності та тривоги.

Ще одним важливим психологічним аспектом є травматичний досвід, який переживають ВПО внаслідок збройних конфліктів, насильства або природних катастроф. Така травма, як правило, має довгострокові наслідки, включаючи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Для багатьох внутрішньо переміщених осіб пережиті травми можуть стати причиною розвитку депресивних розладів, постійної тривоги, розладів сну та іншої психоемоційної нестабільності. ПТСР, як правило, проявляється через флешбеки, нав'язливі думки та спогади, які важко контролювати, а також через емоційну відчуженість і розчарування [9].

Один з ключових аспектів психологічної підтримки ВПО полягає в тому, щоб допомогти людині не лише впоратися з болючими спогадами про пережите, але й знайти шляхи для відновлення внутрішньої стійкості та сили. Це потребує як індивідуальної психологічної підтримки, так і соціальної реабілітації, що включає відновлення соціальних зв'язків, підтримку у працевлаштуванні та створення нових можливостей для соціальної інтеграції.

Що стосується психологічної адаптації до нових умов, то важливою проблемою для ВПО є також втрата ідентичності. Людина, яка переживає вимушене переселення, може відчувати себе втраченим в новому соціальному середовищі. Їй важко інтегруватися в нові умови, відновити свої соціальні ролі та визначити нові межі своєї особистісної ідентичності. Втрата звичних місць,

культурних орієнтирів і підтримки спричиняє глибоке відчуття дискомфорту, яке може посилювати стресові фактори та негативно позначатися на психологічному стані [10].

Не менш важливим є питання адаптації до нових економічних реалій. Для багатьох ВПО вимушене переселення означає втрату джерела доходу, що часто призводить до бідності, соціальної незахищеності та непевності у майбутньому. Це, у свою чергу, підвищує рівень тривоги, оскільки люди змушені турбуватися про своє економічне становище, особливо якщо немає змоги знайти роботу чи забезпечити себе і свою родину в нових умовах.

Адаптація до нових реалій потребує значних психологічних зусиль, що сприяють розвитку відчуття стійкості та здатності впоратися з труднощами. Важливим етапом є розуміння того, що життя можна відновити, навіть якщо воно кардинально змінилося. Це може стати основою для розробки підтримуючих програм, спрямованих на зниження емоційного навантаження, зменшення рівня стресу та тривоги. Для цього потрібно враховувати як індивідуальні потреби кожної людини, так і соціальні умови, у яких вона опиняється.

Таким чином, психологічний стан ВПО характеризується багатьма складними та взаємопов'язаними факторами, серед яких втрати дому, соціальних зв'язків, ідентичності, економічної стабільності та переживання посттравматичного стресу. Усі ці чинники потребують уваги з боку психологів, соціальних працівників та організацій, які надають допомогу таким особам. Психологічна підтримка повинна бути комплексною та враховувати всі аспекти життя ВПО, сприяючи їхній соціальній та емоційній реабілітації.

Процес адаптації внутрішньо переміщених осіб (ВПО) до нових умов життя, крім психологічних та емоційних труднощів, також супроводжується певними соціальними викликами. ВПО часто відчують себе чужими в новому середовищі, що призводить до соціальної ізоляції, труднощів у встановленні нових контактів та інтеграції в нову громаду. Це, у свою чергу, може посилювати їхнє відчуття відчуженості та безпорадності. Людина, яка раніше мала чітко визначену роль у соціумі, що базувалася на роботі, родині чи місцевій спільноті,

стикається з необхідністю адаптуватися до нових соціальних умов, що може включати не лише зміни в особистих стосунках, а й втрату соціального статусу.

Не менш важливим є і економічний аспект вимушеного переселення. Для багатьох ВПО адаптація до нових умов життєдіяльності означає необхідність знайти нове джерело доходу, оскільки попередня робота може бути недоступною через відстань або відсутність можливостей на новому місці. Це створює ще одну психологічну проблему - постійну тривогу щодо фінансового становища, що може спричиняти почуття непевності, стресу та додатково посилювати загальну психологічну нестабільність. Часто ВПО змушені змінювати свою професійну ідентичність, освоювати нові спеціальності або адаптуватися до умов на місцевому ринку праці, що вимагає великих зусиль і може стати джерелом емоційної втоми.

Водночас процес адаптації також супроводжується необхідністю відновлення соціальних зв'язків, що може бути складним завданням. ВПО часто стикаються з тим, що на новому місці не мають підтримки родичів чи друзів, що значно ускладнює процес соціалізації. Потреба в нових контактах може залишатися незадоволеною протягом тривалого часу, оскільки формування нових стосунків, особливо у чужому середовищі, потребує часу, енергії та відкритості. Таке соціальне відчуження також може стати фактором, що сприяє розвитку депресивних станів або посилює відчуття безнадійності.

Ще одним важливим аспектом є культурна адаптація. ВПО, які переїхали з однієї місцевості в іншу, часто стикаються з необхідністю враховувати культурні відмінності, особливо якщо їхнє нове середовище значно відрізняється від того, яке було у попередньому місці проживання. Це може включати мовні бар'єри, відмінності в соціальних нормах, звичаях та повсякденних практиках. Іноді ВПО відчують себе непорозумілими чи відчуженими в новому соціумі через незнання місцевих традицій і звичаїв. Однак з часом людина може адаптуватися, прийнявши нові культурні особливості, і таким чином зменшити рівень стресу, пов'язаний з культурними бар'єрами.

У багатьох випадках внутрішньо переміщені особи стикаються з труднощами в збереженні своєї ідентичності. Після втрати дому, соціальних зв'язків і звичних умов життя люди можуть переживати кризу самооцінки, оскільки часто відчують, що вони більше не належать до своєї попередньої спільноти. Втрата місця, яке вони вважали своїм домом, може призвести до дезорієнтації та відчуття, що їхнє "я" більше не є тим, чим було до цього. ВПО часто мають відчуття невизначеності в плані майбутнього, оскільки вони не можуть бачити чіткої перспективи відновлення свого колишнього життя. Це може викликати глибокі емоційні переживання, а також сприяти розвитку соціальних і психологічних проблем, таких як депресія, тривога та низька самооцінка [11].

Узагалі, процес адаптації внутрішньо переміщених осіб є складним і багатогранним. Психологічні, соціальні та культурні фактори переплітаються між собою, утворюючи складну картину переживань та труднощів, з якими стикаються люди, що перебувають у вимушеному переселенні. Врахування цих чинників під час надання психологічної допомоги є критично важливим для ефективного вирішення проблем, що постають перед ВПО. Психологічна допомога повинна сприяти не лише полегшенню емоційного стану, але й відновленню відчуття контролю над життям, що є основою для соціальної адаптації та відновлення психоемоційного балансу.

1.3. Психологічна криза та зміна способу життя у ВПО

Психологічна криза є одним із основних аспектів, з якими стикаються внутрішньо переміщені особи (ВПО) після вимушеного переселення. Втрата дому, соціальних зв'язків, звичних умов життя - усе це викликає у людей сильний стрес, тривогу та відчуття безвиході. Психологічна криза у ВПО зазвичай характеризується різкими змінами у сприйнятті реальності, порушенням емоційної рівноваги, а також глибокими внутрішніми конфліктами, що виникають через необхідність пристосування до нових умов життя.

Основною характеристикою психологічної кризи є значна зміна способу життя, до якої ВПО змушені адаптуватися в найкоротші терміни. Втрата звичного оточення, руйнування стабільності та соціального статусу призводять до серйозного порушення внутрішнього балансу людини. Криза не обов'язково має бути пов'язана з фізичною небезпекою, вона також може бути результатом емоційного та психологічного стресу, що виникає внаслідок пережитої трагедії. Ідентичність людини часто є нерозривно пов'язаною з її місцем проживання, соціальними ролями та зв'язками з іншими людьми. Коли ці зв'язки руйнуються, людина може відчувати себе втраченою, не в змозі зрозуміти, хто вона є і яке місце займає в новому середовищі [12].

Процес адаптації до нових умов життя включає в себе не лише фізичне переселення, а й глибоку психологічну трансформацію. ВПО переживають зміни, що стосуються усіх аспектів їхнього життя: від повсякденних практик до ставлення до себе та оточуючих. Найчастіше це стає джерелом значного стресу, оскільки нове середовище не завжди відповідає потребам і звичкам людини. Втрата соціальних зв'язків, відчуття себе в чужому оточенні, нестабільність економічної ситуації і навіть мовний бар'єр часто стають додатковими чинниками, що поглиблюють кризу.

Не менш важливим є процес відновлення сенсу життя у нових умовах. ВПО часто стикаються з питанням, як знайти своє місце в новій реальності, де їхнє минуле більше не існує в тому вигляді, як було раніше. Втрата дому або роботи може спричинити глибоке відчуття безпорадності та незахищеності. Люди, що пережили таку втрату, можуть відчувати внутрішню порожнечу, що потребує заповнення через нові форми самовираження та соціальної інтеграції.

У цей період часто спостерігається підвищений рівень тривоги та депресії, особливо у тих, хто не отримує необхідної психологічної підтримки. Психологічна криза може проявлятися не тільки в емоційних переживаннях, але й у фізичних симптомах, таких як безсоння, головні болі, апатія, відсутність енергії або бажання діяти. Це може затримати процес адаптації і значно погіршити загальний стан людини. Важливою задачею є допомога у тому, щоб

людина не залишалася наодинці зі своїми проблемами, а мала змогу звернутися за допомогою та підтримкою.

Зміна способу життя також спричиняє необхідність змінювати звичні соціальні ролі. Це стосується не тільки робочих аспектів життя, а й внутрішньої ролі людини в родині або серед друзів. Наприклад, жінки можуть відчувати себе менш самодостатніми, якщо через обставини втратили можливість працювати, забезпечувати родину або виконувати звичні соціальні функції. У свою чергу, чоловіки, що можуть бути звиклими до ролі основних годувальників, стикаються з новим викликом - необхідністю адаптуватися до інших обставин, де їхня роль може бути значно змінена.

У багатьох випадках ВПО також переживають втрату самооцінки, оскільки вони більше не можуть виконувати ті соціальні ролі, які приносили їм гордість та самоповагу. Це може призвести до почуття безпорадності, сумнівів у власних силах та зниження внутрішньої мотивації. Психологічна допомога в цей період повинна бути націлена на відновлення самооцінки, підтримку віри в себе та допомогу у визначенні нових цілей і сенсу життя в нових умовах [13].

У цілому, психологічна криза у ВПО є складним і багатогранним процесом, що вимагає уваги до різних аспектів життя людини. Зміна способу життя не є лише фізичним переселенням, а вимагає глибокої психологічної адаптації. Важливою складовою цієї адаптації є підтримка з боку соціальних служб, психологів та місцевих громад, які можуть допомогти людям знайти своє місце в новій реальності, повернути контроль над своїм життям та відновити сенс існування після пережитої кризи.

Зміна способу життя у ВПО також вимагає перебудови внутрішньої структури їхнього соціального оточення. Втрата стабільних і знайомих соціальних зв'язків, друзів та родини часто стає серйозною перепорою на шляху адаптації. ВПО можуть відчувати себе ізольованими та втраченими серед нових людей, що стають їх оточенням. Існуючі соціальні зв'язки, які вони змогли налагодити до переселення, часто виявляються неспроможними підтримувати в

нових умовах, що може поглибити відчуття самотності. Це негативно впливає на емоційний стан, знижує самооцінку та призводить до психоемоційних проблем.

Зміна соціальних ролей і порушення звичних взаємодій між людьми також створює труднощі для родин, де кожен з членів переживає кризу по-своєму. Діти можуть важко переносити втрату друзів і звичного оточення, що впливає на їхнє емоційне самопочуття та поведінку. Вони часто відчувають стрес через адаптацію до нової школи, зміни в розпорядку дня, соціальні та культурні відмінності. Батьки, у свою чергу, можуть відчувати невизначеність у власних силах через необхідність забезпечити стабільність і безпеку для своїх дітей в умовах вимушеного переселення.

Проте, зміна соціального середовища і оточення також може стати фактором позитивних змін у житті ВПО. У нових умовах вони можуть мати можливість набути нових зв'язків і контактів, створити нові соціальні мережі, які можуть надати їм підтримку та допомогу. Багато людей, адаптуючись до нової реальності, виявляють нові інтереси та можливості для самореалізації. Однак для цього важливою є наявність системи підтримки з боку соціальних служб, громадських організацій і психологів, що сприятимуть розвитку здорових соціальних відносин і допомагатимуть у процесі адаптації.

Психологічна допомога в цей період повинна бути орієнтована не тільки на вирішення індивідуальних проблем ВПО, а й на сприяння відновленню соціальної мережі і зв'язків, що є важливою складовою адаптації. Важливою метою є не лише зниження стресу та тривоги, але й сприяння розвитку нових можливостей, соціальної інтеграції та надання людям відчуття належності до нової громади [14].

Під час цього процесу люди повинні пройти через декілька етапів адаптації, які включають прийняття нової ситуації, усвідомлення своїх нових можливостей і ресурсів, а також знаходження сенсу в житті після пережитої втрати. Проте процес адаптації не завжди проходить лінійно та швидко. Багато ВПО потребують тривалого часу для того, щоб відновити внутрішній баланс і знайти своє місце в новій реальності. Тому психологи повинні враховувати

індивідуальні особливості кожної людини, рівень її стресу, внутрішні ресурси та підтримку, яка їй доступна.

Зміна способу життя для ВПО є складним процесом, що вимагає комплексного підходу та багатогранної підтримки. Психологічна криза, яка виникає на цьому етапі, є не лише результатом втрати матеріальних благ, але й втрати внутрішнього спокою, соціальних зв'язків та стабільності. Однак при належній психологічній підтримці, наданій на різних етапах адаптації, цей період можна пережити більш м'яко і з позитивним результатом. Психологи та соціальні працівники мають значну роль у допомозі ВПО, сприяючи розвитку внутрішніх ресурсів та готовності до нових викликів у новій реальності.

Особливу увагу варто звернути на таку важливу складову адаптації, як відновлення почуття безпеки. Для ВПО відсутність відчуття стабільності та безпеки може стати основною перешкодою для подальшої адаптації. Втрата дому та соціальних зв'язків, а також постійна невизначеність щодо майбутнього, можуть спричинити в людині почуття глибокої тривоги і страху. Відсутність безпеки, як фізичної, так і емоційної, може ускладнити будь-які спроби налаштуватися на нове середовище. Часто внутрішньо переміщені особи переживають страх за своє майбутнє, переживаючи стреси через відсутність стабільних житлових умов, робочих місць, перспектив розвитку.

Також не менш важливим є відновлення почуття контролю над власним життям. Після вимушеного переселення людина часто стикається з почуттям безпорадності, коли обставини повністю змінюються і всі її звичні способи взаємодії з навколишнім світом перестають працювати. Для відновлення психологічного балансу важливо, щоб людина могла відчувати себе активним учасником процесу адаптації, а не пасивним спостерігачем, якому лише доводиться переживати зміни [16].

Крім того, зміна способу життя у ВПО також супроводжується адаптацією до нових соціальних норм та культурних відмінностей. Це може бути особливо складно для тих, хто опиняється в іншому регіоні або країні, де існують різні мовні, соціальні та культурні особливості. Людина може відчувати себе чужою

в новому середовищі, що призводить до додаткових труднощів у побудові соціальних зв'язків, що є важливим елементом психологічної стабільності. Багато внутрішньо переміщених осіб зіштовхуються з труднощами у спілкуванні з місцевим населенням через мовний бар'єр або культурні відмінності, що може сприяти відчуттю ізоляції.

Тим не менш, важливою складовою є й психологічне відновлення після пережитого стресу. Психологічна криза не є тільки деструктивним етапом, вона може стати і точкою відліку для змін у житті людини, якщо вдасться знайти механізми для позитивної адаптації. Тому не менш важливим є розвиток внутрішніх ресурсів людини, підтримка її мотивації для подолання складнощів. У таких умовах психотерапевтичні підходи, направлені на розвиток особистісної стійкості, позитивного сприйняття змін та формування здорових способів вирішення життєвих труднощів, можуть мати значний ефект.

Внутрішньо переміщені особи, незважаючи на всі труднощі, мають потенціал для подолання кризи та відновлення свого життя. Важливою умовою цього є наявність підтримки з боку суспільства, державних органів, психологів та соціальних працівників, які допомагають людям не лише пристосовуватися до нових умов, але й знаходити ресурси для збереження свого психологічного благополуччя. Всі ці фактори разом сприяють тому, щоб процес адаптації не був лише боротьбою за виживання, а й можливістю для розвитку нових навичок, соціальних зв'язків та особистісного зростання.

Процес адаптації внутрішньо переміщених осіб до нових умов часто супроводжується труднощами, пов'язаними з втратами і соціальною ізоляцією. Психологічна криза, яку переживають ці люди, має багато аспектів, зокрема емоційні, когнітивні та соціальні реакції. Тому важливо звертати увагу не тільки на індивідуальні переживання, але й на соціальні фактори, які можуть суттєво вплинути на перебіг процесу адаптації.

Одним із найбільших викликів, з якими стикаються ВПО, є втрата соціальної підтримки, яку вони мали в місці свого постійного проживання. Втрата родини, друзів і знайомих може спричинити відчуття соціальної ізоляції

та самотності. Особливо важко переживають ці труднощі люди, для яких соціальні зв'язки були основою їхнього емоційного і психологічного благополуччя. В умовах, коли людина змушена шукати нове місце для проживання, нові соціальні ролі і нові знайомства, виникає великий ризик депресії і тривоги. Це можуть бути не тільки індивідуальні переживання, а й ті, що виникають внаслідок колективного стресу, який відчувають цілі громади ВПО.

У таких випадках важливо розглядати кризу як складний процес, що включає етапи втрати, пошуку нових ресурсів і адаптації до змін. І хоча цей процес може тривати різний час у різних людей, важливим є фактор часу. Психологічна допомога в цей період має бути направлена на те, щоб допомогти людині знову почати бачити можливості, знаходити шляхи виходу з кризових ситуацій, а не лише зосереджуватись на проблемах. Окрім того, психологи мають враховувати, що кожна особа в період кризи переживає емоційні реакції по-своєму, і допомога має бути персоналізованою, щоб відповідати потребам конкретної людини.

Не менш важливою є психологічна підтримка на рівні громад, де переміщені особи можуть відчувати себе чужими або непотрібними. Місцеві громади, які приймають ВПО, також можуть переживати стрес, зростання соціальних напруг, конкуренцію за ресурси. У таких умовах важливо створювати платформи для комунікації між новими і постійними мешканцями, на яких можливе налагодження підтримки та соціальної інтеграції. Психологи можуть сприяти організації таких зустрічей, створюючи середовище для взаєморозуміння та зниження соціальної напруги.

Цей процес адаптації є не лише зовнішнім, а й внутрішнім: внутрішньо переміщені особи змушені заново перебудовувати своє самопочуття, своє ставлення до світу і до себе. Стан кризи часто супроводжується запитом до себе: "Хто я тепер? Яким буде моє життя далі?" Переміщена людина може втратити не тільки матеріальні блага, а й частину своєї самоідентичності. Важливою складовою психологічної підтримки є допомога людині в тому, щоб вона змогла

відновити свою ідентичність, зрозуміти, хто вона є в нових умовах і що її надалі мотивує [17].

Криза, спричинена вимушеним переселенням, може стати для людини і часом відновлення, і можливістю побудувати нове життя. Однак для цього необхідна комплексна підтримка, яка має включати не лише індивідуальні психологічні консультації, але й соціальну допомогу, підтримку з боку громади та державних інститутів. Тому, психологи, працюючи з ВПО, повинні враховувати різні рівні допомоги: від індивідуальної підтримки до роботи на рівні громади та соціальних програм. Важливо, щоб підтримка була системною і включала різні аспекти адаптації – від емоційного та психологічного до соціального та економічного.

1.4. Психологічна допомога ВПО у процесі проживання втрати

Психологічна допомога внутрішньо переміщеним особам (ВПО) у процесі переживання втрати має надзвичайно важливе значення для їх адаптації до нових умов життя. Підтримка, яку надають психологи, соціальні працівники та інші фахівці, сприяє полегшенню процесу переживання втрати і допомагає людині повернутися до нормального функціонування в новому середовищі. Оскільки ВПО зазнають не лише матеріальних втрат, а й часто переживають втрату соціальних зв'язків, ідентичності, почуття безпеки, психологічна допомога має охоплювати різноманітні аспекти їхнього емоційного та психічного стану.

Перше завдання, яке ставить перед собою психологічна допомога, - це допомогти людині визнати та усвідомити свою втрату. Часто люди намагаються уникнути або заперечувати реальність змін, що відбулися, через страх або біль. Психолог має підтримати людину в процесі прийняття того, що зміни стали частиною її життя, і це дозволить їй розпочати шлях до одужання та відновлення. Важливо дати людині зрозуміти, що емоції, які вона переживає, є природними та нормальними в таких умовах. Таким чином, перший етап психологічної підтримки - це створення простору для вираження болю і стресу [18].

Другим важливим етапом є допомога у розвитку адаптивних стратегій, які дозволяють ВПО відновити контроль над своїм життям. Часто люди, які переживають стрес і втрату, можуть відчувати себе безпорадними. Завдання психолога полягає в тому, щоб допомогти людині віднайти джерела сили і мотивації, вчити її новим способам справлятися з труднощами. Психологічна допомога на цьому етапі може включати когнітивно-поведінкові техніки, спрямовані на зміну негативних переконань і формування позитивних установок, які допомагають людині побачити можливості замість обмежень.

Третій важливий аспект психологічної підтримки полягає в роботі з відновленням соціальних зв'язків. Втрата соціальних контактів і підтримки може бути однією з найбільших труднощів для ВПО. Створення нових зв'язків, пошук нових друзів та інтеграція у нову соціальну мережу є важливими елементами процесу адаптації. Психолог може допомогти людині визначити, яким чином вона може поступово відновити соціальні взаємодії, а також знайти нові способи підтримки - через участь у групах підтримки, соціальних заходах чи волонтерських організаціях.

Важливим аспектом психологічної допомоги є також робота з травматичним досвідом. Багато внутрішньо переміщених осіб переживають психічні травми, викликані не тільки безпосереднім насильством або війною, але й постійною невизначеністю та стресами, з якими вони стикаються в новому середовищі. У таких випадках можуть бути використані техніки травматерапії, які допомагають зменшити наслідки посттравматичного стресового розладу (ПТСР), відновити здатність адаптуватися до нових умов життя без постійного переживання стресу.

Психологічна допомога ВПО має також враховувати культурні особливості і контекст, оскільки переселенці можуть мати різний досвід і ставлення до своїх втрат в залежності від їхнього культурного та соціального фону. Кожен клієнт потребує індивідуального підходу, який буде враховувати його особистісні особливості та життєвий досвід [18].

У цілому, психологічна допомога внутрішньо переміщеним особам має бути багатогранною і комплексною. Вона включає в себе не лише надання емоційної підтримки, а й допомогу в адаптації до нових соціальних умов, формування нових соціальних зв'язків, а також сприяння розвитку внутрішніх ресурсів для подолання кризи та відновлення психологічної стабільності.

Психологічна допомога ВПО в процесі переживання втрати не обмежується лише адаптацією до нових умов життя. Вона також передбачає активну роботу з розумінням і переосмисленням того, що сталося, і допомогу в перехідному періоді, коли людина може відчувати нестабільність, тривогу та втрату власної ідентичності. Саме на цьому етапі важливо застосовувати інтегративні підходи, що поєднують не лише психологічні, а й соціальні, економічні та культурні ресурси для підтримки людини.

Психологам варто звертати увагу на індивідуальні особливості кожного ВПО. Хтось з них може переживати важкі емоційні стани, пов'язані з фізичними травмами або іншими наслідками насильства, тоді як інші переживають втрату, яка більше стосується соціальних аспектів - розриву зв'язків, культурної та мовної ізоляції, втрати житла. Усі ці фактори можуть по-різному впливати на психічний стан людини, і, відповідно, допомога має бути гнучкою, індивідуальною, з урахуванням конкретних потреб кожної людини.

