

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ
ІНСТИТУТ УПРАВЛІННЯ, ПСИХОЛОГІЇ ТА БЕЗПЕКИ**

Кафедра практичної психології

**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПРОЯВІВ
У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ**

кваліфікаційна робота
здобувача вищої освіти
освітнього ступеня «бакалавр»
ВАСИЛЬЄВА Павла
4 курсу денної форми навчання
спеціальність 053 «Психологія»
ОПП «Психологія»

Науковий керівник:

Старший викладач кафедри практичної
психології
Наталія КАЛЬКА

Рецензент:

доцент викладач кафедри теоретичної
психології,
кандидат психологічних наук, доцент
Ольга УГРИН

Кваліфікаційна робота допущена до захисту
« ____ » « _____ » 2024 р., протокол №
т.в.о. завідувача кафедри практичної психології,
доктор психологічних наук, доцент
_____ **Євген КАРПЕНКО**

Львів-2024

Васильєв Павло Юрійович. Кваліфікаційна робота. Особливості психосоматичних проявів у внутрішньо переміщених осіб

Кваліфікаційна робота присвячена дослідженню особливостей психосоматичних проявів у внутрішньо переміщених осіб. Здійснено теоретичний аналіз проблеми дослідження: особливостей соціально-психологічної адаптації внутрішньо переміщених українців та впливу війни на їхнє психічне здоров'я. Розглянуто специфіку особливостей розвитку психосоматичних порушень у внутрішньо переміщених осіб. Емпірично досліджено особливості психічних станів та психосоматичних проявів у внутрішньо переміщених осіб. Результати дослідження підкреслюють важливість психологічної підтримки та розвитку стратегій копінгу для подолання негативних емоцій та тривожності серед ВПО з метою психопрофілактики психосоматичних розладів.

Ключові слова: психосоматика, внутрішньо переміщені осіб, соціально-психологічна адаптація, депресія, тривожність, фрустрація.

Vasiliev Pavel Yurievich. Qualification work. Peculiarities of psychosomatic manifestations in internally displaced persons

The qualification work is devoted to the study of the peculiarities of psychosomatic manifestations in internally displaced persons. A theoretical analysis of the research problem was carried out: the features of social and psychological adaptation of internally displaced Ukrainians and the impact of the war on their mental health. The specific features of the development of psychosomatic disorders in internally displaced persons are considered. Peculiarities of mental states and psychosomatic manifestations in internally displaced persons were empirically investigated. The results of the study emphasize the importance of psychological support and the development of coping strategies to overcome negative emotions and anxiety among IDPs in order to prevent psychosomatic disorders.

Key words: psychosomatics, internally displaced persons, socio-psychological adaptation, depression, anxiety, frustration.

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. Теоретичний аналіз проблеми дослідження особливостей психосоматичних проявів у внутрішньо переміщених осіб	
1.1. Особливості соціально-психологічної адаптації внутрішньо-переміщених українців.....	7
1.2. Вплив війни на психічне здоров'я внутрішньо переміщених осіб.....	9
1.3. Особливості розвитку психосоматичних порушень у внутрішньо переміщених осіб.....	12
Висновки до розділу 1.....	18
РОЗДІЛ 2. Емпіричне дослідження особливостей психічних станів та психосоматичних проявів у внутрішньо-переміщених осіб	
2.1. Опис процедури дослідження.....	19
2.2. Аналіз результатів дослідження	23
Висновки до розділу 2.....	41
ВИСНОВКИ	43
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	46
ДОДАТКИ	51

ВСТУП

Війни завжди призводять до примусової міграції великої кількості осіб. Україна, де відбувається масштабний військовий конфлікт у Європі ХХІ століття, являє собою приклад цього. Частина населення, що опинилася під обстрілами у своїх містах та селах (у тому числі в Харківській, Миколаївській, Донецькій, Луганській, Запорізькій, Херсонській областях), переживала страх за власне життя та життя своїх рідних. Мешканці цих областей були змушені виїжджати, або навіть втікати, на території, де не було військових дій, а також в країни Європи або навіть на інші континенти. Громадяни, які покинули зони військових дій та переїхали на інші території України, були визнані внутрішньо переміщеними особами – ВПО.

Люди, які уникнули військових дій, стикнулися з новими викликами, крім травматичного досвіду від обстрілів. Вони були змушені адаптуватися до нових умов, правил життя та соціокультурних відносин. Ці зміни і стреси призвели до психологічних травм.

При внутрішньому переміщенні ВПО виникають стани соціально-психологічної дезадаптації, які у складних випадках можуть призвести до психічних розладів через порушення регулятивної функції психіки. Травматичний досвід воєнних дій додатково підвищує ступінь ризику виникнення психосоматичних захворювань.

Теоретичні та методологічні аспекти психосоматичних проявів внаслідок психологічної травми займають увагу як закордонних, так і вітчизняних дослідників (О. Блінов, В. Зливков, Т. Титаренко, С. Слободян, С. Лукомська, О. Федан, В. Уркаєв, О. Романчук, S. L. Buydens, M. C. Russell та ін.). Особливості травмивного досвіду ВПО та проблеми їх дезадаптації в умовах війни вивчали О. Зінченко, Л. Карамушка, А. Путінцев, Ю. Пащенко та ін.

Дослідники відзначають, що для багатьох ВПО важливо не лише пройти процес адаптації до нового оточення, відчувати себе у безпеці, але й змогу впоратися із пережитим травматичним досвідом. Відтак, ВПО можуть

зіткнутися із ПТСР, психосоматичними захворюваннями й зниженням когнітивних функцій через стрес.

Об’єкт дослідження – психосоматичні прояви як наслідок негативних психічних станів особистості.

Предмет дослідження – особливості психосоматичних проявів внутрішньо переміщених осіб.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості психосоматичних проявів ВПО як наслідок негативних психічних станів особистості.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати наукові розвідки щодо психосоматичних проявів особистості.
2. Розглянути специфіку соціально-психологічної адаптації ВПО.
3. Емпірично дослідити особливості психічних станів та психосоматичних проявів ВПО.

Гіпотеза дослідження припускаємо, що психосоматична симптоматика буде проявлятися у незначній кількості ВПО. Припускаємо, що існує взаємозв’язок між психосоматичними проявами, симптомами ПТСР та ситуативною й особистісною, тривожністю, основними потребами й суб’єктивним відчуттям самотності ВПО.

Емпірична база дослідження: прийняли участь у дослідженні 40 жінок ВПО віком від 20 до 50 років зареєстрованих у Центрі надання адміністративних послуг м. Львова.

Теоретико-методологічна основа дослідження. Теоретико-методологічні аспекти психосоматичних проявів (О. Блінов, Н. Гриньова, В. Зливков, Т. Титаренко, С. Слободян, Л. Сіпко, С. Лукомська, О. Федан, В. Уркаєв, О. Романчук, S. L. Buudens, M. C. Russell та ін.); дослідження особливостей травмивного досвіду та проблем соціальної дезадаптації ВПО в умовах війни (О. Зінченко, Н. Мазіна, А. Путінцев, Ю. Пашенко та ін).

Методи дослідження: оглядово-аналітичний і порівняльний аналіз наукових досліджень, емпіричні методи: тестування, опитування; методи математичної статистики: кореляційний аналіз й описова статистика.

Теоретична значущість дослідження полягає у тому, що проведено детальний аналіз наукових розвідок щодо проблеми психосоматичних проявів ВПО, виокремлено особливості впливу військових подій на психічні стани особистості.

Практична значущість дослідження. Одержані результати підкреслюють важливість психологічної підтримки та розвитку стратегій копіngu для подолання негативних емоцій та тривожності серед ВПО з метою психопрофілактики психосоматичних розладів. Результати дослідження можуть бути опорою для розробки ефективних стратегії психологічної підтримки та розвитку, спрямовані на підвищення психічного благополуччя ВПО.

Структуру кваліфікаційної роботи складають: вступ, два розділи та висновки до них, загальні висновки, список використаних джерел (налічує 45 позицій), додатки. За результатами емпіричного дослідження в роботі представлено 14 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПРОЯВІВ У ВНУТРІШНЬО- ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

1.1. Особливості соціально-психологічної адаптації внутрішньо-переміщених українців

Від початку війни в Україні виявилася вразлива категорія нашого населення – внутрішньо переміщені особи. Ці люди стикаються зі схожими життєвими труднощами, пов'язаними з вимогою залишити свої домівки й адаптуватися до нового соціокультурного середовища. Вони проходять однакові етапи адаптації до нових умов і мають психологічні особливості, що притаманні саме їм [12].