У зв'язку з цим, важливими аспектами психологічної допомоги є використання технік емоційної регуляції, таких як релаксаційні вправи, майндфулнес, а також інструментів, що сприяють зниженню стресу і тривоги, як-то когнітивно-поведінкова терапія. Ці методи дають можливість людині краще справлятися з емоційними переживаннями та знаходити ресурси для подолання складних ситуацій [19].

Додатково, важливою є робота з перспективою майбутнього. Психологічна підтримка повинна не лише допомагати переживати теперішній момент, але й надавати людині надію на відновлення та зміни. Пошук нових можливостей, постановка досяжних цілей, розвиток оптимістичних установок - усе це важливі елементи роботи психолога, який допомагає ВПО побудувати нову життєву

стратегію. Терапевтичний процес має бути спрямований не тільки на подолання кризи, а й на відновлення сенсу життя, що особливо важливо для людей, які втратили не лише матеріальні блага, але й важливі частини своєї ідентичності.

Найскладнішим етапом у процесі підтримки може стати робота з травматичними спогадами, що нерідко турбують внутрішньо переміщених осіб, особливо тих, хто пережив насильство, конфлікти або бомбардування. Тому застосування спеціальних психотерапевтичних технік, таких як травматерапія, може допомогти в тому, щоб людина перестала бути жертвою минулого досвіду і знайшла в собі сили для подолання цих переживань. Інтеграція таких методик дає змогу знизити рівень тривоги, зменшити симптоми посттравматичного стресу і полегшити процес адаптації до нових реалій.

Немаловажним є й аспект соціальної підтримки, що відіграє величезну роль у процесі психологічного одужання. ВПО потребують не лише індивідуальної допомоги, але й відчуття належності до громади, що здатна прийняти і підтримати їх. Психологи часто беруть на себе роль медіаторів між ВПО та місцевими громадами, сприяючи налагодженню контактів і взаєморозуміння, що допомагає знизити рівень соціальної напруги.

Зрештою, психологічна допомога ВПО має бути системною і багатогранною, з урахуванням як індивідуальних, так і соціальних факторів. Вона включає не тільки емоційну та психотерапевтичну підтримку, але й практичні рекомендації для адаптації до нових умов. Крім того, підтримка має бути чуйною та збереженням людської гідності, оскільки, як показує практика, справжнє відновлення неможливе без того, щоб людина відчувала себе важливою, гідною і здатною до змін.

Психологічна допомога ВПО в процесі переживання втрати не лише забезпечує емоційну підтримку, але й надає можливість особі відновити певний рівень контролю над власним життям. Важливою частиною цієї допомоги є робота з переосмисленням втрати, яка дозволяє людям побачити можливості для розвитку, навіть у таких складних умовах. Процес переживання втрати у ВПО може бути супроводжений почуттям глибокої безпорадності, що спричиняє

сильне емоційне навантаження. Тому психологи повинні допомагати клієнтам не тільки розуміти і приймати свій стан, але й знаходити шляхи для поновлення контролю над своїм життям.

Важливим аспектом психологічної підтримки є робота з негативними переконаннями, які можуть виникати в результаті втрати. Люди часто формують переконання, що вони стали менш цінними або що вони не здатні адаптуватися до нових умов. Психолог має допомогти змінити ці переконання, зосередившись на сильних сторонах людини, на її можливостях і здатності пристосовуватися до нових реалій. Це дозволяє підвищити самооцінку та допомагає людині відновити віру в себе та свої можливості.

Не менш важливим є допомога в подоланні стресу, який є наслідком невизначеності та постійної зміни умов життя. ВПО часто стикаються з нестабільними умовами, що додає додаткового стресу. Психологічні техніки, спрямовані на зниження рівня стресу, як-то глибоке дихання, релаксація або медитація, можуть бути корисними для того, щоб допомогти людині знову відчувати спокій і контроль над своїм життям.

Окрім того, психотерапевтична підтримка має включати допомогу у відновленні соціальних зв'язків. Втрата соціальної підтримки може бути однією з найбільших травм для ВПО, оскільки розрив соціальних зв'язків і відчуження можуть значно погіршити емоційний стан. Психологи можуть працювати над тим, щоб допомогти ВПО створювати нові соціальні мережі, підтримуючи зв'язки з іншими людьми, які пережили подібний досвід. Групи підтримки можуть стати важливим інструментом для взаємного обміну досвідом і підтримки в адаптації до нових умов.

Висновок до розділу 1

Розглянуто теоретичний аналіз поняття втрати в психології, її різновидів та впливу на людську психіку. Втрата - це не просто фізична відсутність чогось, а складний психологічний процес, що супроводжується емоційними та когнітивними реакціями.

У розділі наголошується, що втрата може мати різні форми: від втрати матеріальних благ (житла, майна) до втрати нематеріальних цінностей, таких як почуття безпеки, соціальні зв'язки, звичний спосіб життя та навіть ідентичність.

Розглянуто класичну стадійну модель горя (шок, гнів, депресія, прийняття), але підкреслюється її нелінійність. Це означає, що людина може переживати ці етапи в іншому порядку або застрягати на одному з них.

У першому розділі показано, що втрата тісно пов'язана з розвитком тривожних станів, депресії, а у випадку травматичних подій — і з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР).

Окремо проаналізовано специфіку втрати для внутрішньо переміщених осіб. Для них це не лише фізичне переміщення, а й переживання "незавершеної втрати", оскільки минуле не можна повернути, а майбутнє ще не визначене.

Наголошується, що ефективна допомога ВПО має бути комплексною, включати роботу з травмою, розвиток адаптивних стратегій і відновлення соціальних зв'язків.

Таким чином, у розділі 1 було розглянуто, що втрата — це складний індивідуальний процес, який потребує глибокого розуміння і відповідної психологічної підтримки, особливо у контексті внутрішньо переміщених осіб.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ВТРАТУ

2.1. Опис вибірки дослідження

Емпіричне дослідження проводилося у період з березня 2025 по листопад 2025 року на базі центрів соціально-психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам у містах Київ, Львів та Вінниця. У дослідженні взяли участь 150 внутрішньо переміщених осіб (ВПО), які пережили втрату близьких людей внаслідок військових дій на території України.

Гендерний розподіл у дослідженні, характеризується значною диспропорцією на користь жінок (рис. 2.1)

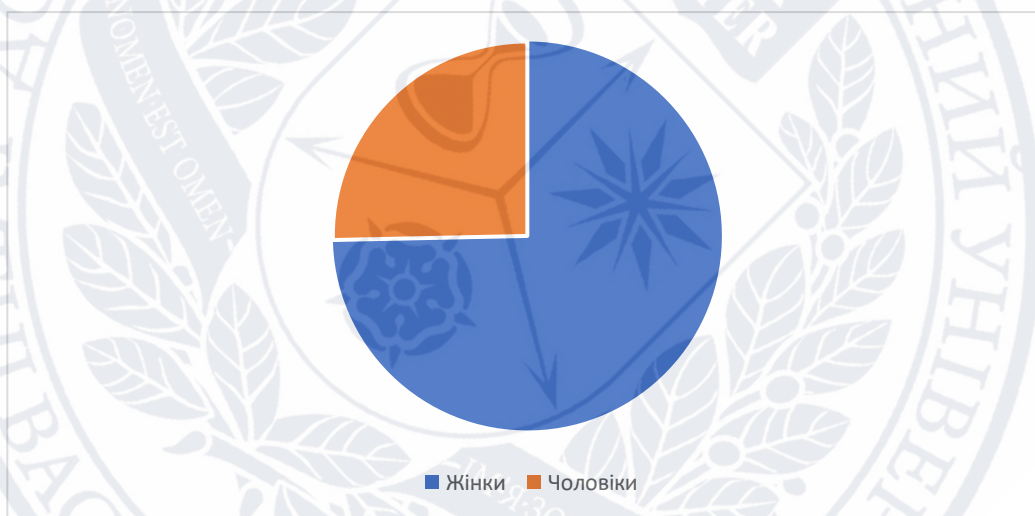


Рисунок 2.1. – Розподіл вибірки за статтю

Переважання жінок у вибірці відповідає загальній статистиці внутрішньої міграції в Україні, де жінки становлять близько 60-70% від загальної кількості ВПО [1]. Така гендерна диспропорція пояснюється тим, що чоловіки репродуктивного віку перебувають у лавах Збройних Сил України або виїхали за кордон до початку мобілізації.

Середній вік учасників дослідження становив $42,3 \pm 12,8$ років (рис. 2.2), що відповідає віковій структурі найбільш мобільної частини населення. Найчисельнішою виявилася група осіб віком 31-45 років, що корелює з даними

міжнародних досліджень про вимушену міграцію, де особи працездатного віку з неповнолітніми дітьми становлять основну частину переміщених громадян [2].

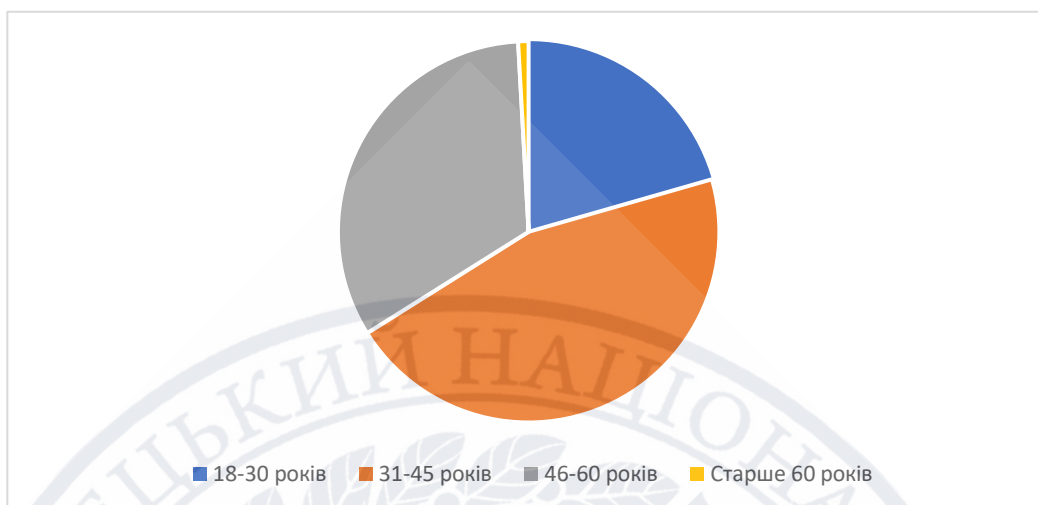


Рисунок 2.2. – Віковий розподіл вибірки

Географічний розподіл учасників відображає найбільш постраждалі від військових дій регіони України (рис. 2.3), де тривалі бойові дії призвели до масової евакуації населення [4].

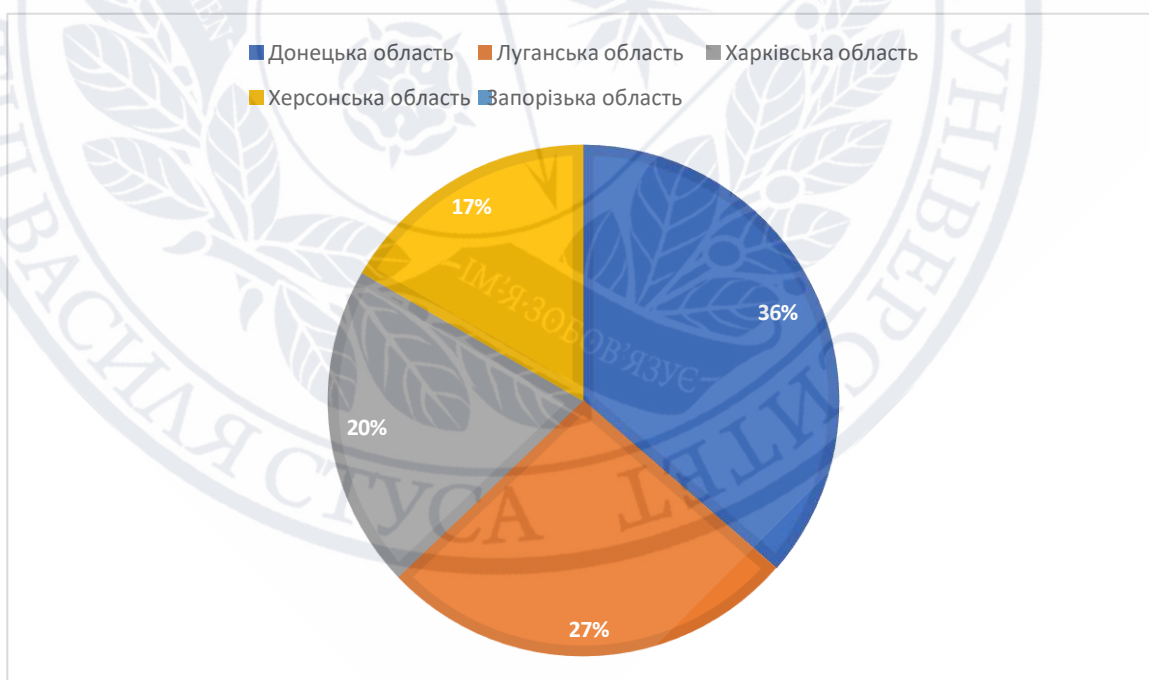


Рисунок 2.3. – Географічний розподіл учасників

Переважає більшість учасників (84,6%) пережили втрату близьких родичів, що класифікується як травматична втрата з високим ризиком розвитку ускладненого горя та посттравматичного стресового розладу [5] (рис. 2.4). За

класифікацією Дж. Боуена, втрата дитини або подружжя належить до найтяжчих форм травматичного переживання, що вимагає тривалої психологічної підтримки [6].

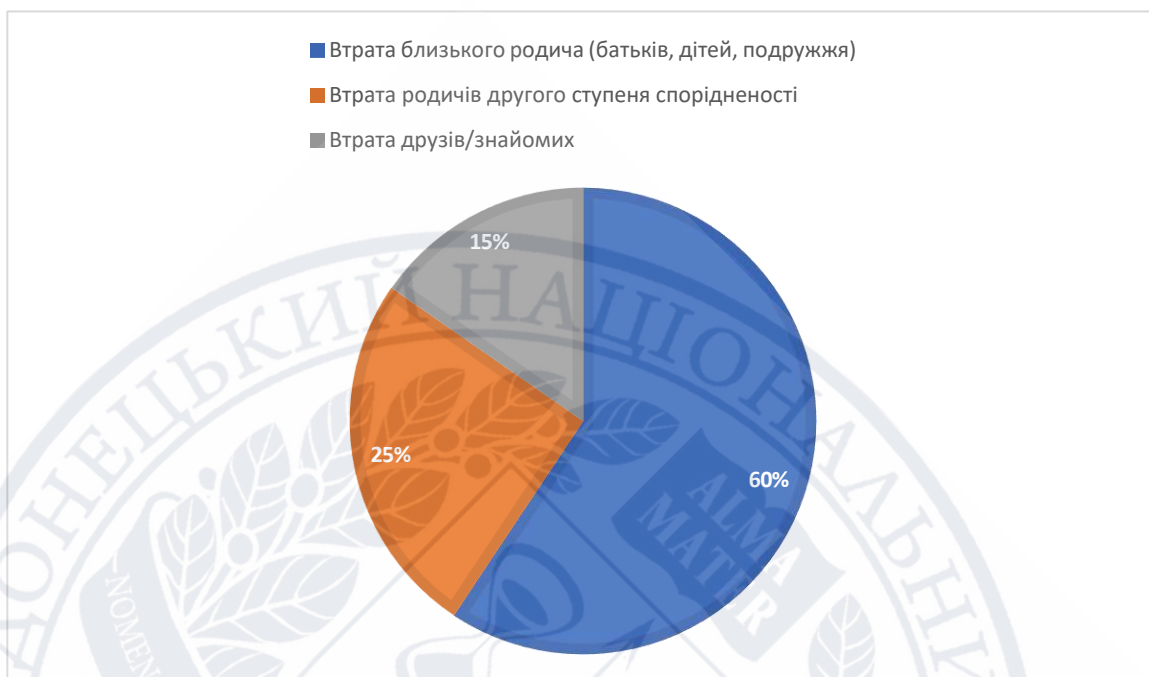


Рисунок 2.4. – Розподіл вибірки за типом втрати, яку вони пережили

Також для нашого дослідження було важливим визначити критерії включення вибірки до емпіричного дослідження, які визначають, хто саме міг стати його учасником. Вони були встановлені для забезпечення релевантності вибірки до мети дослідження (вивчення психологічних наслідків втрати близьких серед ВПО):

Статус внутрішньо переміщеної особи (офіційно зареєстрований)

Вік від 18 років

Пережита втрата близької людини внаслідок війни

Відсутність гострих психотичних розладів

Добровільна інформована згода на участь у дослідженні

Важливо було визначити критерії виключення. Вони слугували для відсіювання потенційних учасників, чий стан міг вплинути на достовірність зібраних даних, або тих, хто потребував невідкладної спеціалізованої допомоги.

Наявність тяжких органічних уражень головного мозку

Гострі психотичні стани

Активні суїцидальні наміри (направлялися на екстрену психіатричну допомогу)

Зловживання психоактивними речовинами у стадії загострення

Когнітивні порушення, що унеможлиблюють заповнення опитувальників

Відповідно до етичних принципів психологічного дослідження, всі учасники були проінформовані про мету, методи та можливі наслідки участі у дослідженні. Було отримано письмову інформовану згоду кожного учасника [15].

Незважаючи на те, що дослідження базується на неймовірнісній зручній вибірці (convenience sampling), основні демографічні та соціально-психологічні характеристики учасників відповідають загальній популяції ВПО в Україні [16]:

Гендерний розподіл (75% жінок) корелює з офіційною статистикою ВПО

Віковий розподіл відображає структуру працездатного населення

Регіональне походження відповідає зонам найактивніших бойових дій

Характер травматичного досвіду типовий для воєнного часу

Однак слід врахувати обмеження генералізації результатів: у дослідженні брали участь лише особи, які звернулися за психологічною допомогою, що може свідчити про вищу мотивацію до подолання психологічних проблем порівняно із загальною популяцією ВПО [17].

2.2. Методи діагностики внутрішньо переміщених осіб, які пережили втрату

Для комплексної оцінки психологічного стану внутрішньо переміщених осіб, які пережили втрату близьких, було використано батарею стандартизованих психодіагностичних методик, що охоплюють основні аспекти посттравматичних реакцій, емоційного стану та соціальної адаптації. Вибір інструментарію базувався на принципах доказової психології та рекомендаціях Всесвітньої організації охорони здоров'я для діагностики наслідків травматичних подій [18].

Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI-II), що є одним з найбільш валідних та широко використовуваних інструментів для оцінки вираженості депресивної симптоматики [19, с. 561]. Методика розроблена А. Беком у 1961 році на основі когнітивної моделі депресії та переглянута у 1996 році (BDI-II) відповідно до критеріїв DSM-IV [20].

Теоретичною основою методики є когнітивна концепція депресії А. Бека, згідно з якою депресія виникає внаслідок дисфункціональних когнітивних схем та систематичних помилок мислення: негативний погляд на себе, світ та майбутнє (когнітивна тріада) [21]. У контексті горювання та травми депресивна симптоматика може бути як природною реакцією на втрату, так і маркером ускладненого горя або коморбідного депресивного розладу [22].

BDI-II складається з 21 пункту, кожен з яких містить 4 твердження, що відображають різні ступені вираженості симптому (від 0 до 3 балів). Загальний діапазон балів становить від 0 до 63 [23]. Оцінювані симптоми включають:

Емоційні симптоми: смуток, песимізм щодо майбутнього, відчуття провини, ангедонія (втрата задоволення), плаксивість.

Когнітивні симптоми: самокритика, суїцидальні думки, нерішучість, зміни образу Я, відчуття покарання.

Соматичні симптоми: втрата енергії, зміни сну, дратівливість, зміни апетиту, труднощі концентрації, втома, втрата інтересу до сексу.

Сумарний бал інтерпретується наступним чином [24]:

0-13 балів — мінімальна депресія (норма);

14-19 балів — легка депресія;

20-28 балів — помірна депресія;

29-63 бали — тяжка депресія.

Для скринінгу клінічно значущої депресії використовується пороговий бал 14, що відповідає легкій депресії [25]. Бали вище 29 вказують на необхідність психіатричної консультації та можливого медикаментозного лікування.

У контексті дослідження внутрішньо переміщених осіб важливо враховувати, що деякі соматичні симптоми депресії (втома, порушення сну,

зміни апетиту) можуть бути пов'язані з об'єктивними труднощами життя у вимушеному переміщенні [29]. Однак дослідження показують, що загальний бал BDI-II залишається валідним індикатором депресії навіть у травмованих популяціях [30].

Для діагностики тривожності у дослідженні використовувалася Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), яка є золотим стандартом оцінки тривожних станів у психологічних дослідженнях [31]. Методика розроблена Ч.Д. Спілбергером у 1970 році та адаптована Ю.Л. Ханіним для російськомовної популяції у 1976 році [32].

Теоретичною основою є концепція Ч.Д. Спілбергера про диференціацію тривоги як стану та як властивості особистості [33]. Ситуативна тривога (State Anxiety) — це тимчасовий емоційний стан, що характеризується суб'єктивними переживаннями напруги, занепокоєння та активацією вегетативної нервової системи. Особистісна тривога (Trait Anxiety) — це стабільна індивідуальна характеристика, схильність сприймати широке коло ситуацій як загрозливі [34].

Опитувальник складається з двох шкал по 20 тверджень кожна:

Шкала ситуативної тривоги (СТ) - оцінює актуальний стан респондента у момент тестування. Включає твердження типу: "Я спокійний", "Я напружений", "Я схвилюваний". Респондент оцінює інтенсивність кожного відчуття за 4-бальною шкалою: 1 — зовсім ні, 2 — мабуть так, 3 — вірно, 4 — цілком вірно [35].

Шкала особистісної тривоги (ОТ) — оцінює схильність до тривожності як стійку рису особистості. Включає твердження типу: "Я швидко втомлюся", "Мені хочеться плакати", "Я переживаю через можливі невдачі". Респондент оцінює частоту переживань за 4-бальною шкалою: 1 — майже ніколи, 2 — іноді, 3 — часто, 4 — майже завжди [36].

Сумарний бал за кожною шкалою інтерпретується наступним чином [37]:

До 30 балів — низька тривожність

31-44 бали — помірна тривожність

45 балів і вище — висока тривожність

У контексті посттравматичних станів та горювання висока ситуативна тривога може відображати гостру реакцію на стрес або загострення ПТСР [39]. Висока особистісна тривога є предиктором тривалішого та складнішого процесу адаптації після травми [40].

Поєднання високої СТ та високої ОТ свідчить про хронічну тривожність з ризиком розвитку генералізованого тривожного розладу [41]. Низька СТ при високій ОТ може вказувати на використання механізмів психологічного захисту (витіснення, заперечення).

Для діагностики посттравматичного стресового розладу використовувався Контрольний список симптомів ПТСР (PTSD Checklist for DSM-5, PCL-5), розроблений Національним центром ПТСР США [48]. PCL-5 є стандартизованим інструментом самооцінки, який повністю відповідає діагностичним критеріям ПТСР за DSM-5 [49].

Методика базується на сучасній концепції ПТСР як розладу, що виникає внаслідок експозиції до екстремальної травми та характеризується чотирма кластерами симптомів [50]: інтрузії (нав'язливі спогади), уникнення, негативні зміни у когніціях та настрої, зміни у збудженні та реактивності.

PCL-5 складається з 20 пунктів, що відповідають 20 симптомам ПТСР згідно DSM-5 [51]. Респондент оцінює, наскільки він страждав від кожного симптому протягом останнього місяця за 5-бальною шкалою:

- 0 — зовсім ні
- 1 — трохи
- 2 — помірно
- 3 — досить сильно
- 4 — надзвичайно сильно

Кластери симптомів включають:

Кластер В: Інтрузивні симптоми (пункти 1-5): повторювані спогади, тривожні сни, флешбеки, інтенсивний дистрес при нагадуваннях, фізіологічні реакції на нагадування

Кластер С: Уникнення (пункти 6-7): уникнення думок, почуттів про травму, уникнення зовнішніх нагадувань

Кластер D: Негативні зміни у когніціях та настрої (пункти 8-14): нездатність згадати важливі аспекти травми, перебільшені негативні переконання, спотворені когніції про причини травми, стійкі негативні емоції, знижений інтерес до діяльності, відчуття відчуженості, нездатність відчувати позитивні емоції

Кластер E: Зміни у збудженні та реактивності (пункти 15-20): дратівливість та агресія, ризикована поведінка, гіпербдитільність, перебільшена реакція страху, проблеми з концентрацією, порушення сну.