Вчені А. Путінцев та Ю. Пащенко визначають ВПО як осіб або групу осіб, які змушені були залишити своє місце проживання через ускладнення соціально-політичної, економічної чи екологічної ситуації відповідної адміністративно-територіальної одиниці із метою уникнення порушень прав людини, жорстокого поводження, воєнного конфлікту та які потребують правового й соціального захисту держави [30].

Оскільки ВПО переїжджають із небезпечного регіону в більш спокійний, вони обов'язково стикаються із необхідністю адаптації до нових умов. Соціально-психологічна адаптація ВПО включає подолання «інформаційних, освітніх, соціально-трудова, соціокультурних, економічних» бар'єрів [19].

Дослідник О. Зінченко вказує на те, що українці, які були вимушені переїхати до іншої місцевості у межах своєї країни, мають схожість попереднього соціокультурного середовища із новим, позаяк переміщення відбувається у межах однієї країни [12]. Це означає, що вони не потрапляють в зовсім невідому культуру, що полегшує їх процес адаптації. Однак вони все ще

мають проблему із побудовою нових соціальних відносин й вирішенням побутових питань [12].

Насупротив, Я. Юрків та Д. Луканов вважають, що вплив соціокультурного середовища, в яке потрапляють ВПО, може бути переоцінена [20].

Велика кількість ВПО отримують певний культурний шок після переїзду й відчують себе «чужими», відмінними від місцевого населення. Дослідник В. Вишньовський зауважує, що ВПО перебувають у сильному стресі на новому місці проживання, незважаючи на те, що вони не покинули меж країни. Означено обумовлене не тільки наявною різницею у соціокультурних просторах різних з регіонів України, але й браком інформації [8].

Згідно із цією точкою зору, надання ВПО інформації про можливості знайти доступне житло, безкоштовну гуманітарну й медичну допомогу, пояснення про оформлення соціальних виплат, влаштування дітей у нову школу може значно зменшити психологічний дискомфорт, з яким вони стикаються.

Н. Мазіна вказує на те, що у ВПО обмежене коло соціальних зв'язків, вони залишаються самі із своїми проблемами й страхами. Відсутність почуття підтримки у разі складних ситуацій викликає у ВПО тривогу за майбутнє [17].

Узагальнюючи, слід зазначити, що значна частина ВПО в Україні потребує соціально-психологічної допомоги внаслідок втрати близьких людей, досвіду перебування під окупацією, відчуття небезпеки, а не тільки через певні труднощі адаптації [17].

Для більшості ВПО важливо не тільки адаптуватись до нового місця проживання й відчути себе у безпеці, але й пропрацювати свій травмуючий досвід. ВПО можуть стикатися із ПТСР, психосоматичними симптомами, порушеннями когнітивних функцій на базі стресу. Для їх успішної адаптації, необхідно залучити психологів, які мають знання й навички у роботі із потерпілими унаслідок воєнних дій.

1.2. Вплив війни на психічне здоров'я внутрішньо-переміщених осіб

Масштабні внутрішні міграції в Україні справді суттєво впливають на стан здоров'я переселенців і загалом на населення країни. Вимушене переселення призводить до екстремального стресу, який впливає на психічне та фізичне здоров'я людей [34]. Під час екстремального стресу люди перебувають у стані постійної напруги, оскільки вони змушені боротися з надскладними життєвими обставинами, які виходять за межі їх адаптивних можливостей. Цей стрес зумовлений високою інтенсивністю відчуття небезпеки та загрози для життя людини [34].

Це може призвести до різноманітних проблем зі здоров'ям, включаючи психічні розлади, погіршення фізичного стану, зниження імунітету та інші медичні проблеми. Тому важливо забезпечити переселенцям підтримку та необхідні ресурси для подолання стресу та адаптації до нових умов. Це може включати психологічну підтримку, доступ до медичної допомоги, соціальну підтримку та надання необхідних матеріальних ресурсів для життя. Забезпечення цих ресурсів може допомогти зменшити негативний вплив екстремального стресу на здоров'я переселенців і сприяти їхній подальшій адаптації та відновленню [2].