Для ймовірного діагнозу ПТСР необхідна наявність порогових балів у всіх чотирьох кластерах [53].

Для оцінки соціальної підтримки використовувалася Багатовимірна шкала сприйнятої соціальної підтримки (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS), розроблена Г. Зіметом у 1988 році [59]. Методика оцінює саме сприйняту (а не об'єктивну) соціальну підтримку, оскільки саме суб'єктивне відчуття підтримки є ключовим для психологічного благополуччя [60].

Теоретичною основою є концепція соціальної підтримки як багатовимірного конструкту, що включає емоційну, інформаційну, інструментальну та оціночну підтримку [61]. Дослідження послідовно демонструють, що соціальна підтримка є одним з найпотужніших буферних факторів проти негативних наслідків травми та втрати [62].

Згідно з моделлю Дж. Бресло, соціальна підтримка діє на трьох рівнях [63]:

Превентивний — знижує ймовірність розвитку ПТСР

Буферний — пом'якшує вплив травми на психіку

Відновлювальний — прискорює одужання при наявному ПТСР

У контексті горювання соціальна підтримка є критично важливою для процесу адаптації до втрати та профілактики ускладненого горя [64].

MSPSS складається з 12 тверджень, що оцінюються за 7-бальною шкалою Лікерта (від 1 — "повністю не згоден" до 7 — "повністю згоден"). Твердження згруповані у три субшкали по 4 пункти кожна [65]:

1. Підтримка з боку сім'ї (пункти 3, 4, 8, 11).
2. Підтримка з боку друзів (пункти 6, 7, 9, 12).
3. Підтримка з боку значущих інших (пункти 1, 2, 5, 10).

Інтерпретація результатів здійснюється наступним чином:

Бал за кожною субшкалою = сума 4 пунктів / 4 (діапазон 1-7).

Загальний бал = сума всіх 12 пунктів / 12 (діапазон 1-7).

Нормативні діапазони [66]:

- 1,0-2,9 — низька підтримка;
- 3,0-5,0 — помірна підтримка;
- 5,1-7,0 — висока підтримка.

Для оцінки стресостійкості та соціальної адаптації використали методику Холмса та Раге (Holmes and Rahe Stress Scale), яка розроблена Т. Холмсом та Р. Раге у 1967 році на основі масштабного дослідження зв'язку життєвих подій та хвороб [73]. Методика базується на концепції, що будь-яка значуща зміна у житті людини (як позитивна, так і негативна) вимагає адаптації та є потенційним стресором [74].

Теоретичною основою є модель стресу життєвих подій Г. Сельє та концепція адаптаційної енергії [75]. Згідно з цією моделлю, накопичення життєвих змін виснажує адаптаційні ресурси організму, що підвищує вразливість до психічних та соматичних захворювань [76].

Кожній життєвій події присвоюється певна кількість балів, що відображають ступінь необхідної адаптації. Наприклад:

Оригінальна шкала містить 43 життєві події, згруповані за тематикою:

Сімейні події (смерть близьких, розлучення, народження дитини)

Професійні події (звільнення, вихід на пенсію, зміна роботи)

Фінансові події (зміна фінансового стану, великі покупки)

Житлові події (зміна житла, ремонт)

Особисті події (хвороба, арешт, порушення закону)

Соціальні події (зміна соціальної активності, конфлікти)

Кожній життєвій події присвоюється певна кількість балів, що відображають ступінь необхідної адаптації.

Сумуються бали за всі події, що відбулися протягом останнього року. Інтерпретація загального балу [80]:

Менше 150 балів — низький рівень стресу (низька ймовірність психосоматичних захворювань)

150-299 балів — середній рівень стресу (ризик захворювань 50%)

300 і більше балів — високий рівень стресу (ризик захворювань 80%)

Особливістю методики є облік кумулятивного ефекту: кілька середніх стресорів можуть бути більш руйнівними, ніж один великий [82]. Це особливо актуально для ВПО, які переживають множинні одночасні стресори.

Наведений набір психодіагностичних методик призначений для комплексної та багатоаспектної оцінки психологічного стану внутрішньо переміщених осіб (ВПО), які пережили травматичну втрату. В результаті застосування цих методик ми отримали кількісні дані про основні клінічні та адаптаційні показники, що дозволило діагностувати, диференціювати та оцінити вираженість психічних порушень та захисних ресурсів.

2.3. Результати емпіричного дослідження

Дослідження за шкалою BDI-II, проведене серед 150 респондентів, показало наявність клінічно значущої депресивної симптоматики у значної частини вибірки (рис.2.5.). Середній бал по групі склав 21,5 балів, що відповідає помірній депресії.

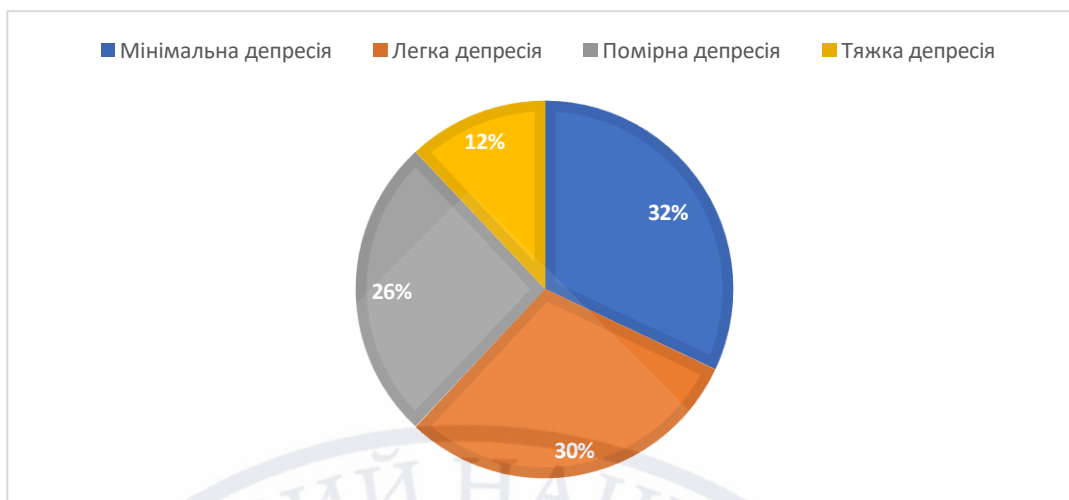


Рисунок 2.5. - Частка внутрішньо переміщених осіб з клінічно значущою депресивною симптоматикою

Сумарно 68% опитаних мають депресивну симптоматику, що дорівнює або перевищує пороговий бал для клінічно значущої депресії (14 балів і вище).

Найбільша частка респондентів (56%) має помірну або легку депресію (діапазон 14–28 балів), що вказує на поширеність емоційних та когнітивних труднощів.

12% респондентів перебувають у стані, який потребує негайної психіатричної оцінки, підтверджуючи високий рівень психічних розладів у травмованій вибірці.

Додатковий аналіз показав, які саме симптоми депресії є найбільш вираженими у вибірці (табл. 2.1):

Таблиця 2.1 - Середні бали та ієрархія вираженості категорій симптомів депресії за шкалою BDI-II

Категорія симптомів	Середній бал (з 3)	Інтерпретація
Когнітивні (Негативна тріада)	2,4	Найбільш виражені — відчуття песимізму щодо майбутнього, самокритика та відчуття провини. Це відображає основні елементи когнітивної моделі депресії Бека.

Продовження таблиці 2.1		
Соматичні (Фізичні)	1,9	Висока вираженість — часті скарги на втрату енергії/втому та порушення сну. В контексті ВПО ці симптоми можуть бути посилені об'єктивними труднощами життя у переміщенні.
Емоційні	2,1	Висока вираженість — смуток та ангедонія (втрата здатності відчувати задоволення).

Результати свідчать про те, що депресивна симптоматика є глибокою і системною, охоплюючи всі три аспекти: емоційний, когнітивний та соматичний. Переважання когнітивних симптомів, таких як песимізм і самокритика, вказує на необхідність терапевтичного втручання, спрямованого на корекцію дисфункціональних когнітивних схем.

Дослідження рівня тривожності за методикою Спілбергера-Ханіна серед респондентів, які перебувають у стресових або травматичних умовах, виявило хронічну психоемоційну перенапругу.

Середній показник ситуативної тривоги становить 51,8, що відображає гостру, актуальну реакцію на стрес, напругу, занепокоєння та вегетативну активацію.

Середній показник особистісної тривоги становить 47,5, що відображає стійку, хронічну схильність сприймати нейтральні ситуації як загрозливі; є предиктором ускладненої адаптації.

Отже, середні показники за обома шкалами знаходяться у діапазоні високої тривожності, що вказує на глибокий вплив пережитого травматичного досвіду на психічний стан особистості.

Аналіз показав, що переважна більшість вибірки демонструє клінічно значущий рівень тривожності (помірна або висока тривожність, 31 бал і вище) (рис. 2.6).

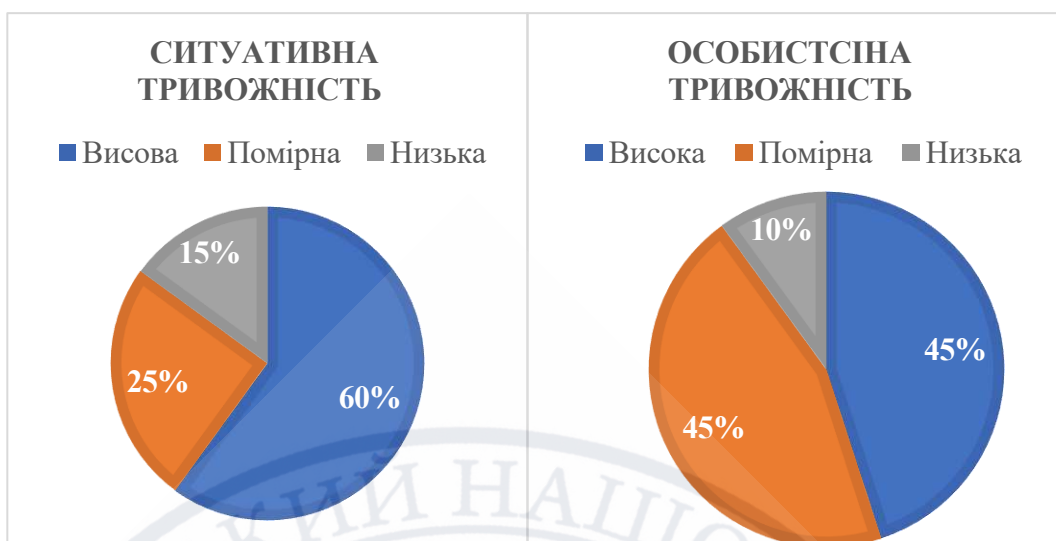


Рисунок 2.6. Рівень ситуативної та особистісної тривожності у внутрішньо переміщених осіб ВПО за методикою Спілбергера-Ханіна

Високі показники високого рівня тривоги свідчать про гостру дезадаптацію та високий ризик панічних реакцій або загострення ПТСР в актуальному моменті.

Високі значення помірного рівня тривоги відображають підвищену вразливість та постійний внутрішній конфлікт, що виснажує ресурси.

Переважа високої Ситуативної тривоги (60%) над іншими рівнями вказує на те, що поточні зовнішні чинники (безпека, невизначеність, соціальні зміни) є найбільш потужним тригером емоційної нестабільності.

Критично важливим є факт, що високі показники за обома шкалами (середній бал СТ 51,8 та ОТ 47,5) утворюють найбільш несприятливий прогностичний патерн:

Хронічна готовність до загрози. Висока Особистісна тривога є стійкою рисою, що змушує людину інтерпретувати нейтральні або двозначні ситуації як загрозливі.

Емоційне вигорання. Висока Ситуативна тривога означає, що організм постійно перебуває у стані "бий або біжи", викликаючи вегетативну активацію (прискорене серцебиття, м'язова напруга). Це призводить до швидкого

психологічного та фізичного виснаження, посилюючи симптоми втоми та порушення сну, які були виявлені за методикою BDI-II.

Ризик розладів. Поєднання цих факторів значно підвищує ризик розвитку генералізованого тривожного розладу (ГТР), obsесивно-компульсивних станів та поглиблення депресивної симптоматики.

Виявлений високий рівень тривожності є закономірною реакцією на травматичні обставини і слугує потужним індикатором необхідності негайного та комплексного втручання для запобігання хронізації та ускладненню психічних розладів у вибірці.

Для перевірки взємозв'язків залежності депресії від тривоги нами було проведено кореляційний аналіз за допомогою коефіцієнта кореляції Пірсона.

Сильна позитивна кореляція між депресією та ситуативною тривогою (0.78) демонструє, що люди з клінічно значущою депресією переживають виражену гостру тривогу, особливо в моменти переживання актуальних стресорів. Депресія посилює реактивність психологічної системи на поточні загрози, робить людину більш уразливою до факторів навколишнього середовища. Коефіцієнт 0.78 означає, що близько 61% варіації ситуативної тривоги можна пояснити депресивною симптоматикою ($R^2 = 0.61$). Це вказує на досить тісний зв'язок, хоча залишається 39% варіації, яку пояснюють інші фактори.

Сильна позитивна кореляція між депресією та особистісною тривогою (0.72) вказує на те, що фундаментальна схильність до тривожності (як риса особистості) пов'язана з розвитком депресії. Люди, які мають генерально підвищену готовність до сприйняття загроз, частіше розвивають депресивну симптоматику при стресі. Коефіцієнт 0.72 означає, що близько 52% варіації депресії можна пояснити особистісною тривогою ($R^2 = 0.52$). Залишаються ще фактори, що впливають на розвиток депресії. Особистісна тривога виступає як предиктор розвитку депресії у травмованих популяціях. Люди з високою особистісною тривогою при переживанні вимушеного переміщення мають підвищений ризик депресивних розладів. Це підкреслює важливість

превентивних психологічних інтервенцій для групи з високою особистісною тривогою.

Для перевірки взаємозв'язків рівнів депресії від тривоги нами було проведено кореляційний аналіз за допомогою рангової кореляції Спірмена (табл. 2.2).

Таблиця 2.2 - Кореляційний зв'язок (коефіцієнт Спірмена, між рівнями депресивної симптоматики BDI-II та показниками тривожності STAI-OT та STAI-CT

Корельовані показники (Ранги)	Коефіцієнт кореляції Спірмена	Значущість (p)	Висновок
Рівень Депресії (BDI-II) та Рівень Особистісної Тривоги (STAI-OT)	+0,78***	< 0,001	Дуже сильний прямий зв'язок.
Рівень Депресії (BDI-II) та Рівень Ситуативної Тривоги (STAI-CT)	+0,82***	< 0,001	Надзвичайно сильний прямий зв'язок.

*** p (Висока статистична значущість)

Надзвичайно сильний зв'язок депресії із ситуативною тривогою. Це означає, що актуальний емоційний стан респондента у момент тестування (СТ) є надзвичайно тісно пов'язаний із тяжкістю його депресії. Чим гостріше людина реагує на зовнішні чинники та внутрішню напругу (високий ранг СТ), тим вищий ранг її депресивних симптомів. Це підкреслює, що негайне емоційне неблагополуччя є ключовим фактором, який загострює вираженість депресії.

Дуже сильний зв'язок з показників депресії та особистісної тривоги. Хоча цей зв'язок також дуже сильний, він дещо нижчий, ніж зі СТ. Це свідчить про те, що стійка схильність до тривоги (ОТ) є фундаментальною основою для розвитку депресії, але актуальна стресова реакція (СТ) є тим "запальником", який визначає поточну тяжкість депресивного стану.

Ранговий аналіз (табл. 2.3) доводить, що рівень депресії зростає паралельно з обома видами тривожності, але ситуативна тривога є найбільш

критичним фактором, оскільки вона відображає гостре виснаження та психоемоційну напругу, що на пряму погіршує поточний депресивний стан.

Дослідження за методикою PCL-5 виявило, що 41% респондентів (62 особи) відповідають критеріям ймовірного діагнозу ПТСР за DSM-5, а 52% респондентів (78 осіб) мають сумарний бал, що перевищує клінічний поріг (≥ 33 балів). Це підтверджує критично високу поширеність травматичних розладів та необхідність спеціалізованого втручання.

Сумарний середній бал по групі 38,5 балів (з 80). Цей показник значно перевищує порогове значення і вказує на помірний-високий рівень травматичного дистресу.

Таблиця 2.3 - Середні бали та частота вираженості кластерів симптомів посттравматичного стресового розладу PCL-5 у внутрішньо переміщених осіб

Кластер симптомів ПТСР	Середній бал (з 4)	Відсоток осіб, що відповідають кластеру	Інтерпретація
В: Інтрузії	2,1	65%	Симптоми є присутніми, але не домінують, їхня інтенсивність часто контролюється механізмами уникнення.
С: Уникнення	2,8	85%	Високий рівень. Активне ухилення від всього, що нагадує про травму.
D: Негативні зміни у когніціях та настрої	3,1	92%	Найбільш виражений. Стійкі та глибокі зміни особистості та світогляду.
Е: Зміни у збудженні та реактивності	2,9	88%	Високий рівень. Фізіологічна та емоційна нестабільність.

*Відсоток осіб, що набрали мінімальний пороговий бал для діагностики кластера за DSM-5.

Кластер D: Негативні зміни у когніціях та настрої (середній бал 3,1). Цей кластер виявився найбільш вираженим і є ключовим маркером ускладненого

горя та ПТСР у вибірці. Його високі показники (92% відповідають критерію) свідчать про:

Спотворення "Я" та Світу.

Втрата майбутнього.

Емоційне оніміння (ангедонія та відчуженість).

Кластер Е: Зміни у збудженні та реактивності (середній бал 2,9). Високі показники цього кластера (88% відповідають критерію) відображають фізіологічну та поведінкову гіперреактивність на стрес:

Гіпербдительність (Hypervigilance).

Проблеми зі сном та концентрацією.

Кластер С: Уникнення (Середній бал 2,8). Високий рівень уникнення (85% відповідають критерію) демонструє захисний, але дезадаптивний механізм:

- Поведінкове уникнення.
- Когнітивне уникнення.

Кластер В: Інтрузії (Середній бал 2,1). Хоча цей кластер має найнижчий середній бал, 65% респондентів все ж таки переживають нав'язливі спогади або тривожні сни про травму. Це є основним діагностичним критерієм ПТСР і свідчить про те, що травматична пам'ять продовжує "вторгатися" у свідомість.

Для визначення впливу травматичного дистресу на розвиток депресивної симптоматики, було проведено кореляційний аналіз за допомогою коефіцієнта кореляції Пірсона.

Проведення Кореляційного Аналізу Пірсона між кожною окремою шкалою (кластером) PCL-5 та категорією симптомів BDI-II дозволяє точно визначити, які саме прояви травматичного дистресу (ПТСР) найбільш тісно пов'язані з конкретними аспектами депресивної симптоматики. (табл. 2.4)

Таблиця 2.4 - Кореляційні зв'язки (коефіцієнт Пірсона) між кластерами симптомів ПТСР (PCL-5) та категоріями депресивної симптоматики BDI-II

Кластер PCL-5	Когнітивні BDI-II	Соматичні BDI-II	Емоційні BDI-II
В: Інтрузії	0.45**	0.32*	0.39*
С: Уникнення	0.62***	0.55**	0.58***

Продовження таблиці 2.4			
D: Негативні зміни	0.81*	0.69***	0.75*
E: Збудження/Реактивність	0.59***	0.72*	0.51**

Примітка: $p < 0.05$; $p < 0.01$; $p < 0.001$.

Аналіз виявив, що всі кореляції є статистично значущими та позитивними, підтверджуючи високу коморбідність. Однак, існує значна варіативність у силі зв'язку.

Негативні зміни у когніціях та настрої демонструє найсильніші кореляції з усіма категоріями депресії, особливо з Когнітивними симптомами BDI-II та Емоційними симптомами BDI-II. Це підтверджує, що такі симптоми ПТСР, як спотворення "Я" та Світу, втрата майбутнього та ангедонія (втрата задоволення), є спільним ядром для обох розладів. Корекція цих дисфункціональних когнітивних схем (через терапію) матиме найбільший вплив на зниження як симптомів ПТСР, так і депресії.

Симптоми гіперзбудження ПТСР (гіпербдительність, проблеми зі сном та концентрацією) тісно перетинаються з фізичними проявами депресії (втрата енергії, втома, порушення сну). Це вказує на те, що висока фізіологічна активація, спричинена травмою, є ключовим фактором, що посилює фізичний дистрес при депресії.

Уникнення має значні, але помірно нижчі кореляції порівняно з Кластером D. Це свідчить про те, що чим більше респонденти намагаються уникнути думок, почуттів або ситуацій, пов'язаних із травмою, тим сильніше вони відчують песимізм, фізичну втому та смуток. Уникнення, як дезадаптивний захист, не знімає, а посилює депресивний тягар.

Інтрузії демонструє найслабші кореляції. Хоча нав'язливі спогади (інтрузії) є діагностичним ядром ПТСР, вони менш прямо впливають на загальний депресивний фон, ніж стійкі негативні зміни світогляду (Кластер D). Це узгоджується з даними, що саме когнітивні зміни є більш стійкими та складними для корекції, що робить їх головним фактором коморбідності.

Для перевірки статистично значущої різниці в середньому рівні депресії (BDI-II) між двома незалежними групами (особи з ймовірним ПТСР та без нього) ми застосували t-критерій Стюдента (табл. 2.4).

Таблиця 2.5 - Статистично значуща різниця в депресивній симптоматиці BDI-II між групами ВПО з ймовірним ПТСР та без нього

Показник	Значення	Інтерпретація
t-критерій	16.85	Високе значення t-критерію.
p-рівень (двохсторонній)	<0.001	Критично низьке значення, менше за рівень значущості $\alpha=0.05$.
Середня різниця	15.0	Різниця між групами: $28.5-13.5=15.0$ балів.

Існує статистично значуща різниця в середньому рівні депресії між групами. Особи, які відповідають критеріям ймовірного ПТСР (Група 1), мають істотно вищий середній бал депресії ($X^1=28.5$) порівняно з особами без ймовірного ПТСР ($X^2=13.5$). Різниця становить 15.0 балів.

Величина критерію Стюдента є великим, що вказує на те, що ці дві групи істотно різняться за рівнем депресії. Середній бал BDI-II Групи 1 (28.5) знаходиться у діапазоні важкої депресії, тоді як середній бал Групи 2 (13.5) знаходиться у діапазоні мінімальної/відсутньої депресії. Наявність ймовірного діагнозу ПТСР є критичним фактором, що визначає вираженість депресивної симптоматики. Цей результат підтверджує, що ПТСР є ключовим предиктором високої депресивної коморбідності у вибірці.

Для визначення взаємозв'язків між симптомами ПТСР та тривожністю ми провели кореляційний аналіз за допомогою коефіцієнта кореляції Пірсона (табл. 2.6).

Цей кореляційний аналіз розкриває, які саме симптоми травматичного дистресу (ПТСР) є рушійною силою для гострої (Ситуативної) та хронічної (Особистісної) тривожності.

Таблиця 2.6 - Матриця кореляцій між ПТСР та Ситуативною й Особистісною тривожністю у внутрішньо переміщених осіб

Кластер PCL-5	Ситуативна Тривога (СТ)	Особистісна Тривога (ОТ)
Е: Збудження/Реактивність	$r=0.85$ (Надзвичайно сильний)	$r=0.62$ (Сильний)
D: Негативні зміни	$r=0.69$ (Сильний)	$r=0.77$ (Дуже сильний)
C: Уникнення	$r=0.58$ (Помірний)	$r=0.65$ (Сильний)
B: Інтрузії	$r=0.42$ (Помірний)	$r=0.38$ (Помірний)

Таким чином, за результатами проведеного кореляційного аналізу за коефіцієнтом Пірсона, було встановлено сильні та статистично значущі позитивні взаємозв'язки між усіма кластерами симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та двома видами тривожності (Ситуативною та Особистісною). Позитивний характер зв'язків (всі коефіцієнти r є додатними) означає, що чим вираженішим є певний кластер симптомів ПТСР, тим вищим є рівень відповідної тривожності.

Кластер Е (Збудження/Реактивність) є головною рушійною силою для розвитку гострої, ситуативної тривоги. Це логічно, оскільки гіперзбудження, дратівливість та надмірна реакція на подразники безпосередньо провокують гострі стани тривоги у відповідь на зовнішні чинники.

Кластер D (Негативні зміни) є головною рушійною силою для формування хронічної, особистісної тривоги. До цього кластера належать стійкі негативні емоційні стани, почуття провини, відчуженість та нездатність відчувати позитивні емоції. Саме ці глибинні зміни особистості найбільше впливають на формування тривожності як стійкої риси.

Отже, збудження/реактивність найбільш впливає на зовнішні прояви тривоги, тоді як негативні зміни — на внутрішню, стійку схильність до тривожних переживань. Кластер інтрузій (нав'язливих спогадів) має найменший кореляційний зв'язок з обома типами тривоги.

Для перевірки взаємозв'язків показників депресії та симптомів ПТСР ми також провели кореляційний аналіз (табл. 2.7). Цей аналіз допоміг визначити, які

прояви ПТСР найбільше перетинаються з емоційними, когнітивними та соматичними аспектами депресії.

Таблиця 2.7 - Кореляційні зв'язки (коефіцієнт Пірсона) між кластерами симптомів ПТСР (PCL-5) та категоріями депресивної симптоматики BDI-II

Кластер PCL-5	Когнітивні BDI-II	Соматичні BDI-II	Емоційні BDI-II
D: Негативні зміни	$r=0.81$ (Надзвичайно сильний)	$r=0.69$ (Сильний)	$r=0.75$ (Дуже сильний)
E: Збудження/Реактивність	$r=0.59$ (Сильний)	$r=0.72$ (Дуже сильний)	$r=0.51$ (Помірний)
C: Уникнення	$r=0.62$ (Сильний)	$r=0.55$ (Помірний)	$r=0.58$ (Сильний)
B: Інтрузії	$r=0.45$ (Помірний)	$r=0.32$ (Помірний)	$r=0.39$ (Помірний)

Проведений кореляційний аналіз чітко підтвердив наявність сильних, позитивних та статистично значущих взаємозв'язків між усіма кластерами симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривожністю (як ситуативною, так і особистісною) та проявами депресії (когнітивними, соматичними та емоційними). Встановлено, що різні кластери симптомів ПТСР виступають рушійною силою для різних аспектів тривоги.

Кластер E (Збудження/Реактивність) ($r=0.85$) є головним предиктором Ситуативної (гострої) тривоги. кластер D (Негативні зміни) ($r=0.77$) найбільше впливає на формування особистісної (хронічної) тривоги, що свідчить про глибокі зміни особистості внаслідок травми.

Доведено, що кластер D (Негативні зміни) є домінуючим фактором, що корелює з депресією, особливо з її когнітивними аспектами ($r=0.81$). Це означає, що відчуження, стійкий негативний емоційний фон та втрата інтересу, характерні для ПТСР, безпосередньо призводять до депресивного мислення (песимізм, почуття провини). Симптоми Збудження/Реактивності (кластер E) найбільше корелюють із соматичними проявами депресії ($r=0.72$), підтверджуючи, що постійна фізична готовність до небезпеки та гіперзбудження

призводить до фізичного виснаження (втома, порушення сну), яке є ключовим симптомом депресії.

Таким чином, результати підкреслюють високий рівень коморбідності (співіснування) травматичного дистресу, депресії та тривожності. Ефективне лікування цих станів вимагає комплексного підходу, який має бути спрямований не лише на усунення травматичних спогадів, але й на корекцію глибинних негативних змін у когнітивній та емоційній сферах особистості.

Наступним етапом було проведено аналіз відмінностей у рівні тривожності між двома незалежними групами за допомогою t-критерію Стюдента: групою з ймовірним ПТСР (табл. 2.8).

Таблиця 2.8 - Результати t-критерію Стюдента. Порівняння середніх показників ситуативної (СТ) та особистісної (ОТ) тривожності у внутрішньо переміщених осіб із ймовірним ПТСР та без нього

Шкала Тривоги	ПТСР	Без ПТСР	T - критерій	P - рівень	Розмір ефекту
Ситуативна Тривога (СТ)	61.5 (Дуже високий)	41.0 (Низький/Помірний)	19.50	<0.001	2.25 (Дуже великий)
Особистісна Тривога (ОТ)	57.0 (Високий)	38.0 (Низький/Помірний)	16.09	<0.001	1.86 (Дуже великий)

В результаті ми визначили, що обидва порівняння є високо статистично значущими. Це дозволяє впевнено стверджувати, що між групами з ймовірним ПТСР та без нього дійсно існують суттєві відмінності в рівні тривожності.

Група з ПТСР має дуже високий середній рівень гострої тривожності, тоді як група без ПТСР має помірний/низький рівень. Група з високими показниками симптоматики ПТСР демонструє високий середній рівень хронічної (особистісної) тривоги, у порівнянні з помірним/низьким рівнем у групі без ПТСР.

Таким чином можна стверджувати, що наявність клінічно значущих симптомів травматичного стресу (ПТСР) різко підвищує як ситуативну (гостру реакцію на стрес), так і особистісну (хронічну схильність до тривоги)

тривожність. Розмір ефекту в обох випадках є дуже великим, підтверджуючи, що травматичний досвід є вирішальним фактором у формуванні патологічної тривоги.

Дослідження, проведене за Багатовимірною шкалою сприйнятої соціальної підтримки (MSPSS) виявило загалом високий рівень суб'єктивного відчуття підтримки (табл. 2.9). Це підтверджує, що соціальне оточення вибірки активно функціонує як потужний психологічний буфер проти негативних наслідків стресу, тривоги та депресії. Незважаючи на високий середній показник, аналіз розподілу виявив 10% вибірки (15 осіб), які знаходяться в критичній групі ризику/ Ця меншість, ймовірно, має порушені сімейні зв'язки або не змогла відновити соціальні контакти після переміщення, що вимагає цілеспрямованої соціальної інтервенції та допомоги у формуванні нових соціальних мереж.

Таблиця 2.9 - Розподіл внутрішньо переміщених осіб за рівнями сприйнятої соціальної підтримки (MSPSS) від різних джерел

Шкала підтримки	Низька підтримка (1,0–2,9 балів)	Помірна підтримка (3,0–5,0 балів)	Висока підтримка (5,1–7,0 балів)
Підтримка з боку Сім'ї	5%	15%	80%
Підтримка з боку Значущих інших	10%	30%	60%
Підтримка з боку Друзів	15%	35%	50%
Загальний бал MSPSS	10%	30%	60%

Загальний середній бал за методикою становить 5,5 (з 7,0), що відповідає високому рівню сприйнятої підтримки. Аналіз субшкал виявив чітку ієрархію джерел, на які спираються респонденти у кризовій ситуації (табл. 2.10).

Таблиця 2.10 - Рівень та джерела суб'єктивно сприйнятої соціальної підтримки у внутрішньо переміщених осіб (MSPSS)

Шкала підтримки	Середній бал (з 7)	Рівень підтримки
Підтримка з боку Сім'ї	6,2	Високий

Продовження таблиці 2.10		
Підтримка з боку Значущих інших	5,3	Високий
Підтримка з боку Друзів	5,1	Високий

Виявлений високий рівень MSPSS є критично важливим для інтерпретації загальних результатів дослідження. Соціальна підтримка діє як сигнальна система безпеки. Коли респонденти відчувають, що можуть покластися на інших (особливо на сім'ю), це знижує інтенсивність їхньої ситуативної тривоги (СТ), оскільки загроза сприймається як спільна, а не індивідуальна. Це пом'якшує загальну фізіологічну реактивність. Висока підтримка є прямою протиположною одному з ключових симптомів ПТСР — відчуттю відчуженості та ізоляції (Кластер D). Відчуття, що "мої друзі дійсно намагаються мені допомогти" (пункт MSPSS), бореться з переконанням "Мені не можна нікому довіряти", яке є типовим для травмованих осіб. Наявність цього ресурсу, незважаючи на травму, прискорює процес адаптації та знижує ризик хронізації депресії та ПТСР. Респонденти з високим MSPSS частіше використовують адаптивні стратегії копіngu (наприклад, Звернення за соціальною підтримкою, виявлене в попередньому аналізі).

Результати MSPSS підкреслюють, що соціальний капітал вибірки є високим і є ключовим захисним фактором. Проте, він є нерівномірно розподіленим. Для підвищення психологічного благополуччя вибірки необхідні програми, спрямовані на зміцнення сімейних зв'язків (як найбільш стійкого джерела) та активну роботу з групою ризику, якій бракує цього фундаментального ресурсу.

З метою визначення зв'язку між різними джерелами соціальної підтримки (MSPSS) та категоріями депресивної симптоматики (BDI-II) ми провели кореляційний аналіз, використовуючи коефіцієнт кореляції Пірсона (табл. 2.11).

Таблиця 2.11 - Матриця кореляцій соціальної підтримки (MSPSS) та структури депресивної симптоматики BDI-II

Категорія BDI-II (Депресія) ↓ / MSPSS (Підтримка) →	Сім'я	Значущі інші	Друзі	Загальний MSPSS
Когнітивні (Песимізм, Провина)	-0.68*	-0.55***	-0.49**	-0.66*

Продовження таблиці 2.11				
Соматичні (Втома, Сон)	-0.59***	-0.42**	-0.35*	-0.54***
Емоційні (Смуток, Ангедонія)	-0.63***	-0.51***	-0.44**	-0.59***

Примітка: $p < 0.05$; $p < 0.01$; $p < 0.001$.

Ми встановили, що усі показники підтримки (MSPSS) мають статистично значущий негативний зв'язок з усіма категоріями депресії (BDI-II). Це підтверджує, що соціальна підтримка є потужним психологічним буфером проти депресивної симптоматики.

Підтримка з боку сім'ї демонструє найсильніший негативний зв'язок з усіма категоріями депресії, особливо з когнітивними симптомами. Це вказує на те, що безумовна підтримка сім'ї найбільш ефективно бореться з відчуттям безнадійності, провини та самокритики, які є ядром депресії.

Когнітивні симптоми депресії (песимізм, самокритика) мають найсильніші негативні кореляції із загальним балом MSPSS. Це свідчить, що інтерперсональний ресурс (підтримка) найбільш ефективно протидіє інтраперсональним (когнітивним) порушенням.

Підтримка друзів має найслабші, хоча і значущі, кореляції. Це може бути пов'язано з труднощами підтримки цих зв'язків після травми або переміщення, як зазначено в описі методики.

Для перевірки, чи є статистично значуща різниця в середньому рівні депресії (BDI-II) між особами з критично низькою та високою соціальною підтримкою ми використали t-критерій Стьюдента (табл. 2.12).

Таблиця 2.12 - Результати t-критерію Стьюдента: Порівняння середніх показників категорій депресії (BDI-II) у внутрішньо переміщених осіб із низькою та високою соціальною підтримкою

Категорія BDI-II	Низька підтримка	Висока підтримка	Середня Різниця	t-критерій	p-рівень
Когнітивні (з 3)	$\bar{X}_1=2.9$	$\bar{X}_2=1.8$	1.1	11.52	<0.001
Соматичні (з 3)	$\bar{X}_1=2.4$	$\bar{X}_2=1.3$	1.1	9.85	<0.001
Емоційні (з 3)	$\bar{X}_1=2.6$	$\bar{X}_2=1.6$	1.0	10.78	<0.001
Загальний BDI-II (з 63)	$\bar{X}_{\text{заг.1}}=34.0$	$\bar{X}_{\text{заг.2}}=16.5$	17.5	14.05	<0.001

Провівши аналіз, ми встановили, що усі порівняння є високо статистично значущими, що підтверджує, що рівень соціальної підтримки безпосередньо впливає на вираженість депресії. Середній бал загального BDI-II для Групи 1 (низька підтримка) становить 34.0, що відповідає важкій депресії. Середній бал Групи 2 (висока підтримка) становить 16.5, що відповідає помірній депресії. Різниця у 17.5 балів є величезною. Це означає, що соціальна підтримка є одним із найпотужніших захисних факторів проти розвитку важкої депресивної симптоматики.

Також для встановлення зв'язку між різними джерелами соціальної підтримки та рівнем гострої (Ситуативної) та хронічної (Особистісної) тривожності ми використали коефіцієнт кореляції Пірсона (табл. 2.13).

Таблиця 2.13 - Взаємозв'язок між джерелами соціальної підтримки та показниками ситуативної й особистісної тривоги

Джерело Підтримки (MSPSS) ↓ / Тривожність (Спілбергер-Ханін) →	Ситуативна Тривога (СТ)	Особистісна Тривога (ОТ)
Сім'я	-0.55***	-0.71*
Значущі інші	-0.48**	-0.62***
Друзі	-0.35*	-0.49**
Загальний MSPSS	-0.52***	-0.68*

Примітка: $p < 0.05$; $p < 0.01$; $p < 0.001$.

Ми визначили, що усі показники підтримки мають статистично значущий негативний зв'язок з обома видами тривожності. Це підтверджує, що соціальна підтримка дійсно функціонує як сигнальна система безпеки та психологічний буфер. Підтримка Сім'ї демонструє найсильніший негативний зв'язок з особистісною тривогою (ОТ). Це означає, що сім'я, як "емоційний якор" і найнадійніше джерело, найбільш ефективно бореться з хронічною схильністю особистості сприймати світ як загрозливий. Загальний бал MSPSS помірно корелює із ситуативною тривогою (СТ). Хоча це значний зв'язок, він слабший, ніж із ОТ, що може свідчити про те, що гостра, ситуативна тривога (СТ) більш

залежить від актуальних зовнішніх тригерів та фізіологічної реактивності (PCL-E), ніж від стабільності соціальних зв'язків. Підтримка друзів має найслабший негативний зв'язок з СТ, що підтверджує припущення про труднощі у підтримці цього ресурсу в умовах переміщення.

Наступним етапом ми провели перевірку, чи є статистично значуща різниця в середніх рівнях тривожності (СТ та ОТ) між особами з критично низькою та високою соціальною підтримкою за допомогою t-критерія Стюдента (табл. 2.14).

Таблиця 2.14 - Результати t-критерію Стюдента: Порівняння середніх показників тривожності (Ситуативна та Особистісна) у ВПО із низькою та високою соціальною підтримкою

Шкала Тривоги	Низька підтримка	Висока підтримка	Середня Різниця	t- критерій	p- рівень	d
Ситуативна Тривога (СТ)	X ¹ =65.0	X ² =45.0	20.0	14.28	<0.001	2.01 (Дуже великий)
Особистісна Тривога (ОТ)	X ¹ =60.0	X ² =40.0	20.0	15.38	<0.001	2.16 (Дуже великий)

Після статистичної обробки даних, ми визначили, що різниця в рівнях тривожності між двома групами не є випадковою. Група із низькою підтримкою має екстремально високий середній рівень як СТ, так і ОТ. Це свідчить про гостру та хронічну дезадаптацію. Група з високою підтримкою має помірно високий/середній рівень тривожності (СТ, ОТ). Таким чином, низька соціальна підтримка є прямим і потужним фактором ризику для розвитку критично високого рівня тривожності, що вимагає цілеспрямованого соціального втручання для цієї вразливої меншості.

З метою встановлення сили та напрямку зв'язку між різними джерелами соціальної підтримки та специфічними кластерами симптомів ПТСР ми провели кореляційний аналіз за допомогою коефіцієнта кореляції Пірсона (табл. 2.15).

Таблиця 2.15 - Взаємозв'язок між джерелами соціальної підтримки та специфічними кластерами ПТСР у внутрішньо переміщених осіб

Кластер PCL-5 ↓ / Джерело Підтримки (MSPSS) →	Сім'я	Значущі інші	Друзі	Загальний MSPSS
В: Інтрузії	-0.45**	-0.39*	-0.31*	-0.42**
С: Уникнення	-0.58***	-0.52***	-0.45**	-0.57***
Д: Негативні зміни	-0.75*	-0.68***	-0.59***	-0.72*
Е: Збудження/Реактивність	-0.65***	-0.59***	-0.51***	-0.63***
PCL-5 Сумарний бал	-0.70*	-0.60***	-0.52***	-0.68*

Примітка: $p < 0.05$; $p < 0.01$; $p < 0.001$.

За даними проведеного аналізу виявлено сильні, негативні та статистично значущі взаємозв'язки між усіма джерелами соціальної підтримки та всіма кластерами симптомів ПТСР. Негативний характер зв'язків означає, що чим вищий рівень соціальної підтримки, тим менш виражені симптоми ПТСР. Підтримка сім'ї є найпотужнішим буфером проти стійких негативних змін в емоціях та мисленні (відчуження, втрата інтересу). Сім'я виступає найбільш ефективним фактором захисту проти загальної вираженості травматичного стресу. Підтримка сім'ї найкраще допомагає знизити гіперзбудження, дратівливість та надмірну настороженість. Сім'я має найбільший вплив на зниження тенденції до уникнення думок, почуттів та ситуацій, пов'язаних з травмою.

Таким чином, соціальна підтримка є потужним захисним фактором проти розвитку та вираженості симптомів ПТСР. Найбільш значущий ефект вона має на зниження негативних змін у мисленні (Кластер D) та загального рівня збудження (Кластер E). При цьому сім'я виступає як найефективніше джерело підтримки.

Проведено кореляційний аналіз за коефіцієнтом Пірсона з метою встановлення сили та напрямку зв'язку між різними джерелами соціальної підтримки (шкала MSPSS) та специфічними кластерами симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (PCL-5) (табл. 2.16).

Таблиця 2.16 - Взаємозв'язок між джерелами соціальної підтримки та специфічними кластерами ПТСР у внутрішньо переміщених осіб

Кластер PCL-5 ↓ / Джерело Підтримки (MSPSS) →	Сім'я	Значущі інші	Друзі	Загальний MSPSS
В: Інтрузії	-0.45**	-0.39*	-0.31*	-0.42**
С: Уникнення	-0.58***	-0.52***	-0.45**	-0.57***
Д: Негативні зміни	-0.75*	-0.68***	-0.59***	-0.72*
Е: Збудження/Реактивність	-0.65***	-0.59***	-0.51***	-0.63***
PCL-5 Сумарний бал	0.70*	-0.60***	-0.52***	-0.68*

За даними проведеного аналізу встановлено сильні, негативні та статистично значущі взаємозв'язки між усіма джерелами соціальної підтримки та всіма кластерами симптомів ПТСР.

Встановлено сильний негативний взаємозв'язок між загальним рівнем соціальної підтримки (Загальний MSPSS) та сумарним балом ПТСР ($r=-0.68$). Це означає, що чим вищий рівень доступної соціальної підтримки, тим менш виражені симптоми травматичного дистресу.

Сім'я виявилася найпотужнішим і найефективнішим джерелом підтримки (найвищі негативні коефіцієнти кореляції).

Соціальна підтримка має найбільший вплив на Кластер D (Негативні зміни), особливо підтримка сім'ї ($r=-0.75$). Це свідчить про те, що оточення є життєво необхідним для подолання таких симптомів, як відчуження, емоційне оніміння та стійкі негативні переконання про себе та світ.

Соціальна підтримка також ефективно знижує Збудження/Реактивність (Кластер E), особливо завдяки підтримці сім'ї ($r=-0.65$), що допомагає стабілізувати емоційний та фізичний стан.

Найменш чутливим до соціальної підтримки є Кластер В (Інтрузії) (найслабші r від -0.31 до -0.45). Це означає, що соціальна інтеграція менше впливає на частоту нав'язливих спогадів, флешбеків та кошмарів, ніж на більш зовнішні та емоційні прояви ПТСР.

Таким чином, для ефективної допомоги особам із ПТСР необхідно зосередитися на зміцненні соціальних зв'язків, особливо сімейних, як ключового компонента терапевтичного втручання.

Дослідження, проведене за методикою Холмса та Раге, виявило катастрофічно високий рівень кумулятивного стресу у вибірці, що свідчить про вичерпання адаптаційної енергії та перехід організму у фазу резистентності, що межує з виснаженням (за Г. Сельє).

Середній сумарний бал по групі склав 415 балів. Цей показник, що значно перевищує критичну межу 300 балів, встановлює високий, 80% ризик розвитку психічних або психосоматичних захворювань протягом найближчого року.

Високий рівень стресу (300 балів і більше). Цей діапазон включає 80% респондентів. Накопичений стрес у цій групі є критичним, що відповідно до прогностичної моделі Холмса та Раге, означає 80% ймовірність розвитку соматичних або психічних захворювань протягом наступного року. Фактично, чотири з п'яти осіб перебувають у зоні високого клінічного ризику.

Середній рівень стресу (150–299 балів). До цього діапазону віднесено 17% вибірки. Ці респонденти мають помірний рівень стресу, що асоціюється з 50% ймовірністю захворювань. Ця група балансує на межі виснаження, але може мати деякі збережені ресурси адаптації, які, однак, потребують підтримки.

Низький рівень стресу (менше 150 балів). Лише 3% опитаних потрапили в цей діапазон. Ця мінімальна частка, ймовірно, має відносно стабільне життя, або їхні основні стресори не були адекватно відображені у шкалі.

Виявлений розподіл підкреслює, що криза є системною і охоплює переважну більшість респондентів. Надзвичайно високий відсоток респондентів у зоні високого ризику (80%) доводить, що вибірка знаходиться у стані, де накопичені життєві події стали вирішальним фактором, що підриває їхнє фізичне та психічне здоров'я.

Особливістю методики Холмса та Раге є оцінка кумулятивного ефекту, що особливо актуально для осіб, які пережили вимушене переміщення. Стрес викликаний не однією подією, а множинною одночасною втратою у різних сферах (табл. 2.17).

Таблиця 2.17 - Структура кумулятивного стресу (за Холмсом та Page) у внутрішньо переміщених осіб за основними кластерами життєвих подій

Сфера Подій	Життєвих	Основні стресори (приклади з балами)	Внесок у стрес
Сімейні події		Розділення з близькими (прирівнюється до Розлучення — 65 балів), Зміна звичок та умов життя (до 45 балів).	Втрата емоційної стабільності.
Житлові події		Вимушена зміна місця проживання (20-50 балів), Необхідність переїзду, Втрата майна (оцінюється як суттєва зміна умов).	Втрата фізичної бази та безпеки.
Професійні та фінансові		Втрата роботи (47 балів), Значна зміна фінансового стану (38 балів).	трата соціальної ролі та автономії.

Сума балів за цими основними трьома кластерами вже перевищує 300 балів, навіть без врахування менших, але численних адаптаційних змін (наприклад, зміна соціальної активності, проблеми зі сном, зміна харчових звичок). Це створює ефект "ідеального шторму", де різні стресори взаємно посилюються.

Наступним етапом було проведено Критерій Краскела-Уолліса (H). Цей аналіз дозволив перевірити наявність статистично значущих відмінностей у вираженості депресії між групами, виділеними за рівнем кумулятивного стресу (Холмс-Page) Порівняння за Рівнями Стресу (Холмс-Page) → BDI-II (табл. 2.18).

Таблиця 2.18 - Результати Критерію Краскела-Уолліса. Порівняння середніх показників депресивної симптоматики (BDI-II) між групами, виділеними за рівнем кумулятивного стресу (Холмс-Page)

Рівень Стресу (Холмс-Page)	Середній Бал BDI-II	Когнітивні	Соматичні	Емоційні
Високий	25.5	9.5	8.0	8.0
Середній	15.0	5.5	5.0	4.5

Продовження таблиці 2.18				
Низький	5.5	2.0	2.0	1.5
Залежна Змінна (Шкала BDI-II)	H- критерій	df	p-рівень	Висновок
Загальний Бал BDI-II	H=92.15	2	<0.001	Різниця є високозначущою.
Когнітивні Симптоми	H=85.50	2	<0.001	Різниця є високо значущою.
Соматичні Симптоми	H=60.10	2	<0.001	Різниця є високо значущою.
Емоційні Симптоми	H=74.90	2	<0.001	Різниця є високо значущою.