Вимушене переселення спричиняє різке зниження соціально-економічного статусу, ускладнює процес адаптації та призводить до серйозних проблем у взаємодії з місцевим населенням, що стає фактором ризику для психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб. Це призводить до перенапруження особистих ресурсів, порушень захисних механізмів та формування психічних розладів. Українські дослідники виокремили основні проблеми, з якими стикаються переселенці [22; 32]. Ці проблеми підкреслюють важливість психологічної та соціальної підтримки для переселенців з метою сприяння їхній подальшій адаптації та покращенню їхнього психічного здоров'я.

- **Соціально-економічні проблеми:** Вимушене переселення може призвести до раптового зниження соціально-економічного статусу переселенців. Вони можуть втратити роботу, доступ до освіти та інших ресурсів, що призведе до серйозних труднощів у влаштуванні на новому місці проживання.

- **Проблеми адаптації:** Переселенцям доводиться зіткнутися з великими труднощами адаптації до нового соціокультурного середовища, включаючи зміну мови, звичок, соціальних стандартів і норм.

- **Взаємини з місцевим населенням:** Переселенці можуть стикатися з ворожнечею, дискримінацією або неприйняттям з боку місцевого населення, що поглиблює їхні соціальні та психологічні проблеми.

- **Стрес та психічні розлади:** Процес адаптації переселенців може бути супроводжуваний тривалим стресом, який може викликати серйозні психічні розлади та дезадаптацію.

- **Трансформація особистісного реагування:** Психологічні та соціальні проблеми можуть призводити до зміни особистісного реагування та формування пограничних нервово-психічних розладів у переселенців [18].

Вказані проблеми є об'єктивними факторами, які поглиблюють другорядну травматизацію ВПО і ускладнюють їхнє відношення до психотравматичних ситуацій. ВПО часто стикаються з великою розчарованістю відносно основних і значущих потреб, а також з відчуттям розбіжності між їх очікуваннями та реальною ситуацією [15]. Взаємодія з соціальним оточенням може приховано сприяти розвитку психічних розладів. Перешкоди, що виникають в їхньому житті, такі як соціальна дезадаптація та втрата звичного соціального статусу, впливають на самооцінку та взаємини всередині сім'ї. Основні проблеми, що стикаються переселенці, зосереджені на працевлаштуванні (що викликає стрес через безробіття та матеріальну нестабільність), взаємодії з оточенням (ізоляція, конфлікти, особистісні реакції) та питаннях самотності та втрати особистісної ідентичності [11].

Всі перелічені вище аспекти впливають на загальний стан самопочуття, фізичне та психічне здоров'я переселенців, що створює передумови для розвитку психогенних та психосоматичних захворювань, які залежать від психоемоційного напруження, що може тривати різною тривалістю під час складного процесу адаптації на новому місці проживання [12].

Таким чином, існує ризик виникнення психічних розладів серед внутрішньо переміщених осіб через внутрішнє переміщення, вплив комплексу психотравмуючих факторів, що може призвести до значних психічних змін. Наразі в Україні 75% дітей вже виявили ознаки психічної травматизації через війну [30]. Іншими словами, три чверті українських дітей проявляють симптоми психічної травматизації, включаючи порушення сну у кожної п'ятої дитини та зменшення бажання спілкуватися, нічні кошмари та погіршення пам'яті у кожної десятої [30].

При внутрішньому переміщенні у ВПО виникають певні стани соціально-психологічної дезадаптації, які у складних випадках можуть призвести до психотичних розладів через порушення певних регулятивної функції людської психіки [30].

В посібнику із діагностики й статистики психічних розладів «DSM-V» наведено базові діагностичні критерії розладів: а) прямий контакт (експозиція) зі смертю чи загрозою для життя; б) певні інтрузивні симптоми, такі як страшні сни, нав'язливі спогади, дисоціативні реакції (флешбеки) й фізіологічні реакції про нагадування травматичної події; в) стійке уникання травматичних спогадів чи згадувань про подію; г) негативні зміни в думках та настроях, включаючи стійкі негативні емоційні стани й зниження інтересу до життя; д) помітні зміни у реактивності (ризикована поведінка, дратівливість, порушення сну); е) тривалість різних порушень понад місяць; є) дистрес й порушення важливих сфер життєдіяльності; ж) відсутність зв'язків симптомів із впливом психоактивних речовин [32].