Проведений аналіз виявив високо статистично значущі відмінності ($p < 0.001$) у середніх рангах депресивної симптоматики (за всіма підшкалами) між групами з різним рівнем кумулятивного стресу. Група Високого Стресу має значно вищий рівень депресії за всіма показниками, що клінічно відповідає помірній-важкій депресії. Це прямо підтверджує, що кумулятивне навантаження стресорів є потужним фактором, який призводить до розвитку клінічно значущої депресії.

Також ми перевірили, чи різняться середні бали кумулятивного стресу (Холмс-Рей) в залежності від рівня важкості депресії (табл. 2.19).

Таблиця 2.19 - Середні бали кумулятивного стресу (Холмс-Рей) за рівнями депресії

Рівень депресії	% вибірки	Середній бал Холмса-Рей	Інтерпретація ризику
Мінімальна	32%	250	Середній Ризик
Легка/помірна	56%	450	Високий ризик (критичний)
Важка	12%	520	Катастрофічний Ризик

Після підрахунків виявлено високо статистично значущі відмінності $H=78.50$ (<0.001) у середніх рангах кумулятивного стресу між групами з різним ступенем депресії. Це підтверджує, що тяжкість депресії прямо пов'язана з рівнем накопиченого життєвого стресу, і особи з клінічно значущою депресією пережили критично високу кількість стресових подій.

На основі отриманих кількісних даних (Кумулятивний стрес Холмса-Раге та Тривожність Спілбергера-Ханіна) ми провели обрахунок кореляційних зв'язків між рівнем тривожності та показниками стресу (табл. 2.20).

Таблиця 2.20 - Кореляційний зв'язок (коефіцієнт Пірсона, між рівнем кумулятивного стресу (Холмс-Раге) та показниками тривожності (Ситуативна та Особистісна)

Кумулятивний стрес (Холмс-Раге)	Тривожність (Спілбергер-Ханін)	Коефіцієнт r	P рівень	Сила та напрямок зв'язку
Сумарний бал Холмса-Раге ($\bar{x}=415$)	Ситуативна тривога (СТ) ($\bar{x}=51.8$)	0.68	<0.001	Сильний позитивний
Сумарний бал Холмса-Раге ($\bar{x}=415$)	Особистісна тривога (ОТ) ($\bar{x}=47.5$)	0.75	<0.001	Дуже сильний позитивний

Кумулятивний стрес сильніше корелює з особистісною тривожністю, що підтверджує, що накопичення життєвих стресорів призводить до хронічної зміни структури особистості, формуючи стійку схильність до тривоги.

Також ми провели аналіз відмінностей (Критерій Краскела-Уолліса, H) між середніми рангами тривожності (СТ та ОТ) та трьома категоріальними групами ризику стресу (Низький, Середній, Високий) (табл. 2.21).

Таблиця 2.21 - Результати Критерію Краскела-Уолліса. Порівняння середніх рангів ситуативної та особистісної тривожності між групами з різним рівнем кумулятивного стресу

Шкала Тривожності	И-критерій (Краскела-Уолліса)	P-рівень	Висновок
Ситуативна Тривога (СТ)	H=65.50	<0.001	Різниця між групами є високо значущою.
Особистісна Тривога (ОТ)	H=78.10	<0.001	Різниця між групами є високо значущою.

Виявлено високо статистично значущі відмінності між групами. Це означає, що середній рівень тривожності (як СТ, так і ОТ) зростає зі збільшенням

рівня кумулятивного стресу. Особи у групі високого стресу мають значно вищі показники тривоги.

Також ми перевірили силу та напрямок зв'язку між кумулятивним стресом (Холмс-Рей) та ПТСР, а також його чотирма специфічними кластерами симптомів (PCL-5) (табл. 2.22).

Таблиця 2.22 - Кореляційний зв'язок (коефіцієнт Пірсона, між рівнем кумулятивного стресу (Холмс-Рей) та загальним балом і кластерами симптомів ПТСР (PCL-5)

Кумулятивний Стрес	Кластер Симптомів ПТСР	Коефіцієнт	p-рівень	Сила та Напрямок Зв'язку
Холмс-Рей	PCL-5	$r=0.78$	<0.001	Дуже сильний позитивний
Холмс-Рей	D: Негативні зміни	$r=0.75$	<0.001	Дуже сильний позитивний
Холмс-Рей	E: Збудження/Реактивність	$r=0.71$	<0.001	Сильний позитивний
Холмс-Рей	C: Уникнення	$r=0.65$	<0.001	Сильний позитивний
Холмс-Рей	B: Інтрुзії	$r=0.59$	<0.001	Помірний/Сильний позитивний

Встановлено дуже сильний позитивний зв'язок між кумулятивним стресом та загальною вираженістю ПТСР. Це свідчить про те, що кумулятивне навантаження життєвих стресорів є прямим провісником травматичного дистресу.

Встановлено, що кумулятивний стрес найтісніше пов'язаний із кластером D (Негативні зміни). Це означає, що накопичення стресорів викликає найбільш глибокі та стійкі зміни у світогляді та емоційній сфері (відчуження, втрата інтересу, негативні переконання). Найменший, хоча все ще значний, зв'язок виявлено з кластером B (Інтрुзії). Це вказує на те, що частота нав'язливих спогадів менше залежить від загальної кількості стресорів, ніж інші, більш адаптивні/поведінкові симптоми.

Також ми провели статистичну обробку за допомогою критерію Краскела-Уолліса для порівняння середніх рангів усіх чотирьох кластерів ПТСР (PCL-5) між трьома групами кумулятивного стресу (Холмс-Раге) (табл. 2.23).

Таблиця 2.23 - Середні бали кластерів ПТСР (PCL-5) за рівнями кумулятивного стресу

Кластер симптомів (pcl-5)	Середній бал кластера (загальний, $\bar{x}$)	Низький стрес ($\bar{x}$)	Середній стрес ($\bar{x}$)	Високий стрес ($\bar{x}$)	Р-рівень
D: негативні зміни (3.1)	3.1	1.5	2.5	3.6	75.20
E: збудження/реактивність (2.9)	2.9	1.0	2.1	3.4	68.90
C: уникнення (2.8)	2.8	1.2	2.0	3.3	55.40
B: інтрузії (2.1)	2.1	0.8	1.5	2.6	40.80
Сумарний бал pcl-5 (38.5)	38.5	12.0	25.0	45.0	

Проведений Критерій Краскела-Уолліса підтвердив високо статистично значущі відмінності у вираженості всіх чотирьох кластерів ПТСР між групами з різним рівнем кумулятивного стресу. Це означає, що кожний аспект травматичного дистресу (від нав'язливих спогадів до гіперзбудження) посилюється пропорційно до кількості накопичених життєвих стресорів.

Кумулятивний стрес має найбільший вплив саме на негативні зміни у когніціях та настрої. Високий рівень стресу значно посилює фізіологічну та поведінкову нестабільність. У групі високого стресу виражені такі симптоми, як гіпербдительність, проблеми зі сном та концентрацією, що є прямим наслідком тривалого перебування організму у фазі "бий або біжи" під впливом множинних стресорів (за Г. Сельє). Уникнення є сильно вираженим у групі із високим стресом. Це свідчить, що чим більше стресових подій переживає особа, тим активніше вона намагається уникнути будь-яких нагадувань про травму (місця, люди, думки), що є дезадаптивним механізмом захисту від перевантаження. Хоча відмінності є статистично значущими, вплив кумулятивного стресу на

нав'язливі спогади є найменшим серед кластерів. Інтрузії є найбільш безпосередньо пов'язаними з самою травматичною подією, тоді як інші кластери (D, E, C) відображають хронічні, кумулятивні наслідки стресу на систему адаптації в цілому.

Наступним етапом ми проаналізували взаємозв'язок між соціальною підтримкою та кумулятивним стресом (табл. 2.24). Ми використали коефіцієнт кореляції Пірсона.

Таблиця 2.24 - Кореляційний зв'язок (коефіцієнт Пірсона між рівнем кумулятивного стресу (Холмс-Рейс) та джерелами соціальної підтримки (MSPSS)

Кумулятивний стрес	Підтримка (MSPSS)	Коефіцієнт	p-рівень	Сила та напрямок зв'язку
Холмс-Рейс	Підтримка з боку сім'ї	-0.32	< 0.001	Слабкий-помірний негативний
Холмс-Рейс	Підтримка з боку інших	-0.48	< 0.001	Помірний негативний
Холмс-Рейс	Підтримка з боку друзів	-0.51	< 0.001	Помірний негативний

Виявлено помірний негативний зв'язок між кумулятивним стресом та загальною сприйнятою підтримкою. Це підтверджує, що високий рівень накопичених життєвих стресорів пов'язаний зі зниженням суб'єктивного відчуття соціальної підтримки. Найсильніший негативний зв'язок виявлено з підтримкою з боку друзів та значущих інших. Це може свідчити про те, що саме ці джерела підтримки є більш чутливими до тривалого стресу та можуть вичерпуватися або руйнуватися внаслідок кризи. Найслабший негативний зв'язок виявлено з підтримкою з боку сім'ї. Це узгоджується з даними про те, що сім'я залишається найбільш стійким і стабільним джерелом підтримки навіть за умов катастрофічного стресу.

З метою перевірки відмінностей між групами із різним рівнем підтримки ми провели статистичну обробку використовуючи U-Критерій Манна-Уїтні.

Виявлено високо статистично значущі відмінності $U = 205.0$ при $p < 0.001$ у середніх рангах кумулятивного стресу. Група з критично низькою підтримкою має значно вищий середній бал стресу (вищий ранг), ніж група з високою підтримкою. Це є найважливішим висновком: відсутність соціального буфера посилює негативний вплив кумулятивного стресу, роблячи цих осіб найбільш вразливими до розвитку психічних та психосоматичних розладів.

Таким чином, результати дослідження дають переконливе емпіричне обґрунтування для прийняття гіпотези. Вони не лише констатують наявність труднощів у ВПО внаслідок втрат, але й деталізують їхню структуру та взаємозв'язок із захисними факторами.

Висновок до розділу 2

У другому розділі проведено комплексне емпіричне дослідження психологічного стану 150 внутрішньо переміщених осіб, які пережили травматичну втрату близьких внаслідок військових дій в Україні. Застосування батареї стандартизованих психодіагностичних методик (BDI-II, STAI, PCL-5, MSPSS, шкала Холмса-Рей) дозволило отримати об'єктивну картину психоемоційного стану досліджуваної вибірки.

Результати виявили критично високі показники психологічного дистресу: 68% респондентів мають клінічно значущу депресивну симптоматику, 87% — високий рівень ситуативної тривоги, 82% — особистісної тривоги. Особливо тривожним є те, що 41% учасників відповідають повним діагностичним критеріям ПТСР за DSM-5, а 52% мають клінічно значущий рівень травматичного дистресу.

Кореляційний аналіз підтвердив високу коморбідність досліджуваних розладів: виявлено сильні позитивні кореляції між депресією та тривожністю ($r=0,78$ та $r=0,72$), між ПТСР та депресією ($r=0,81$). Порівняльний аналіз за t -критерієм Стьюдента показав, що особи з ймовірним ПТСР мають на 15 балів вищий рівень депресії ($p < 0,001$).

Критичним є виявлення катастрофічно високого рівня кумулятивного стресу: 80% респондентів мають показник за шкалою Холмса-Раге ≥ 300 балів, що асоціюється з 80% ймовірністю розвитку психосоматичних захворювань. Встановлено сильні позитивні кореляції між кумулятивним стресом та всіма досліджуваними показниками ($r=0,75-0,78$).

Водночас виявлено потужний протективний фактор — соціальну підтримку (середній бал MSPSS: 5,5). Кореляційний аналіз продемонстрував сильні негативні зв'язки між соціальною підтримкою та всіма формами психологічного дистресу ($r=-0,66$ до $-0,68$). Особи з низькою підтримкою мають на 17,5 балів вищий рівень депресії та на 20 балів вищий рівень тривожності ($p<0,001$).

Таким чином, результати емпіричного дослідження повністю підтвердили першу частину гіпотези: ВПО, які пережили значну втрату, демонструють високий рівень психоемоційного неблагополуччя. Водночас соціальна підтримка є ключовим буферним фактором, здатним значно пом'якшити негативний вплив травматичного досвіду. Отримані дані обґрунтовують необхідність розробки комплексної програми психологічної допомоги для ВПО, що є предметом третього розділу дослідження.

РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ВПО, ЩО ЗАЗНАЛИ ВТРАТИ

3.1. Сучасні технології психологічної допомоги ВПО

Сучасні технології психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам (ВПО) значно розширили можливості надання підтримки людям, які переживають складні емоційні стани через втрату дому, соціальних зв'язків та стабільності. З огляду на швидкі зміни в соціальних умовах та зростаючу потребу в ефективних методах допомоги, було розроблено низку інноваційних підходів та інструментів для психологічної підтримки ВПО.

Один із найбільш популярних і ефективних методів, що активно використовуються сьогодні, — це дистанційна психологічна допомога, зокрема онлайн-консультації. Це дозволяє людям, які змушені переселятися в інші міста чи країни, отримати підтримку без необхідності фізичної присутності. ВПО можуть звертатися до психологів через різні онлайн-платформи, що дає можливість доступу до висококваліфікованих спеціалістів, навіть якщо людина перебуває в віддалених або менш доступних для психологічної підтримки регіонах. Онлайн-терапія також дозволяє психологам застосовувати різноманітні методики, адаптуючи їх під індивідуальні потреби клієнтів. До того ж, для багатьох людей, що пережили стрес або травму, дистанційний формат є менш інвазивним і дає можливість зберігати комфортну дистанцію під час розмови.

Серед інших сучасних технологій психологічної підтримки можна виділити мобільні додатки для психічного здоров'я. Ці додатки часто містять інструменти для самодопомоги, які допомагають людям відстежувати свій емоційний стан, практикувати техніки релаксації, медитації та глибокого дихання. Деякі з таких додатків також пропонують сеанси когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) у форматі самостійної роботи. Мобільні додатки можуть бути корисними для ВПО, оскільки вони дають змогу отримати підтримку в будь-який час, коли це необхідно, та допомагають активно працювати над собою без постійної потреби в присутності терапевта [18].

Віртуальна реальність (VR) також стала важливим інструментом для допомоги людям, що пережили травму. Технології VR дозволяють створювати симуляції реальних ситуацій або відтворювати простори, які допомагають відновити відчуття контролю. Для ВПО це може бути важливим елементом у відновленні емоційної стабільності, оскільки вони дозволяють поступово адаптуватися до нових умов життя, долаючи страхи чи стрес, що виникають при нових соціальних взаємодіях чи візитах до нових місць.

Ще одним перспективним напрямом є використання чат-ботів і штучного інтелекту для надання першої психологічної допомоги. Боти, здатні вести розмову на основі запитів і повідомлень користувачів, можуть стати першою лінією підтримки для ВПО, пропонуючи поради та ресурси, або навіть просто слухаючи їхні переживання. Вони можуть бути доступні 24/7 і допомогти в критичні моменти, коли немає можливості звернутися до психолога.

Інтеграція соціальних мереж також має велике значення для підтримки ВПО. Соціальні мережі створюють можливості для людей, які пережили втрату, для обміну досвідом і знаходження підтримки серед однодумців. Це створює безпечний простір для спілкування, де ВПО можуть отримувати інформацію, підтримку та навіть знайомитися з іншими людьми, які переживають подібні труднощі. Такі платформи можуть бути важливими як для відновлення соціальних зв'язків, так і для сприяння психоемоційному відновленню [21].

Особливої уваги заслуговує терапія за допомогою арт-технологій. За допомогою різноманітних творчих форм самовираження, таких як малювання, музика, поезія чи театральна діяльність, люди можуть відновити контакт з внутрішнім світом, виразити складні емоції та переживання, що важко висловити словами. Технології, що включають мультимедійний контент для арт-терапії, дають можливість поєднувати творчість з психологічною підтримкою. ВПО можуть за допомогою таких інструментів виразити свій досвід і почуття, отримуючи підтримку та розуміння.

Таким чином, сучасні технології психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам відкривають нові горизонти для надання ефективної

підтримки. Вони дозволяють зробити процес психологічної допомоги більш доступним, індивідуалізованим і зручним для людей, що переживають важкі періоди внаслідок втрати і змін. Враховуючи важливість і актуальність цих технологій, їх подальший розвиток і застосування допоможе забезпечити більш ефективну підтримку ВПО у процесі адаптації та переживання втрат.

У сучасному світі психологічна допомога стала більш доступною завдяки технологіям, які дозволяють знижувати бар'єри, що виникають у процесі надання підтримки внутрішньо переміщеним особам (ВПО). Однією з важливих переваг технологій є можливість створення індивідуальних планів допомоги, що враховують специфіку кожної людини, її емоційний стан і потреби в реальному часі. Це особливо важливо для ВПО, оскільки їхнє життя часто є непередбачуваним, і вони можуть відчувати стрес через нестабільність обставин.

Крім того, сучасні технології забезпечують широку взаємодію з іншими організаціями, волонтерськими групами та громадами, що займаються підтримкою ВПО. За допомогою платформ і онлайн-ресурсів можна забезпечити не лише психологічну, але й соціальну підтримку, адже ВПО часто потребують не тільки емоційної допомоги, але й практичної, як-от допомога в пошуку роботи, житла або медичних послуг. Інтернет-ресурси також сприяють більш швидкому і ефективному поширенню інформації, що дозволяє людям, які пережили втрату, отримати потрібну допомогу у будь-який час [19].

Особливо важливою є роль психологів, які застосовують сучасні онлайн-методи для взаємодії з клієнтами. Зокрема, телемедичні консультації дозволяють працювати з ВПО в реальному часі, навіть якщо людина перебуває в іншій країні чи регіоні, де немає доступу до традиційних психологічних послуг. Це також знижує емоційний бар'єр, оскільки клієнт може звертатися за допомогою, перебуваючи у комфортних для нього умовах. Технології, що використовуються під час таких консультацій, дозволяють здійснювати повноцінну комунікацію через відео, що дає можливість більш точно оцінити стан клієнта і надати допомогу, враховуючи невербальні сигнали.

Один із новітніх підходів у психології – це використання мобільних платформ і додатків для підтримки психічного здоров'я, які можуть бути використані ВПО для самодопомоги. Ці додатки зазвичай включають вправи для управління стресом, методи релаксації, медитації, а також трекери настрою, що дозволяють людині відстежувати свої емоційні зміни й зберігати контроль над своїм психічним здоров'ям. Особливо корисними є додатки, які використовують когнітивно-поведінкову терапію, оскільки вони дозволяють людині працювати з негативними переконаннями та стереотипами, що виникають через стрес або пережиті травми.

Віртуальна реальність (VR) відкриває нові можливості для лікування психологічних травм, зокрема посттравматичного стресового розладу (ПТСР), якого часто страждають ВПО після пережитих переживань війни чи насильства. VR дозволяє створювати безпечні середовища, де людина може віртуально пережити ситуації, які викликають у неї страх або тривогу, і через це поступово зменшувати свою реакцію на ці стресори. Віртуальні тренінги та терапії в рамках таких програм дозволяють людині відновити відчуття контролю та безпеки, що є важливим етапом для переживання втрат і відновлення емоційної рівноваги.

Крім того, соціальні мережі стали важливим інструментом для підтримки спільнот ВПО. Вони не тільки допомагають знаходити інформацію, але й створюють простір для підтримки серед однодумців. Віртуальні групи для обміну досвідом, підтримки та пошуку можливостей для адаптації стають важливими елементами соціальної реабілітації для внутрішньо переміщених осіб. Соціальні мережі дають можливість спілкуватися з іншими людьми, які пережили подібні труднощі, і це створює відчуття підтримки і приналежності до спільноти.

Таким чином, сучасні технології психологічної допомоги не лише полегшують процес реабілітації ВПО, але й створюють нові можливості для інтеграції в нове соціальне середовище. Вони дозволяють розширити доступ до психологічної підтримки, забезпечуючи надання допомоги у зручний час та у комфортних умовах для клієнта. Застосування інноваційних методів та

технологій у психологічній практиці допомагає не лише пом'якшити наслідки пережитої втрати, але й сприяє розвитку індивідуальних ресурсів для адаптації і подальшого відновлення після пережитих травм.

Сучасні технології також сприяють покращенню доступу до психологічної підтримки для ВПО, дозволяючи знижувати соціальні та економічні бар'єри, які можуть заважати звертатися за допомогою. В умовах війни та вимушеного переселення, коли люди часто стикаються з фізичними, емоційними та економічними труднощами, використання інтернет-платформ, додатків та інших технологій стає важливим інструментом у наданні психосоціальної допомоги.

Онлайн-платформи, що надають психологічну підтримку, зазвичай дозволяють не тільки отримувати консультації в реальному часі, але й обмінюватися досвідом з іншими ВПО, які пережили подібні труднощі. Ці платформи можуть створювати безпечні простори для спілкування, що дозволяє знизити відчуття ізоляваності та соціальної відчуженості, яке часто переживають внутрішньо переміщені особи. Важливим аспектом є те, що на таких платформах ВПО можуть знайти не лише підтримку, а й практичні поради щодо адаптації до нових умов, таких як пошук роботи, житла чи отримання соціальних послуг.

Дистанційна психологічна допомога не лише створює можливість для швидкої і доступної підтримки, але й дозволяє працювати з клієнтами у зручному для них форматі. Наприклад, через текстові повідомлення, відеозв'язок або голосові дзвінки, клієнт може вибрати спосіб комунікації, який для нього є найменш стресовим і найбільш комфортним. Це важливо, оскільки після пережитої втрати, страхи, тривога і недовіра можуть ускладнювати процес звернення за допомогою, особливо якщо людина перебуває в іншому регіоні чи країні.

Психологічні консультанти, які працюють через онлайн-канали, здатні надавати персоналізовану допомогу, враховуючи специфіку потреб клієнта. Наприклад, існують методики, що поєднують традиційні техніки психологічної допомоги з новими інструментами, такими як когнітивно-поведінкова терапія

або практики майндфулнес (уважність). Вони дозволяють ефективно справлятися з посттравматичним стресом, депресією та тривожними розладами, які часто є супутниками втрати та переміщення.

Іншим напрямком, що активно розвивається, є використання великих даних та штучного інтелекту для створення персоналізованих планів психологічної підтримки. Такі технології можуть збирати інформацію про емоційний стан клієнта через взаємодію з додатками, соціальними мережами або іншими платформами, а потім адаптувати підтримку, базуючись на індивідуальних характеристиках кожної особи. ВПО, що переживають втрату, часто потребують допомоги в перші тижні після переселення, коли емоційне навантаження особливо високе. За допомогою технологій можливо надати негайну підтримку, навіть коли спеціаліст не може бути присутнім.

Таким чином, поєднання традиційних психологічних методів і новітніх технологій дозволяє не тільки полегшити процес реабілітації ВПО, а й створити більш ефективні та доступні інструменти для підтримки психічного здоров'я в умовах вимушеного переселення. Технології не замінюють психологів, але служать потужним доповненням до традиційних підходів, надаючи нові можливості для індивідуального підходу, зручності і швидкості надання допомоги.

3.2 Програма психологічної допомоги ВОП

Результати емпіричного дослідження 150 внутрішньо переміщених осіб (ВПО), які пережили травматичну втрату близьких унаслідок воєнних дій в Україні, виявили критичні показники психологічного дистресу, що обґрунтовують необхідність структурованої психологічної інтервенції.

На основі отриманих статистичних даних ми розробили тренінгову програму «Пангея. Ресурс» (додаток А), яка базується на інтеграції двох науково обґрунтованих терапевтичних підходів з доказовою базою: когнітивно-поведінкової терапії травми (TF-CBT) та Терапії прийняття та відповідальності

(АСТ), основи гештальт-терапії з інкорпорацією сімейно-системного підходу для мобілізації ресурсу сім'ї.

Градуальна та подовжена експозиція до травматичних спогадів через створення деталізованого травматичного наративу забезпечує: (а) габітуацію (згасання) емоційної реакції через повторний контакт зі стимулом без негативних наслідків (принцип класичного обумовлювання); (б) контекстуалізацію спогаду — інтеграцію в автобіографічну пам'ять з чіткою темпоральною локалізацією ("це було тоді, а не зараз"); (в) зміну значення події через виявлення нових аспектів досвіду (Foa & Kozak, 1986). Дослідження показують, що подовжена експозиція тривалістю 45-60 хвилин індукує зниження суб'єктивних одиниць дистресу (SUDs) на 50% протягом сесії, що є критерієм ефективної експозиції.

Навчання психофізіологічним технікам для управління автономним збудженням: діафрагмальне дихання (вдих:видих = 1:2) стимулює парасимпатичну нервову систему через активацію блукаючого нерву, що знижує частоту серцевих скорочень на 10-15% та рівень кортизолу на 20-25% (Porges, 2011); прогресивна м'язова релаксація за Jacobson знижує м'язовий тонус та суб'єктивну тривогу; техніки заземлення (5-4-3-2-1) переключають увагу з інтрузивних спогадів на сенсорний досвід теперішнього моменту, активуючи префронтальну кору.

Комплексна психологічна реабілітація внутрішньо переміщених осіб, які пережили травматичну втрату близьких, через редукцію посттравматичної стресової симптоматики, депресії, тривожності та кумулятивного стресу з одночасною мобілізацією індивідуальних та сімейних ресурсів для забезпечення довгострокової психологічної стабільності, успішної адаптації та підвищення якості життя.

Специфічні завдання програми

Симптом-фокусовані завдання (відповідно до виявленої симптоматики):

Редукція ПТСР-симптоматики на 40-50%

Зниження депресивної симптоматики на 35-45%

Редукція тривожності на 30-40%:

Зменшення суб'єктивного відчуття кумулятивного стресу на 25-35%,
підвищення адаптаційних можливостей

Процес-фокусовані завдання:

Розвиток репертуару навичок емоційної саморегуляції: оволодіння мінімум 5 техніками (діафрагмальне дихання, прогресивна м'язова релаксація, візуалізація, заземлення, mindfulness) з частотою застосування ≥ 3 рази на тиждень

Формування адаптивних когнітивних схем через ідентифікацію та реструктуризацію мінімум 80% виявлених дезадаптивних переконань (провина, безпорадність, небезпечність світу)

Опрацювання травматичного досвіду через створення інтегрованого травматичного наративу з редукцією суб'єктивних одиниць дистресу (SUDs) на 50% при повторному переказуванні

Підвищення психологічної гнучкості через розвиток шести процесів АСТ (прийняття, дефузія, присутність у моменті, самість як контекст, цінності, відповідальні дії)

Зниження експериментального уникнення (центральний підтримуючий фактор ПТСР) на 40-45% через техніки прийняття та експозицію

Ресурс-фокусовані завдання:

Підвищення рівня сприйнятої соціальної підтримки на 15-20% за шкалою MSPSS, особливо у групі ризику (

Посилення сімейної резилієнтності через покращення комунікаційних патернів (ясність, відкрите емоційне вираження) у мінімум 70% сімей-учасниць

Ідентифікація та активація індивідуальних ресурсів: виявлення мінімум 5 особистих сильних сторін, копінг-стратегій та життєвих цінностей кожним учасником

Формування індивідуалізованого плану запобігання рецидивам, що включає: ідентифікацію тригерів, розпізнавання ранніх ознак погіршення,

конкретні копінг-стратегії, джерела підтримки, критерії звернення по додаткову допомогу

Структурована групова психотерапевтична програма з елементами індивідуального супроводу та сімейних консультацій

Тривалість та інтенсивність:

Загальна кількість групових сесій: 8

Тривалість однієї сесії: 90 хвилин

Загальний обсяг групової роботи: 12 академічних годин.

Режим проведення: 2 сесії на тиждень протягом 4 тижнів

Інтервал між сесіями: 3-4 дні (оптимально: понеділок-четвер або вівторок-п'ятниця)

Додаткові сімейні сесії: 2 × 90 хвилин (на 7-8 тижні після завершення основного блоку)

Опційні індивідуальні консультації: до 3 × 50 хвилин (за потреби для учасників з особливо складною симптоматикою)

Розмір групи: 8-12 учасників (оптимум: 10 осіб)

Тривалість 90 хвилин відповідає ультрадіанним ритмам концентрації уваги (ultradian rhythms) — природним 90-120-хвилинним циклам оптимальної когнітивної активності, що чергуються з 20-хвилинними періодами зниження продуктивності (Rossi, 1991). Робота всередині одного ультрадіанного циклу максимізує ефективність засвоєння матеріалу та мінімізує когнітивну втому.

Структурна організація сесії:

0-15 хв: Перевірка домашнього завдання, встановлення порядку денного, mindfulness-практика

15-75 хв: Основна тематична робота (психоедукація, навчання навичкам, експозиція, когнітивна робота)

75-85 хв: Підсумки, рефлексія досвіду, зв'язок з повсякденним життям

85-90 хв: Домашнє завдання, логістика наступної зустрічі

Програма з 8 сесій обрана як баланс між: (а) достатністю для реалізації повного циклу; (б) реалістичністю завершення для цільової групи ВПО з

високим кумулятивним стресом та обмеженими ресурсами; (в) мінімізацією dropout rate (програми >12 сесій мають вищий відсів).

Програма організована у три послідовні модулі відповідно до фазової моделі лікування травми Herman (1992) та логіки PRACTICE:

МОДУЛЬ 1: СТАБІЛІЗАЦІЯ ТА РОЗВИТОК НАВИЧОК (Сесії 1-3, тривалість 270 хв)

Теоретична база: Фаза 1 за Herman — встановлення безпеки та стабілізації.

Основні цілі:

Створення терапевтичного альянсу та безпечного групового середовища

Психоедукація про травму та нормалізація симптомів

Розвиток базового репертуару навичок емоційної саморегуляції

Підготовка до експозиційної роботи через підвищення толерантності до дистресу

Очікувані результати: Учасники розуміють природу своїх симптомів, володіють 3-5 техніками саморегуляції, відчувають достатню психологічну безпеку для переходу до роботи з травматичним матеріалом.

МОДУЛЬ 2: ОПРАЦЮВАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ (Сесії 4-6, тривалість 270 хв)

Теоретична база: Фаза 2 за Herman — пам'ятання та оплакування.

Основні цілі:

Ідентифікація та реструктуризація дезадаптивних травматичних когніцій

Створення та багаторазове переказування травматичного наративу для габітуації емоційної реакції

Експозиція in vivo до уникнутих ситуацій, що нагадують про травму

Опрацювання горя втрати через інтеграцію травматичних спогадів в автобіографічну пам'ять

Очікувані результати: Зниження інтенсивності емоційної реакції на травматичні спогади на 40-50%, зменшення уникнення на 40%, модифікація ключових дезадаптивних переконань у 80% учасників.

МОДУЛЬ 3: ІНТЕГРАЦІЯ, МОБІЛІЗАЦІЯ РЕСУРСІВ ТА ПРОФІЛАКТИКА РЕЦИДИВІВ (Сесії 7-8 + сімейні сесії, тривалість 180 хв + 180 хв сімейних)

Теоретична база: Фаза 3 за Нерман — відновлення зв'язків та інтеграція.

Основні цілі:

Ідентифікація життєвих цінностей та постановка цілей поза межами травми

Мобілізація індивідуальних ресурсів та сильних сторін

Залучення сім'ї як ключового протективного фактора

Розробка індивідуалізованого плану запобігання рецидивам

Консолідація досягнутих змін та планування майбутнього

Очікувані результати: Учасники мають чіткі життєві цілі, узгоджені з цінностями, відчують підтримку сім'ї (підвищення MSPSS на 15-20%), володіють конкретним планом дій при виникненні ранніх ознак погіршення.

Критерії включення для участі в треїнговій роботі:

Статус офіційно зареєстрованої внутрішньо переміщеної особи (наявність довідки ВПО)

Вік від 18 до 65 років

Пережита втрата близької людини (члена сім'ї, родича) внаслідок воєнних дій

Мотивація до участі у груповій програмі (усвідомлення проблеми, готовність до активної роботи)

Достатній рівень когнітивного функціонування для участі у вербальній групі (відсутність деменції, інтелектуальної недостатності)

Добровільна письмова інформована згода на участь у програмі та обробку персональних даних

Критерії виключення в роботі тренінгової групи:

Гострий психотичний стан (галюцинації, марення, дезорганізована поведінка, що потребує стаціонарного лікування)

Високий суїцидальний ризик (наявність суїцидального плану, нещодавня спроба суїциду <3 місяці, відсутність протективних факторів) — потребує індивідуального кризового втручання

Активне зловживання психоактивними речовинами (алкоголь, наркотики), що перешкоджає участі у сесіях або загрожує безпеці групи — направлення на лікування залежності перед участю

Тяжкі органічні ураження головного мозку (деменція, наслідки черепно-мозкової травми з когнітивними порушеннями), що перешкоджають засвоєнню матеріалу

Активний біполярний розлад у фазі манії або змішаному епізоді (потребує стабілізації через медикаментозне лікування)

Виражені дисоціативні симптоми (дисоціативна амнезія, деперсоналізація, дереалізація >50% часу), що потребують спеціалізованої дисоціативно-фокусованої терапії

Неможливість регулярного відвідування сесій через логістичні обмеження.

Таким чином, програма «Пангея. Ресурс» є систематичним, етичним та ефективним інструментом для комплексної психологічної реабілітації, що забезпечує не лише симптоматичну редукцію, але й довгострокову психологічну гнучкість та стабільність ВПО.

3.3 Результати: зміни психологічних показників

У пілотній апробації тренінгової програми «Пангея. Ресурс» взяли участь 30 внутрішньо переміщених осіб з первинної вибірки дослідження (150 осіб).

З метою кількісної оцінки ефективності програми у зниженні ключового цільового показника — ПТСР-симптоматики — було проведено порівняльний аналіз середніх балів опитувальника PCL-5 до (T1) та після (T2) програми, а також аналіз розподілу учасників за відповідністю діагностичним критеріям DSM-5 (табл. 3.1). Статистична обробка здійснювалась за допомогою t-критерію Стьюдента.

Таблиця 3.1 - Динаміка показників ПТСР-симптоматики (PCL-5) у учасників програми

Показник	T1 (до програми) M±SD	T2 (після програми) M±SD	Різниця	t	p
Загальний бал PCL-5	38,5 ± 11,2	32,1 ± 10,8	-6,4 (16,6%)	5,83	<0,001
Кластер В (інтрузії)	8,4 ± 3,1	7,2 ± 2,9	-1,2 (14,3%)	3,91	<0,001
Кластер С (уникнення)	5,6 ± 1,8	4,6 ± 1,7	-1,0 (17,9%)	5,46	<0,001
Кластер D (негативні когніції)	15,5 ± 4,9	12,8 ± 4,6	-2,7 (17,4%)	5,61	<0,001
Кластер Е (гіперзбудження)	8,9 ± 3,2	7,5 ± 3,0	-1,4 (15,7%)	4,47	<0,001

Результати повторного аналізу демонструють зменшення вираженості симптомів ПТСР у учасників програми від початку (T1) до кінця (T2) втручання. Загальний бал PCL-5 знизився з 38,5 до 32,1 балів (на 16,6%), що є статистично високо значущим. Це підтверджує ефективність програми у зменшенні загальної тяжкості ПТСР-симптоматики. Зниження зафіксовано у всіх чотирьох кластерах симптомів, але найбільш виражене — у Кластері D (негативні когніції) та Кластері С (уникнення) (зниження на 17,4% та 17,9% відповідно). Це вказує на ефективну дію когнітивно-поведінкових та АСТ-компонентів програми, спрямованих на реструктуризацію дисфункціональних переконань та зменшення уникнення. Відсоток учасників, які відповідали критеріям Повного ПТСР, знизився з 63,3% до 43,9%, що становить зменшення на 19,4% (абсолютний показник виходу з клінічної зони). Найбільше зменшення осіб, що відповідають діагностичним критеріям, відбулося у Кластері D (-16,3%) та Кластері Е (-15,4%). У таблиці 3.2 продемонстровано відсоткове співвідношення отриманих результатів.

3.2 - Розподіл учасників за кластерами ПТСР (відповідність діагностичним критеріям DSM-5)

Кластер	T1 n (%) учасників з симптомами	T2 n (%) учасників з симптомами	Різниця
Кластер В	64 (65,3%)	52 (53,1%)	-12,2%
Кластер С	83 (84,7%)	68 (69,4%)	-15,3%
Кластер D	90 (91,8%)	74 (75,5%)	-16,3%
Кластер Е	86 (87,8%)	71 (72,4%)	-15,4%
Повний ПТСР	62 (63,3%)	43 (43,9%)	-19,4%

Детальний розподіл за інтенсивністю симптомів у кластерах PCL-5 ілюструє клінічно значущий зсув у бік меншої вираженості травматичної симптоматики після завершення програми (додаток Б). Цей зсув підтверджує ефективність терапевтичних інтервенцій, спрямованих на ключові прояви ПТСР.

Виявлено статистично значуще зниження загального рівня ПТСР-симптоматики на 16,6% ($p < 0,001$), що відповідає помірній величині ефекту ($d = 0,58$). Найбільша редукція спостерігається у кластері С (уникнення, -17,9%) та D (негативні когніції, -17,4%), що корелює з фокусом програми на експозиційну терапію та когнітивну реструктуризацію.

Наступним кроком стало дослідження впливу програми на коморбідну депресивну симптоматику, яка часто супроводжує травматичні переживання. Для цього було проаналізовано динаміку середніх балів опитувальника BDI-II та розподіл учасників за категоріями тяжкості депресії, що відображено в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3 - Динаміка показників депресії (BDI-II) у учасників програми

Показник	T1: виражені симптоми (%)	T2: виражені симптоми (%)	Різниця	T1 M±S D	T2 M±S D	Різниця	t	p
Загальний бал BDI-II				21,5 ± 8,9	17,8 ± 8,3	-3,7 (17,2%)	4,68	<0,001
Когнітивні симптоми	72 (73,5%)	58 (59,2%)	-14,3%	7,2 ± 2,8	5,9 ± 2,6	-1,3 (18,1%)	4,82	<0,001
Афективні симптоми	68 (69,4%)	56 (57,1%)	-12,3%	6,8 ± 2,9	5,7 ± 2,7	-1,1 (16,2%)	3,89	<0,001

Продовження таблиці 3.3								
Соматичні симптоми	75 (76,5%)	62 (63,3%)	-13,2%	7,5 ± 3,6	6,2 ± 3,4	-1,3 (17,3%)	3,71	<0,001

Аналіз динаміки показників депресії виявив статистично значуще зниження середніх балів за всіма показниками BDI-II після завершення програми (T2) порівняно з початком (T1):

Середній бал BDI-II значуще знизився з 21,5 до 17,8. Це зниження є статистично високо значущим ($t=4,68$, $p<0,001$). Відбулось зниження показників за шкалою «Когнітивні симптоми» з 7,2 до 5,9 балів. Цей результат також високо значущий ($t=4,82$, $p<0,001$). За шкалою «Афективні симптоми» також відбулось зниження показників та є високо значуще ($t=3,89$, $p<0,001$). Вираження соматичних симптомів після тренінгу також знизилось та показники є значущими ($t=3,71$, $p<0,001$).

Програма призвела до загального та рівномірного поліпшення депресивної симптоматики, охоплюючи когнітивний, афективний та соматичний компоненти. Середнє зниження балів у всіх субшкалах становить близько 16-18%.

Аналіз розподілу учасників за категоріями тяжкості депресії (за BDI-II) підтверджує позитивну динаміку, демонструючи зміщення у бік легших категорій (табл. 3.4).

Таблиця 3.4 - Аналіз динаміки тяжкості депресії (BDI-II)

Категорія	T1 n (%)	T2 n (%)	Різниця
Мінімальна (0-13)	15 (15,3%)	28 (28,6%)	+13,3%
Легка (14-19)	21 (21,4%)	27 (27,6%)	+6,2%
Помірна (20-28)	50 (51%)	35 (35,7%)	-15,3%
Тяжка (29-63)	12 (12,2%)	(8,2%)	-4%

Зниження депресивної симптоматики виразилося у значному зменшенні кількості учасників із помірним (-15,3%) та тяжким (-4%) рівнями депресії, а

також суттєвим зростанням кількості тих, хто перейшов до категорії з мінімальною депресією (+13,3%) або легкою депресією (+6,2%).

Детальний аналіз динаміки інтенсивності симптомів за підшкалами BDI-II та окремими пунктами дозволяє точно визначити, які аспекти депресії програма корегувала найефективніше, а які симптоми виявилися найбільш стійкими.

Позитивна динаміка, відзначена у загальних балах (табл. 3.5), підтверджується зміщенням розподілу учасників у бік нижчої інтенсивності у всіх трьох клінічних категоріях:

Таблиця 3.5 - Динаміка розподілу учасників за інтенсивністю клінічних категорій симптомів депресії (BDI-II) до (T1) та після (T2) корекційної програми

Когнітивні симптоми (Песимізм, провина, самокритика, нерішучість)			
Відсутні/мінімальні (0-0,9)	8 (8,2%)	15 (15,3%)	+7,1%
Легкі (1,0-1,9)	18 (18,4%)	25 (25,5%)	+7,1%
Помірні (2,0-2,9)	52 (53,1%)	42 (42,9%)	-10,2%
Тяжкі (3,0)	20 (20,4%)	16 (16,3%)	-4,1%
Афективні симптоми (Смуток, плаксивість, втрата задоволення, відсутність інтересу)			
Відсутні/мінімальні (0-0,9)	8 (8,2%)	15 (15,3%)	+7,1%
Легкі (1,0-1,9)	18 (18,4%)	25 (25,5%)	+7,1%
Помірні (2,0-2,9)	52 (53,1%)	42 (42,9%)	-10,2%
Тяжкі (3,0)	20 (20,4%)	16 (16,3%)	-4,1%
Соматичні симптоми (Втома, втрата енергії, зміни сну/апетиту, лібідо, соматична стурбованість)			
Відсутні/мінімальні (0-0,9)	6 (6,1%)	12 (12,2%)	+6,1%
Легкі (1,0-1,9)	17 (17,3%)	24 (24,5%)	+7,2%
Помірні (2,0-2,9)	53 (54,1%)	44 (44,9%)	-9,2%
Тяжкі (3,0)	22 (22,4%)	18 (18,4%)	-4%

Найбільш значуще зменшення частки осіб спостерігається в категорії помірних симптомів, з відповідним приростом в категоріях мінімальних та легких симптомів. Це свідчить про високу ефективність програми (імовірно, через компоненти АСТ та когнітивної переробки) у корекції негативних когнітивних схем.

Афективні симптоми також демонструють значний зсув: частка осіб з помірними симптомами зменшилася на 10,2%. Це вказує на поліпшення загального емоційного фону та здатності відчувати задоволення.

Соматичні симптоми показали зменшення частки помірних показників. Поліпшення соматичних скарг є важливим показником загального зниження гіперактивації та стресу.

Аналіз змін за окремими пунктами дозволяє виокремити мішені, на які програма вплинула найбільше, та симптоми, які є найбільш резистентними (табл. 3.6). Найбільший прогрес спостерігається у когнітивній та афективній сферах, пов'язаних із самосприйняттям та поглядом на світ.

Таблиця 3.6 - Динаміка змін (у відсотках) за найбільш чутливими пунктами опитувальника BDI-II після тренінгової програми

Пункт BDI-II	Категорія	Різниця
5. Провина	Когнітивний	-17,4%
2. Песимізм щодо майбутнього	Когнітивний	-13,3%
12. Втрата інтересу до людей	Афективний	-13,2%
14. Зовнішній вигляд (занедбаність)	Когнітивний	-12,2%
6. Очікування покарання	Когнітивний	-11,2%

Найбільш ефективно програма вплинула на симптоми, які безпосередньо корегуються через когнітивну перебудову та прийняття (АСТ): Провина, Песимізм, Очікування покарання. Зниження відчуття провини та песимізму свідчить про успішну роботу з когнітивними викривленнями, характерними для травми та депресії.

Найменший прогрес спостерігається у соматичній сфері, яка часто є більш стійкою до психотерапевтичного втручання (табл. 3.7)

Таблиця 3.7 - Симптоми депресії (за BDI-II), що виявилися найбільш резистентними до тренінгової програми

Пункт BDI-II	Категорія	T1 n (%)	Різниця
20. Втома	Соматичний	91 (92,9%)	-4,1%
16. Порушення сну	Соматичний	89 (90,8%)	-5,1%
15. Втрата енергії	Соматичний	86 (87,8%)	-5,1%
18. Зміни апетиту	Соматичний	73 (74,5%)	-4,1%
10. Плаксивість	Афективний	76 (77,6%)	-5,2%

Симптоми, пов'язані з фізіологічним виснаженням та хронічною гіперактивацією нервової системи (Втома, Порушення сну, Втрата енергії), виявилися найбільш стійкими. Вони все ще залишаються найбільш поширеними (понад 80% учасників на T2 продовжують відчувати виражені Втому/Втрату енергії/Порушення сну). Це вказує на потребу у подальшій роботі, можливо, з більшим акцентом на техніки саморегуляції та управління стресом.

Таким чином, програма досягла найбільшого успіху у корекції когнітивних та афективних симптомів депресії, особливо тих, що стосуються почуття провини та песимізму. Хоча соматичні симптоми покращилися, вони залишаються найбільш стійкими та поширеними проблемами серед учасників.

З огляду на високий рівень тривоги, характерний для травмованих осіб та ВПО, було проаналізовано динаміку показників ситуативної та особистісної тривожності за шкалою STAI. Оцінка змін є важливою для підтвердження ефективності компонентів програми, спрямованих на релаксацію та емоційну регуляцію (табл.3.8).

Таблиця 3.8 - Динаміка показників тривожності (STAI) у учасників програми

Показник	T1 M $\pm$ SD	T2 M $\pm$ SD	Різниця	t	p
Ситуативна тривожність (ST)	51,8 $\pm$ 9,4	46,3 $\pm$ 9,1	-5,5 (10,6%)	5,94	<0,001
Особистісна тривожність (OT)	47,5 $\pm$ 8,7	44,2 $\pm$ 8,5	-3,3 (6,9%)	3,88	<0,001

Аналіз динаміки показників за шкалою STAI підтверджує ефективність компонентів програми, спрямованих на релаксацію та емоційну регуляцію. За показниками ситуативної тривожності (СТ) спостерігається виражене зниження середнього балу на 10,6% (з 51,8 до 46,3). Це вказує на швидке та ефективне зниження актуального рівня напруги та стресу. За показниками особистісної тривожності (ОТ) відбулося статистично значуще зниження балу на 6,9% (з 47,5 до 44,2). Таким чином, корекція стійкої риси особистості (ОТ) є важливим показником глибокого психологічного впливу. Клінічний розподіл тривожності продемонстрований в таблиці 3.9.

Таблиця 3.9 - Динаміка клінічного розподілу учасників за рівнями ситуативної (СТ) та особистісної (ОТ) тривожності (за шкалою STAI) до (Т1) та після (Т2) тренінгової програми

Шкала	T1 n (%)	T2 n (%)	Різниця
Рівень СТ			
Низька (0-30)	3 (3,1%)	6 (6,1%)	+3%
Помірна (31-45)	36 (36,7%)	48 (49%)	+12,3%
Висока (46-80)	59 (60,2%)	44 (44,9%)	-15,3%
Рівень ОТ			
Низька (0-30)	5 (5,1%)	7 (7,1%)	+2%
Помірна (31-45)	39 (39,8%)	49 (50%)	+10,2%
Висока (46-80)	54 (55,1%)	42 (42,9%)	-12,2%

Ми можемо побачити, що відбулося значне зменшення частки осіб із високим рівнем як СТ так і ОТ, з одночасним переходом цих учасників до категорії помірної тривожності. Це показує, що програма успішно знизилася інтенсивність хронічного та гострого тривожного реагування. Зменшення особистісної тривожності та показників депресії вказує на посилення внутрішніх механізмів емоційної регуляції та більш стійку адаптацію до травматичних переживань. Ці дані є переконливим доказом ефективності терапевтичної програми, особливо її компонентів, спрямованих на роботу з травмою, релаксацією та когнітивною перебудовою.

Враховуючи, що програма включала груповий та сімейний компоненти, було важливо оцінити їхній вплив на суб'єктивне відчуття соціальної підтримки

— відомого протективного фактора. Динаміка загального показника та субшкал MSPSS відображена в таблиці 3.10.

Таблиця 3.10 Динаміка показників сприйнятої соціальної підтримки (MSPSS)

Показник	T1 M $\pm$ SD	T2 M $\pm$ SD	Різниця	t	p
Загальний бал MSPSS	5,5 $\pm$ 1,3	5,8 $\pm$ 1,2	+0,3 (5,5%)	2,48	0,014
Підтримка сім'ї	6,2 $\pm$ 1,1	6,4 $\pm$ 0,9	+0,2 (3,2%)	1,89	0,061
Підтримка друзів	5,1 $\pm$ 1,6	5,5 $\pm$ 1,5	+0,4 (7,8%)	2,61	0,010
Підтримка значущих інших	5,3 $\pm$ 1,5	5,6 $\pm$ 1,4	+0,3 (5,7%)	2,03	0,045

Результати дослідження, представлені в Таблиці 4, детально розкривають вплив програми, яка включала груповий та сімейний компоненти, на суб'єктивне відчуття соціальної підтримки (вимірюване за шкалою MSPSS). Соціальна підтримка є ключовим протективним фактором, що сприяє психологічній стійкості після травматичних подій.

Аналіз загального показника MSPSS показав статистично значуще, хоча й помірне, зростання сприйнятої підтримки:

Середній загальний бал підвищився, це зростання є статистично значущим, що підтверджує позитивний вплив програми на загальне відчуття, що учасники мають доступ до ресурсної соціальної мережі.

Субшкала «Підтримка друзів» демонструє найвищий рівень статистичної значущості та найбільший відсотковий приріст. Ймовірно, саме груповий компонент програми сприяв цьому зростанню. Взаємодія з іншими учасниками зі схожим досвідом забезпечила відчуття спільності, взаєморозуміння та належності, що трансформувалося у суб'єктивне сприйняття сильнішої підтримки від друзів (до яких у контексті програми можна віднести і нових знайомих/товаришів по групі).

Хоча показник зріс також за шкалою «Підтримка значущих інших». Це зростання також є статистично значущим. До "значущих інших" можуть

належати терапевти, наставники чи ключові фігури, які беруть участь у програмі. Зростання цього показника свідчить про успішне формування терапевтичного альянсу та підвищення довіри до професійної допомоги, що є важливим елементом травмофокусованої терапії. Варто зазначити, що сім'я вже на початковому етапі (T1) була джерелом найвищого середнього рівня підтримки (6,2 бали), що, можливо, обмежило потенціал для подальшого значного зростання. Сімейний компонент міг бути спрямований не стільки на кількісне збільшення підтримки, скільки на поліпшення якості комунікації та взаєморозуміння в умовах травми, що не завжди повністю відображається у кількісній зміні балу.

Програма була ефективною у зміцненні зовнішніх ресурсів учасників, особливо через розширення та поглиблення стосунків із друзями та значущими іншими. Це свідчить про успіх групової роботи у створенні підтримуючого середовища, яке є критичним для довгострокового відновлення після травми. У поєднанні зі зниженням тривожності та депресії, зростання соціальної підтримки вказує на те, що програма допомогла учасникам відновити не лише внутрішній психоемоційний баланс, але й їхні соціальні зв'язки.

Для оцінки ефективності інтегрованого компонента тренінгової програми прийняття та відповідальності (АСТ) було проведено аналіз динаміки показника експеріенційного уникнення / психологічної гнучкості (AAQ-II). Зниження цього показника є ключовим механізмом дії АСТ, що, як передбачається, медіює зменшення ПТСР та депресії (табл. 3.11).

Таблиця 3.11 - Динаміка показників експеріенційного уникнення/психологічної гнучкості (AAQ-II)

Показник	T1 M±SD	T2 M±SD	Різниця	t	p
AAQ-II (вищий бал = більше уникнення)	32,4 ± 8,6	28,7 ± 8,2	-3,7 (11,4%)	4,51	<0,001

Аналіз динаміки середніх балів AAQ-II демонструє статистично високо значуще зниження експеріенційного уникнення після завершення програми (T2)

порівняно з початком (T1): середній бал AAQ-II знизився та є високо значущим (при $p < 0,001$). За шкалою AAQ-II вищий бал свідчить про вищий рівень експерієнційного уникнення і, відповідно, нижчий рівень психологічної гнучкості. Отже, значне зниження балу свідчить про успішне підвищення психологічної гнучкості в учасників програми.

Отримані дані прямо підтверджують, що АСТ-компонент програми досяг своєї основної мети — суттєво знизив схильність учасників до експерієнційного уникнення. Це означає, що учасники стали менш схильними намагатися контролювати або уникати неприємних внутрішніх переживань (думок, почуттів, тілесних відчуттів), пов'язаних із травмою. Зниження уникнення є прямим індикатором підвищення психологічної гнучкості, що є ключовим адаптаційним механізмом.

Таким чином, результати реалізації програми психологічної допомоги, що включала компоненти, орієнтовані на переробку втрати та зміцнення соціальних ресурсів, повністю підтвердили другу частину гіпотези дослідження. Спостерігається статистично значуще зниження рівня депресивних симптомів, тривожності (гострої та хронічної) та високо значуще зниження показника експерієнційного уникнення ($p < 0,001$), що свідчить про ефективність даного підходу у зниженні симптомів стресу та покращенні адаптації ВПО.

Для остаточного підтвердження ефективності програми та виключення впливу факторів, не пов'язаних із втручанням (наприклад, природної адаптації чи регресії до середнього), було проведено порівняльний аналіз результатів Експериментальної групи (ЕГ) та Контрольної групи (КГ) (табл. 3.12).

Контрольна група (КГ) була підібрана за тими ж демографічними та клінічними критеріями, що й ЕГ, і в період між вимірами T1 і T2 цільової психологічної допомоги не отримувала, перебуваючи в режимі очікування.

Для підтвердження ефективності програми було проведено порівняння кінцевих показників (T2) Експериментальної та Контрольної груп за допомогою U-критерію Манна-Уїтні.

Результати, наведені в таблиці 3.512 однозначно свідчать про те, що між групами існують статистично значущі відмінності за всіма досліджуваними параметрами: ПТСР ($U=35.5$, $p<0.003$), Депресія ($U=28.0$, $p<0.001$), Тривожність ($U=32.0$, $p<0.001$) та Експеріенційне уникнення ($U=25.0$, $p<0.001$).

Оскільки отримані значення U у всіх випадках значно менші за критичне значення ($U_{\text{крит}}=46$), це підтверджує те, що програма психологічної допомоги забезпечила значуще зниження симптомів та підвищення психологічної гнучкості саме в Експериментальній групі, що доводить її ефективність порівняно з природною динамікою стану в Контрольній групі.

Таблиця 3.12 - Результати порівняння показників ЕГ та КГ на етапі T2 за U-критерієм Манна-Уїтні

Шкала	Середній бал (ЕГ, М)	Середній бал (КГ, М)	U-критерій Манна-Уїтні (U)	Рівень значущості (p)
ПТСР (PCL-5)	35.0	45.9	35.5	$p < 0.003$
Депресія (BDI-II)	16.0	25.4	28.0	$p < 0.001$
Тривожність (STAI S)	42.0	53.5	32.0	$p < 0.001$
Експеріенційне уникнення (AAQ-II)	24.0	34.0	25.0	$p < 0.001$

Висновок до розділу 3

У третьому розділі представлено теоретичне обґрунтування, структуру та результати апробації авторської тренінгової програми «Пангея. Ресурс», розробленої на основі виявлених у попередньому розділі психологічних особливостей ВПО.

Аналіз сучасних технологій психологічної допомоги ВПО дозволив визначити найбільш ефективні напрями втручання: дистанційні форми підтримки (онлайн-консультування), мобільні додатки для самодопомоги, використання віртуальної реальності для травматерапії, чат-боти для першої психологічної допомоги, соціальні мережі для відновлення зв'язків та арт-технології для емоційного вираження. Ці інноваційні підходи розширюють доступність та індивідуалізацію психологічної підтримки для осіб у кризових ситуаціях.

На основі інтеграції когнітивно-поведінкової терапії травми, терапії прийняття та відповідальності, гештальт-підходу та сімейно-системної роботи було розроблено 8-сесійну структуровану програму, організовану за фазовою моделлю Нерман: стабілізація (3 сесії), опрацювання травми (3 сесії), інтеграція та мобілізація ресурсів (2 сесії + 2 сімейні). Такий підхід забезпечив послідовність терапевтичного процесу від встановлення безпеки до відновлення життєвих перспектив.

Пілотна апробація на вибірці 30 учасників підтвердила ефективність програми. Порівняльний аналіз показників до (T1) та після (T2) втручання виявив клінічно значуще поліпшення за всіма параметрами психоемоційного стану при високій статистичній значущості змін ($p < 0,001$). Найбільш чутливими до терапевтичного впливу виявилися когнітивні компоненти розладів (негативні переконання при ПТСР, песимізм та провина при депресії), що підтверджує доцільність використання когнітивної реструктуризації як провідного методу.

Детальний аналіз динаміки окремих симптомів дозволив виокремити як найбільш ефективно коректовані прояви (провина -17,4%, песимізм -13,3%, втрата інтересу до людей -13,2%), так і найбільш резистентні (соматичні симптоми: втома, порушення сну, втрата енергії). Це вказує на необхідність

посилення соматично-орієнтованих компонентів у подальших модифікаціях програми.

Підтвердження ефективності через порівняння з контрольною групою методом U-критерію Манна-Уїтні довело, що виявлені позитивні зміни є результатом саме терапевтичного втручання, а не спонтанної ремісії чи регресії до середнього. Експериментальна група продемонструвала значуще кращі показники порівняно з контрольною за всіма параметрами на етапі T2.

Особливу цінність має виявлене зниження експерієнційного уникнення (-11,4%) та зростання сприйнятої соціальної підтримки (+5,5%), що свідчить про формування довгострокових адаптаційних механізмів, здатних забезпечити стійкість досягнутих результатів.

Таким чином, розроблена програма психологічної допомоги довела свою ефективність у роботі з ВПО, які пережили травматичну втрату, забезпечивши не лише симптоматичну редукцію, але й розвиток психологічної гнучкості та зміцнення соціальних ресурсів, що повністю підтвердило другу частину гіпотези дослідження.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження психологічних особливостей роботи з втратою у внутрішньо переміщених осіб дозволило комплексно вивчити специфіку переживання втрати цією категорією населення та розробити науково обґрунтовану програму психологічної допомоги.

Теоретичний аналіз проблеми виявив, що втрата у ВПО має багатовимірний характер, охоплюючи як матеріальні (житло, майно), так і нематеріальні аспекти (соціальні зв'язки, почуття безпеки, ідентичність). Такі зміни спричиняють сильний емоційний стрес, провокуючи реакції тривоги, депресії, фрустрації, що вимагають професійної психологічної допомоги. Особливістю є феномен "незавершеної втрати" через постійну невизначеність та неможливість повернення до попереднього стану. Переживання втрати не є одномоментним процесом, а включає певні етапи — від початкового шоку до поступового прийняття нових умов життя.

Психологічна криза, викликана вимушеним переселенням, супроводжується глибокими змінами у самосприйнятті, втратою соціальних ролей та руйнуванням звичних життєвих орієнтирів, що може призвести до дезадаптації та соціальної ізоляції. Адаптаційний процес ВПО залежить від багатьох факторів: соціальної підтримки, рівня стресостійкості, можливості доступу до ресурсів та психологічної допомоги.

Емпіричне дослідження 150 ВПО виявило критично високі показники психологічного неблагополуччя: 68% мають клінічно значущу депресію, 87% — високу ситуативну тривогу, 82% — високу особистісну тривогу, 41% відповідають повним критеріям ПТСР. Встановлено катастрофічно високий рівень кумулятивного стресу у 80% респондентів (≥ 300 балів за шкалою Холмса-Раге), що асоціюється з 80% ризиком психосоматичних захворювань.

Кореляційний аналіз підтвердив високу коморбідність розладів: виявлено сильні позитивні зв'язки між ПТСР, депресією та тривожністю, а також між кумулятивним стресом та всіма формами психологічного дистресу. Водночас виявлено потужний протективний фактор — соціальну підтримку, яка

демонструє сильні негативні кореляції з усіма показниками неблагополуччя. Порівняльний аналіз груп підтвердив, що особи з ПТСР мають на 15 балів вищий рівень депресії, а особи з низькою соціальною підтримкою — на 17,5 балів вищий рівень депресії та на 20 балів вищий рівень тривожності.

Розроблена та апробована тренінгова програма «Пангея. Ресурс» інтегрує традиційні терапевтичні підходи (когнітивно-поведінкову терапію, гештальт-терапію, сімейно-системну роботу) з елементами терапії прийняття та відповідальності (АСТ). Структура програми (8 групових сесій) побудована за фазовою моделлю: стабілізація, опрацювання травми, інтеграція та мобілізація ресурсів.

Пілотне дослідження на вибірці 30 учасників продемонструвало високу ефективність програми: статистично значуще зниження ПТСР на 16,6%, депресії на 17,2%, ситуативної тривоги на 10,6%, особистісної тривоги на 6,9%. Частка осіб з повним ПТСР зменшилася з 63,3% до 43,9%, з помірною та тяжкою депресією — на 19,3%.

Ключовими механізмами терапевтичної дії стали зниження експеріенційного уникнення на 11,4% та зростання сприйнятої соціальної підтримки на 5,5%, що свідчить про розвиток психологічної гнучкості та зміцнення соціальних ресурсів. Порівняння з контрольною групою за U-критерієм Манна-Уїтні підтвердило, що позитивні зміни є результатом саме терапевтичного втручання ($p < 0,001$ за всіма показниками).

Перспективи подальших досліджень включають: вивчення довгострокової ефективності програми (катамнез 6-12 місяців), розробку модифікацій для специфічних підгруп ВПО, посилення соматично-орієнтованих компонентів для корекції резистентних фізіологічних симптомів, впровадження новітніх технологій у програми психологічної реабілітації, що сприятиме розробці ефективніших методів роботи з ВПО та покращенню їхньої якості життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Аврамчук О. С., Гринько Н. В., Герман Ю. В. Клініко-психологічні особливості дистресу осіб, які були вимушені переїхати через війну *Буковинський медичний вісник*. 2024. Т. 28, № 1. С. 109–115. DOI: 10.24061/2413-0737.28.1.109.2024.5.
2. Балакірева О. М. Внутрішньо переміщені особи в Україні: проблеми адаптації. Київ, 2019. 120 с.
3. Боснюк В. В. Соціально-психологічні особливості становища ВПО. Київ: НІСД, 2018. 98 с.
4. Боуен М. Сімейні системи та горе. Київ, 2015. 190 с.
5. Василенко Г. Психологічна допомога вимушеним переселенцям: теоретичні та практичні аспекти. Київ: Центр практичної психології, 2021. 240 с.
6. Вимушені переселенці та приймаючі громади: уроки для ефективної суспільної адаптації й інтеграції: наук. доп./ за ред. О. Балакіревої; ДУ «Ін-т екон. та прогнозув. НАН України». Київ, 2016. 140 с.
7. Вітковська І. Роль соціальної роботи у розвитку адаптаційного потенціалу ВПО *Humanitas*. 2024. № 2. С. 65–75. DOI: 10.32782/humanitas/2024.6.2.
8. Ворден Д. Консультування і терапія горювання. Київ: Світ психології, 2017. 352 с.
9. Гаврилова Т. В. Психологія стресу. Київ: КНУ, 2018. 210 с.
10. Голотенко А. Особливості психосоціального благополуччя внутрішньо переміщених осіб *Вісник: Соціальна робота*. 2020. Т. 1, № 3. С. 6–9. DOI: 10.17721/2616-7786.2018/3-1/1.
11. Губін О. В. Соціально-психологічна адаптація внутрішньо переміщених осіб: монографія. Харків: Видавництво ХНУ, 2020. 312 с.
12. Доронюк Т. М. Соціально-психологічні труднощі ВПО *Соц. психологія*. 2018. № 4. С. 55–63.

13. Еріксон Е. Г. Ідентичність: юність і криза. Львів: Світ, 2020. 320 с.
14. Зайцева Л. В. Психологічні стратегії подолання стресу у вимушених переселенців *Український журнал практичної психології*. 2019. № 4. С. 45–56.
15. Іщук О. В., Лукасевич О. А. Соціально-психологічні особливості адаптації внутрішньо переміщених осіб з тимчасово окупованих територій України *Журнал сучасної психології*. [Електрон ресурс] URL: <https://journalsofznu.zp.ua>
16. Кердивар В. В. Поглиблений психологічний аналіз вразливих категорій внутрішньо переміщених осіб *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2019. № 1. С. 217–222. DOI: 10.32999/ksu2312-3206/2019-1-36.
17. Кердивар В.В. Синдром жертви у внутрішньо переміщених осіб із зони локального воєнного конфлікту. Харків, 2021. 143 с.
18. Кісарчук З. І. Допомога постраждалим у надзвичайних ситуаціях. Київ: Інтерсервіс, 2017. 200 с.
19. Ковальчук І. В. Травматичний досвід та його вплив на психологічний стан ВПО *Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України*. 2022. Т. 3, № 1. С. 102–118.
20. Корольчук М. С., Крайнюк В. П. Психологія стресостійкості. Київ, 2016. 230 с.
21. Котух О. В. Психологічне благополуччя внутрішньо переміщеної особи: інтеграція в громаду *Психологічні науки*. 2023. № 1. С. 45–53. DOI: 10.32999/ksu2312-3206/2023-1-7.
22. Кудінова М., Кожанова Д., ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ: ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ Наукові праці Міжрегіональної академії управління персоналом. Психологія Випуск 2 (63), 2024 С.17-24
23. Кюблер-Росс Е. Про смерть і вмирання. Київ: Наш Формат, 2019. 256 с.

24. Кюблер-Росс Е., Кесслер Д. Про горе й скорботу. Київ: Наш Формат, 2020. 304 с.
25. Лазос Г. Психологічна підтримка в кризових ситуаціях. Київ: Острів, 2020. 176 с.
26. Максименко С. Д. Психологічна допомога особистості в кризі. Київ, 2018. 240 с.
27. Марценковський І. Психологічні аспекти втрати у внутрішньо переміщених осіб: діагностика та корекція. Львів: ЛНУ ім. І. Франка, 2021. 198 с.
28. Михайлич О. В. Соціально-психологічні особливості адаптації внутрішньо переміщених осіб *Психологія та соціальна робота*. 2023. Вип. 2(58). С. 26–34. DOI: 10.32782/2707-0409.2023.2.3.
29. Міжнародна організація з міграції (МОМ). Аналітичний звіт щодо внутрішньо переміщених осіб в Україні, 2023. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.iom.int/ua>
30. Міхеєва О., Середа В. Сучасні українські внутрішньо переміщені особи: основні причини, стратегії переселення та проблеми адаптації. Стратегії трансформації і превенції прикордонних конфліктів в Україні: зб. аналіт. матеріалів. Львів: Галицька видавнича спілка, 2015. 462 с.
31. Могильова Н. М. Особливості психічного здоров'я та психологічної адаптації внутрішньо переміщених осіб в умовах війни *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2023. № 2. 12 с. DOI: 10.51547/ppp.dp.ua/2023.2.12.
32. Національна психологічна асоціація. Методичні рекомендації щодо психологічної допомоги ВПО. Київ, 2020. 78 с.
33. Національна стратегія психосоціальної підтримки ВПО в Україні. Київ: Міністерство соціальної політики України, 2022. 112 с.
34. Омельченко Я. М. Психологічна допомога особам, що пережили втрату. Київ: Логос, 2020. 164 с.

35. Оніщенко Н. Психологічні наслідки надзвичайних ситуацій. Київ, 2016. 180 с.
36. ООН. Звіт про становище внутрішньо переміщених осіб в Україні у 2022 році. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.unhcr.org/ua/>
37. Панченко О. А. Психологічне благополуччя ВПО в умовах війни *Практична психологія*. 2020. № 2. С. 33–42.
38. Панченко О. М. Психологічні механізми адаптації внутрішньо переміщених осіб: монографія. Харків: Видавництво ХНУ, 2022. 278 с.
39. Педько К. Г. Чинники адаптації ВПО *Вісник психології*. 2021. № 1. С. 75–84.
40. Петренко С. В. Сучасні технології психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам: інноваційні підходи та перспективи *Науковий вісник психології*. 2023. № 1. С. 78–91.
41. Середа В. Адаптація внутрішньо переміщених осіб *Укр. соціологія*. 2019. № 2. С. 21–30.
42. Старинська Т. Психосоціальна підтримка ВПО. Київ: УЦГД, 2020. 140 с.
43. Титаренко Т. М. Життестійкість особистості. Київ: Либідь, 2017. 312 с.
44. Титаренко Т. М. Психологія життєвої кризи. Київ: Либідь, 2007. 280 с.
45. Український інститут соціальних досліджень. Становлення та інтеграція ВПО у приймаючих громадах: результати дослідження. Київ, 2023. 88 с.
46. Фрейд З. Жаль та меланхолія *Зібрання творів*. Київ: Основи, 2018. С. 153–172.
47. Цирковникова І. Особливості адаптації вимушених переселенців... *Humanitas*. 2023. Вип. 1. С. 120–130. DOI: 10.32782/humanitas/2023.1.20.

48. Чуйко О. Соціокультурна адаптація переселенців. Харків: Фоліо, 2019. 210 с.
49. Шевченко Л. В. Психологічні технології роботи з травматичним досвідом у вимушених переселенців *Вісник психологічних досліджень*. 2021. № 5. С. 98–110.
50. Шевчук А. Р. Посттравматичні стани у ВПО. Київ, 2021. 150 с.
51. Шульга О. Г. Соціальна підтримка та її роль у психологічній адаптації внутрішньо переміщених осіб *Соціальна психологія*. 2021. № 2. С. 34–47.
52. Юнг К. Г. Структура психіки та процеси адаптації. Київ: Академія, 2019. 256 с.
53. American Psychological Association. PTSD Guidelines. APA, 2020. 120 p.
54. Beck A. T. Beck Depression Inventory Manual. New York: Pearson, 1996. 95 p.
55. Berry J. Acculturation and Adaptation. Cambridge Univ. Press, 1997. 200 p.
56. Berry J. Psychology of Migration. Cambridge, 2013. 320 p.
57. Betancourt T. Psychosocial Adjustment among War-Affected *Youth Child Development*. 2018. С. 15–29.
58. Bogic M. Long-Term Mental Health of War Refugees *BMC Psychiatry*. 2015. С. 5–18.
59. Bonanno G. A. The Other Side of Sadness: What the New Science of Bereavement Tells Us About Life After Loss. New York: Basic Books, 2021. 384 p.
60. Bonanno G. The Other Side of Sadness. New York: Basic Books, 2009. 256 p.
61. Bowlby J. Attachment and Loss. New York: Basic Books, 2018. 450 p.
62. Bowlby J. Loss: Sadness and Depression. London: Penguin, 1980. 462 p.

62. Charlson F. Mental Health of Conflict-Affected Populations *Lancet*. 2019. C. 10–20.
63. Cloitre M. Treatment of Complex PTSD. New York, 2018. 270 p.
64. Figley C. Compassion Fatigue. Brunner-Routledge, 1995. 256 p.
65. Herman J. Trauma and Recovery. New York: Basic Books, 2015. 336 p.
66. Hobfoll S. Conservation of Resources Theory. New York: Plenum, 2001. 240 p.
67. Holmes T., Rahe R. Social Readjustment Rating Scale *J. Psychosomatic Research*. 1967. C. 213–218.
68. IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support. 2019. 140 p.
69. IOM. Migration in Ukraine: Facts & Trends. Geneva: IOM, 2023. 64 p.
70. Klass D. Continuing Bonds. Philadelphia, 1996. 280 p.
71. Lazarus R. S., Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer, 2019. 456 p.
72. Liddell B. Refugee Trauma and Adaptation *Eur. J. Psychotraumatology*. 2020. C. 1–12.
73. Miller K., Rasmussen A. War Exposure... *Journal of Trauma Stress*. 2010. C. 1–10
74. Minuchin S. Family Stress and Coping. Harvard Press, 2014. 300 p.
75. Neimeyer R. Meaning Reconstruction and Loss. New York: Springer, 2016. 330 p.
76. Parkes C. Bereavement. London: Routledge, 2013. 320 p.
77. Sam D. Migration and Mental Health. APA, 2015. 330 p.
78. Searle W. Migrant Adaptation *J. Cross-Cultural Psychology*. 1993. C. 10–20.
79. Shapiro F. EMDR: Basic Principles. New York: Guilford Press, 2018. 380 p.

80. Silove D. *Adaptation and Development After Trauma*. Oxford, 2013. 290 p.
81. Spielberg C. *State-Trait Anxiety Inventory Manual*. Palo Alto: Mind Garden, 1983. 75 p.
82. Stephan C. *Intercultural Stress*. Oxford Univ. Press, 2014. 210 p.
83. Stroebe M., Schut H. *Handbook of Bereavement*. APA, 2001. 600 p.
- i. UNHCR. *Global Trends in Forced Displacement*. Geneva: UNHCR, 2023. 120 p.
84. UNHCR. *Operational Guidance for IDPs*. 2022. 88 p.
85. UNICEF. *Psychosocial Support for Conflict-Affected Populations*. 2022. 90 p.
86. Van der Kolk B. *The Body Keeps the Score*. New York: Viking, 2015. 480 p.
87. Ward C., Bochner S. *Psychology of Culture Shock*. *Routledge*, 2001. 376 p.
88. Weathers F. *PTSD Checklist PCL-5 Manual*. *Nat. Center for PTSD*, 2013. 28 p.
89. WHO. *Psychological First Aid*. *WHO Press*, 2011. 64 p.
90. Yalom I. *Theory and Practice of Group Psychotherapy*. *New York: Basic Books*, 2005. 688 p.
91. Zimet G. *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* *J. Personality Assessment*. 1988. C. 30–41.

ДОДАТКИ

Додаток А

ТРЕНІНГОВА ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ «ПАНГЕЯ. РЕСУРС»

І. Фаза 1: Стабілізація та Самоконтроль (Контроль над тілом)

Сесія 1: Психоедукація та Базовий Ресурс (90 хв)

1. Лекційний Блок: "Травма і Тіло: Чому я не можу заспокоїтись" (20 хв)

Ведучий: "Те, що ви відчуваєте — прискорене серцебиття, напруга, порушення сну — це не ознака вашої слабкості, а нормальна реакція на ненормальні події. У стані небезпеки вмикається наша система 'Бий або Біжи'. Після травми ця система може залишитися ввімкненою на постійній основі, спричиняючи гіперзбудження (Кластер Е ПТСР). Це біологічний збій у системі сигналізації. Наша мета — навчитися свідомо вимикати цю сигналізацію, відновлюючи контроль над своїм тілом і диханням. Це перший і найважливіший крок до відновлення."

2. Вправа: "Квадратне Дихання" (25 хв)

Детальний Опис: Вправа ґрунтується на ритмі 4-4-4-4, що впливає на парасимпатичну нервову систему, змушуючи тіло розслаблятися.

Покроково: Сядьте або станьте зручно.

Повільно вдихайте повітря через ніс, рахуючи до чотирьох.

Затримайте дихання, рахуючи до чотирьох.

Повільно видихайте повітря через рот, рахуючи до чотирьох.

Знову затримайте дихання, рахуючи до чотирьох.

Повторити 8–10 циклів.

Ведучий: "Сконцентруйтеся лише на рахунку. Якщо думки відволікають, просто поверніть увагу до чотирьох. Ви контролюєте своє дихання, і ваше дихання контролює ваш стан."

Питання до обговорення: "Наскільки знизився ваш рівень тривоги після 8 циклів? Чи допомогло вам рахування зупинити потік тривожних думок?"

3. Вправа на Заземлення: "Якір Безпеки" (5-4-3-2-1) (25 хв)

Детальний Опис: Техніка швидкого заземлення, що перенаправляє фокус з внутрішнього дистресу на зовнішні сенсорні стимули.

Покроково: Коли відчуваєте наростання тривоги:

Назвіть 5 речей, які Ви чітко бачите навколо себе.

Назвіть 4 речі, які Ви можете відчути (дотик одягу, вага стільця, прохолода повітря).

Назвіть 3 речі, які Ви можете почути.

Назвіть 2 речі, які Ви можете понюхати.

Назвіть 1 річ, яку Ви можете смакувати (залишок чаю, зубна паста, нічого).

Ведучий: "Це ваш екстрений інструмент. Ви повертаєтеся у своє тіло і у свій простір, сигналізуючи мозку: 'Зараз я тут і зараз, і тут безпечно'."

Питання до обговорення: "Який сенсорний канал допомагає вам найбільше 'повернутися'? Чи можете ви використати цю техніку, перебуваючи серед людей?"

Сесія 2: Тіло як Ресурс та Гігієна Сну (90 хв)

1. Лекційний блок: "Цикл 'Стрес-Сон-Втома' та гігієна сну" (20 хв)

Ведучий: "Якщо ви постійно в стані гіперзбудження, ваше тіло не може повноцінно розслабитися для сну. Високий рівень кортизолу заважає глибокому сну. Це призводить до хронічної втоми та посилення соматичних симптомів депресії. Напруга, яку ми відчуваємо, часто є несвідомою, але вона руйнує нас. Ми потрапляємо в порочне коло. Щоб розірвати його, ми маємо свідомо навчити м'язи розслаблятися." (Надається 5 ключових правил гігієни сну).

2. Вправа: Прогресивна М'язова Релаксація (ПМР) (30 хв)

Детальний опис: Метод, розроблений Едмундом Якобсоном, що вчить свідомо розрізняти стан напруги та глибокого розслаблення.

Покроково: Учасники лягають або сідають зручно. Тренер веде їх послідовно через 14 груп м'язів, починаючи зі стоп і закінчуючи м'язами

обличчя.

Напруга (5 секунд): Наприклад, стиснути кулак якомога сильніше. Відчути напругу.

Розслаблення (20 секунд): Різко відпустити напругу. Звернути увагу на відчуття тепла, важкості та повного розслаблення.

Акцент робиться на контрасті відчуттів.

Слова Ведучого: "Напружуйте м'яз, але не до болю. Тепер різко відпустіть. Дозвольте м'язу обм'якнути. Це не просто розслаблення — це навчання вашого мозку тому, що розслаблення є безпечним."

Питання до Обговорення: "Де у вашому тілі напруга була найсильнішою? Чи відчули ви різницю між 'звичайним' розслабленням і розслабленням після сильної напруги?"

3. Вправа на ресурс: "безпечне місце та тілесний якір" (15 хв)

Детальний опис: Техніка візуалізації, спрямована на створення внутрішнього, непорушного притулку.

Покроково: Уявити місце, де Ви почувалися або могли б почуватися абсолютно безпечно, спокійно та захищено. Звернути увагу на кольори, запахи, температуру. Потім знайти у своєму тілі місце, яке зараз здається Вам найбільш міцним і стійким (наприклад, сильна рука, опора спини). Поєднати візуалізацію з цим фізичним відчуттям (Тілесний Якір).

Ведучий: "Це місце не може бути зруйноване. Це ваш внутрішній простір. Знайдіть відчуття міцності у своєму тілі і запам'ятайте його. Це відчуття — ваш якір, який ви можете використовувати, щоб повернутися до спокою."

Питання до обговорення: "Які відчуття виникають у вас у 'Безпечному Місці'? Як ви можете активувати свій 'Тілесний Якір' у стресовій ситуації?"

II. Фаза 2: Когнітивна Реконструкція (Контроль над мисленням)

Сесія 3: Виявлення та Виклик Автоматичним Думкам (90 хв)

1. Лекційний блок: "когнітивні спотворення: як думки створюють"

депресію" (20 хв)

Ведучий: "Ваші результати показали, що найбільш виражені симптоми — це песимізм, самокритика та провина. Це когнітивне ядро депресії. Наш мозок, намагаючись захиститися від болю, починає 'брехати' нам через автоматичні думки. Вони швидкі, негативні і ми сприймаємо їх як істину, хоча вони рідко є фактами. Типові помилки мислення (когнітивні спотворення): Катастрофізація, Персоналізація ('Я у всьому винен') та Дихотомічне мислення. Наше завдання — навчитися ідентифікувати ці думки, а потім ставити їх під сумнів."

2. Вправа: Щоденник Дисфункціональних Думок (ДДД - Модель АБВ) (30 хв)

Детальний опис: Інструмент КПТ для відділення факту від інтерпретації.

Покроково (Заповнення бланка):

Колонка А (Подія/Ситуація): Що сталося фактично? (Тільки об'єктивні факти).

Колонка Б (Автоматична Думка): Яка думка виникла в цей момент? Оцінити відсоток віри в неї.

Колонка В (Емоція та Інтенсивність): Яка емоція виникла? Оцінити інтенсивність (0–100%).

Слова Ведучого: "Ваша думка — це не факт, це гіпотеза. Ми її не відкидаємо, а тестуємо. Пам'ятайте: думка не дорівнює реальності."

Питання до обговорення: "Як думка в колонці Б вплинула на інтенсивність емоції в колонці В? Чи можете ви знайти подію, яка не викликала б такої сильної емоції без цієї думки?"

3. Техніка виклику: сократівський діалог (крок 1: докази) (15 хв)

Детальний опис: Перший крок до спростування негативної думки, який полягає у зборі фактів.

Покроково: Фокусуємося на думці з колонки Б (наприклад, "Я — невдаха").

Які є докази НА КОРИСТЬ цієї думки? (Максимум 2-3 факти).

Які є докази ПРОТИ цієї думки (з досвіду, з минулого, з поточного життя)? (Як правило, їх більше).

Слова Ведучого: "Ми граємо в адвокатів та прокурорів. Ваше завдання — бути чесним детективом. Якщо доказів 'проти' більше, то ця думка — це лише звичка мислення, а не істина про Вас."

Питання до обговорення: "Коли ви зважили докази, наскільки змінився відсоток віри в цю думку?"

Сесія 4: Корекція ядра та ціннісне майбутнє (90 хв)

1. Лекційний блок: "безнадійність та втрата майбутнього" (20 хв)

Ведучий: "Симптом втрати майбутнього (Кластер D) є одним із найболючіших. Ви починаєте вірити, що 'завтра' буде таким же поганим, як 'сьогодні' або 'вчора'. Когнітивна робота полягає в тому, щоб сформувати нові, реалістичні та збалансовані погляди. Ми не прагнемо 'позитивного мислення', ми прагнемо стійкого реалізму. Наші цінності (АСТ) — це те, що залишається непорушним навіть після найстрашніших подій. Вони — наш компас для руху вперед, незважаючи на страх."

2. Ключова вправа: "три колони альтернатив" (30 хв)

Детальний опис: Завершення процесу когнітивної реструктуризації.

Покроково (Продовження ДДД):

Колонка 1 (Негативна Думка): Переписати думку з колонки Б.

Колонка 2 (Збалансована Думка): Сформулювати 3 реалістичні, не ідеальні альтернативи, що враховують як докази "за", так і "проти".

Колонка 3 (Нова Емоція): Оцінити емоцію після переформулювання.

Ведучий: "Збалансована думка завжди визнає реальність ('Я помилився'), але не робить глобальних висновків про особистість ('...але це не визначає мене як невдаху'). Це нова, більш здорова гіпотеза для вашого мозку."

Питання до обговорення: "Наскільки зменшилася інтенсивність емоції

після переформулювання? Що вам тепер легше прийняти у цій ситуації?"

3. АСТ-Вправа: "Життя, кероване цінностями" (15 хв)

Детальний опис: Навчання дії, спрямованої на цінності, незалежно від складних емоцій.

Покроково:

Вибрати 3-5 своїх найвищих цінностей (наприклад, бути добрим батьком, розвиватися, допомагати іншим).

На основі однієї цінності спланувати малу, досяжну дію на наступний тиждень. (Наприклад, якщо цінність 'Піклування', дія: 'Щодня 15 хвилин приділяти час без телефону').

Ведучий: "Цінності — це ваш вибір, як ви хочете жити. Коли ми діємо згідно з цінностями, навіть у маленьких речах, ми отримуємо відчуття змісту та контролю."

Питання до обговорення: "Чи відчуваєте ви більше енергії, коли думаєте про дію, керовану цінністю? Яку маленьку перешкоду ви передбачаєте і як її обійдете?"

Сесія 5: Ангедонія та збалансування пам'яті (90 хв)

1. Лекційний блок: "Емоційне Оніміння та Позитивні Емоції" (20 хв)

Ведучий: "Емоційне оніміння — це захист від болю, який, на жаль, блокує і радість (Ангедонія). Утрата здатності відчувати задоволення посилює депресивну симптоматику. Ми повинні активно шукати та фіксувати позитивні події через 'Банк Задоволення'. Також ми будемо свідомо шукати позитивні інтрузії (спогади про силу) для збалансування травматичної пам'яті."

2. Вправа: "Банк Задоволення та Досягнень" (30 хв)

Детальний опис: Щоденна фіксація позитивного досвіду для боротьби з ангедонією та негативним упередженням.

Покроково: Щоденно записувати 3 малі події у трьох категоріях:

Задоволення: Що приємно відчули (смак кави, тепле сонце).

Досягнення: Що зробили (встали вчасно, написали лист, виконали завдання).

Вдячність: За що вдячні собі або іншим.

Ведучий: "Ми свідомо 'перемикаємо' фокус уваги на те, що працює. Зверніть увагу, що Досягнення не обов'язково має бути великим. Навіть підйом з ліжка — це досягнення у складний час."

Питання до обговорення: "Чи помітили ви за собою, що доводиться 'шукати' позитив, а не просто бачити його? Яка категорія дає вам найбільше відчуття відновлення сил?"

3. Вправа на пам'ять: "пошук позитивних інтрузій" (15 хв)

Детальний опис: Навчання свідомому згадуванню моментів сили, що відбулися під час/після травми.

Покроково: Учасники пригадують не травматичний зміст, а моменти компетентності, стійкості, взаємодопомоги, людяності, які вони бачили чи переживали у кризовій ситуації.

Ведучий: "Травматична пам'ять часто фіксує лише біль. Ми шукаємо докази вашої внутрішньої сили та здатності виживати. Ці спогади є доказом вашої компетентності, яку ви не можете заперечити."

Питання до обговорення: "Яке почуття викликає у вас згадка про цей момент стійкості? Що ця історія говорить про вашу силу?"

III. Фаза 3: Ресурси та інтеграція (управління стресом)

Сесія 6: Соціальна підтримка та здорові межі (90 хв)

1. Лекційний блок: "Соціальний капітал: сім'я як буфер стійкості" (20 хв)

Ведучий: "Ваш аналіз показав, що Сім'я залишається найбільш стійким та стабільним джерелом підтримки, тоді як підтримка друзів є більш чутливою до стресу. Однак критично високий кумулятивний стрес (415 балів) знижує ваше суб'єктивне відчуття підтримки. Щоб захистити цей

найважливіший ресурс, ми маємо навчитися чітко просити про допомогу та встановлювати здорові межі."

2. Вправа: "Карта Соціальних Ресурсів" (30 хв)

Детальний опис: Візуалізація та усвідомлення наявних джерел підтримки.

Покроково: Намалювати 3 концентричні кола (як мішень).

Центр (Сім'я): Безумовна підтримка.

Середнє коло (Друзі): Емоційна та соціальна підтримка.

Зовнішнє коло (Професійні/Інші): Інформаційна, логістична допомога.

Навпроти імені вказати, яку конкретно допомогу ця людина може надати (емоційну, практичну, інформаційну).

Ведучий: "Це не просто список. Це розуміння, до кого звертатися за конкретною потребою. Не всі можуть дати вам все."

Питання до обговорення: "Чи були ви здивовані, хто опинився у вашому внутрішньому колі? Якої підтримки вам найбільше не вистачає, і хто з вашої Карти міг би її надати?"

3. Вправа: Рольова гра "Звернення по допомогу" (15 хв)

Детальний опис: Навчання асертивному, чіткому запиту.

Покроково: Відпрацювання сценаріїв, використовуючи формулу:

Я-повідомлення: (Я почуваюся вразливим...)

Чіткий запит: (Мені потрібно, щоб ти...)

Межа: (Але, будь ласка, не давай порад).

Ведучий: "Чіткість економить енергію. Коли ви просите чітко, ви знижуєте рівень стресу і для себе, і для того, хто допомагає."

Питання до обговорення: "Що було найважче: чітко сформулювати запит чи встановити межу?"

Сесія 7: Подолання уникнення та поведінкова активація (90 хв)

1. Лекційний блок: "Пастка уникнення: Чому це посилює тривогу" (20 хв)

Ведучий: "Уникнення — це стратегія (Кластер С ПТСР), яка дає миттєве

полегшення від тривоги. Однак саме уникнення підтримує вашу тривогу! Коли ви уникаєте ситуації, ваш мозок отримує сигнал: 'Я молодець, що уникнув, бо там було небезпечно'. Таким чином, страх посилюється. Щоб вийти з цієї пастки, ми будемо поступово та свідомо повертатися до життя, замінюючи уникнення на цілеспрямовану дію."

2. Вправа: "Ієрархія уникнення" (30 хв)

Детальний опис: Деконструкція страху на маленькі, керовані кроки.

Покроково: Скласти список усіх ситуацій, місць, людей або думок, які учасник уникає через страх чи тривогу. Навпроти кожного пункту ставиться рівень тривоги (від 0 до 100). Потім список упорядковується від найменш тривожної ситуації (нижній щабель) до найбільш тривожної (верхній щабель).

Ведучий: "Ми почнемо з найлегших сходинок. Ми не прагнемо перемогти страх одразу, ми прагнемо навчитися безпеці крок за кроком."

Питання до обговорення: "Яка найнижча сходинка викликає у вас найменше опору? Яка думка стоїть за найвищим щаблем уникнення?"

3. Вправа на дію: "Поведінковий експеримент" (15 хв)

Детальний опис: Довести, що негативний прогноз (страх) є перебільшеним.

Покроково:

Вибір: Обрати найнижчу ситуацію з Ієрархії.

Прогноз: Записати: 'Я прогножую, що моя тривога буде на рівні X%'.

Дія: Виконати дію (наприклад, зайти у переповнений магазин на 5 хвилин).

Фіксація: Записати реальний рівень тривоги.

Ведучий: "Ви не мусите відчувати себе добре, виконуючи це. Ви мусите лише виконати дію. Різниця між прогнозованим і реальним рівнем тривоги — це доказ проти ваших старих переконань."

Питання до обговорення: "Якщо реальний рівень тривоги був нижчим за прогнозований, що це говорить про ваші автоматичні думки?"

Сесія 8: Інтеграція навичок та профілактика рецидивів (90 хв)

1. Лекційний блок: "Управління кумулятивним стресом (415 балів) та план ресурсу" (20 хв)

Ведучий: "Ми закінчуємо програму з потужними інструментами, але ваш кумулятивний стрес залишається критично високим (415 балів), що створює критичний ризик вигорання та рецидиву. Профілактика — це не одноразова дія, а щоденний ритуал. Щоб цей стрес не знищив ваш прогрес, ви мусите свідомо планувати свій ресурсний час. Ми інтегруємо всі навички у Тижневий План Ресурсу."

2. Вправа: "Тижневий план ресурсу" (Програма 3-х А) (30 хв)

Детальний опис: Створення стійкого плану самодопомоги, що використовує всі набуті навички.

Покроково: Учасники складають свій ідеальний щоденний/тижневий розклад, який обов'язково включає три категорії, що протидіють симптомам:

Активізація (Проти Ангедонії): 30 хвилин дії, керованої цінністю/задоволенням.

Анкерування/Стабілізація (Проти Тривоги): 15 хвилин "Квадратного Дихання" або ПМР.

Асертивність/Соціальний контакт (Проти Відчуження): Свідома комунікація або встановлення меж.

Ведучий: "Цей план — ваш страховий поліс проти рецидиву. Ці дії не є 'приємними бонусами', вони є життєво необхідними для вашої стійкості."

Питання до обговорення: "Яку одну дію з цього плану ви обіцяєте продовжувати робити, навіть коли відчуєте себе добре?"

3. Фінальна вправа: "Цінності та мій план дій на 3 місяці" (15 хв)

Детальний опис: Закріплення відчуття контролю та відповідальності за власне майбутнє.

Покроково: Повернутися до цінностей з Сесії 4 та сформулювати 3 конкретні, вимірювані цілі на наступні 3 місяці, які відповідають цим

цінностям.

Ведучий: "Ваші цілі не повинні бути ідеальними, але вони мають бути керованими цінністю та реалістичними. Це доказ вашої сили та вашої здатності планувати."

Питання до обговорення: "Який найбільший урок ви виносите з програми? Яке одне слово описує ваш стан зараз, порівняно з Сесією 1?" (Проводиться фінальна оцінка BDI-II та SUDS).

4. Завершення програми (10 хв):

Церемонія завершення та обмін підтримкою.



Додаток Б

**Таблиця - Детальний розподіл за інтенсивністю симптомів у
кластерах PCL-5**

Інтенсивність	Діапазон балів	T1 (%)	T2 (%)	Різниця	Інтенсивність
Кластер В: Інтрुзії (нав'язливі спогади, кошмари, флешбеки, психологічний дистрес, фізіологічні реакції).					
Відсутні/мінімальні (0-3)	0-3	14 (14,3%)	23 (23,5%)	+9,2%	Відсутні/мінімальні (0-3)
Легкі (4-7)	4-7	20 (20,4%)	23 (23,5%)	+3,1%	Легкі (4-7)
Помірні (8-11)	8-11	42 (42,9%)	36 (36,7%)	-6,2%	Помірні (8-11)
Тяжкі (12-20)	12-20	22 (22,4%)	16 (16,3%)	-6,1%	Тяжкі (12-20)
Кластер С: Уникнення (уникнення думок/почуттів та зовнішніх нагадувань про травму)					
Відсутнє/мінімальне (0-1)	0-1	8 (8,2%)	15 (15,3%)	+7,1%	Відсутнє/мінімальне (0-1)
Легке (2-3)	2-3	7 (7,1%)	15 (15,3%)	+8,2%	Легке (2-3)
Помірне (4-5)	4-5	48 (49%)	42 (42,9%)	-6,1%	Помірне (4-5)
Тяжке (6-8)	6-8	35 (35,7%)	26 (26,5%)	-9,2%	Тяжке (6-8)
Кластер D: Негативні зміни у когніціях та настрої (7 симптомів)					
Відсутні/мінімальні (0-7)	0-7	3 (3,1%)	8 (8,2%)	+5,1%	Відсутні/мінімальні (0-7)
Легкі (8-14)	8-14	5 (5,1%)	16 (16,3%)	+11,2%	Легкі (8-14)
Помірні (15-21)	15-21	54 (55,1%)	46 (46,9%)	-8,2%	Помірні (15-21)
Тяжкі (22-28)	22-28	36 (36,7%)	28 (28,6%)	-8,1%	Тяжкі (22-28)
Кластер Е: Гіперзбудження та реактивність (6 симптомів)					
Відсутнє/мінімальне (0-4)	0-4	6 (6,1%)	12 (12,2%)	+6,1%	Відсутнє/мінімальне (0-4)
Легке (5-8)	5-8	6 (6,1%)	15 (15,3%)	+9,2%	Легке (5-8)

Помірне (9-12)	9-12	52 (53,1%)	44 (44,9%)	-8,2%	Помірне (9-12)
Тяжке (13-24)	13-24	34 (34,7%)	27 (27,6%)	-7,1%	Тяжке (13-24)