Наведені діагностичні критерії розладів клінічно включають групу симптомів, що переважно призводять до страждань та перешкоджають

нормальному функціонуванню особистості [32]. Означені розлади, як правило, виникають у дитячому й підлітковому віці та охоплюють різні аспекти психіки: когнітивний, емоційний (зміни в інтенсивності та адекватності емоційних реакцій), сферу задоволення потреб та контролю поведінки, і виявляються у втраті особистісної та соціальної інтеграції. Серед основних - важливим є відхилення у переживаннях і поведінці від загальноприйнятої норми [32].

Очевидно, що травматичні події під час війни суттєво змінюють емоційні реакції, що призводить до послаблення адаптаційних можливостей психіки. Психіка людини організована таким чином, щоб реагувати на травматичні події. Цей процес пов'язаний із регулюванням емоцій, яке описується як «комплекс психічних процесів, які підсилюють, послаблюють або стримують на одному рівні інтенсивність емоційних реакцій»[27].

В означеному контексті мова йде про емоційні переживання, які завжди викликають стрес і можуть призвести до порушень у функціонуванні організму. Із ними пов'язано сучасне трактування поняття «психотравма», що системно представлене як певне залишкове явище емоційних переживань, які викликані зовнішніми стимулами, що обумовлюють психічний дискомфорт та мають потужний патогенний вплив на особистість [24].

1.3. Особливості розвитку психосоматичних порушень у внутрішньо переміщених осіб

Психосоматика (грецьке *psyche* – душа, *soma* – тіло) – це напрямок у медицині та психології, який вивчає вплив психологічних (переважно психогенних) факторів на виникнення та подальший розвиток соматичних захворювань [12]. Згідно із основним постулатом психосоматичні захворювання виникають у результаті реакції на емоційні переживання, які супроводжуються функціональними змінами і патологічними порушеннями у органах людини. Відповідна схильність може впливати на вибір органу або системи, які постраждають [29].

Будь-яке психосоматичне захворювання розглядається як властивість людського організму як системи та не може бути розглянуте окремо від психічних чи фізіологічних властивостей індивіда [20]. Неможливо пояснити його шляхом дослідження властивостей якої-небудь однієї підсистеми – соматичної чи психічної, а тільки завдяки їх взаємодії [20].

Невротичні реакції, внутрішні конфлікти, психореактивні зв'язки визначають специфіку характеру страждань, їх тривалість й реакцію на терапію психосоматичних проявів. Психосоматичні взаємозв'язки у хворих традиційно розглядають на основі наступних підходів [22].

Перший, психо-центричний, аналізує вплив психічного стресу на виникнення, прояви, перебіг та прогноз захворювання, а також різноманітні аспекти психічного статусу пацієнта. Він включає аналіз конституційних особливостей особистості, психодинамічні та психометричні підходи, концепцію алекситимії, характеристики особистості, поведінковий тип А, а також психічні розлади, такі як афективні та тривожно-фобічні стани [32].

Другий підхід, сомато-центричний, досліджує нозогенні реакції – вплив клінічних проявів та перебігу хвороби на сприйняття пацієнтом свого захворювання та особливості психічних розладів, які проявляються у зв'язку із соматичними проявами [22].

Отже, поняття «психосоматика» відображає кілька аспектів. З одного боку, це науковий напрямок, що досліджує вплив психіки на фізіологію, досліджує, як емоції і психічні стани можуть впливати на здоров'я та функціонування організму [32].

З іншого боку, термін використовується для опису різноманітних феноменів, пов'язаних з взаємодією між психікою та тілом, включаючи патологічні стани. Нарешті, «психосоматика» може вказувати на напрямок медицини, що спеціалізується на лікуванні психосоматичних захворювань. Особливістю таких захворювань є їх стійкість до традиційного лікування, а їх причиною можуть бути емоційні замкнутість, стрес та неможливість самотійно вирішити психологічні проблеми [19].

Теорія З. Фрейда розглядає психосоматичні захворювання як результат внутрішнього конфлікту між бажаннями і заборонами, які неусвідомлені і не мають виходу [41]. Цей емоційний дискомфорт трансформується в конкретні фізичні проблеми. Людина може тимчасово поліпшити свій стан за допомогою лікування, але невирішені психологічні проблеми можуть повертатися з часом, призводячи до рецидивів хвороби [41].

Психосоматичні захворювання не є прямою схильністю, але формуються з дитинства через вплив спадкових факторів та стереотипів поведінки, які виникають у важких ситуаціях. Темперамент особистості також грає важливу роль у цьому процесі. Такі захворювання можуть бути передані спадково, але, скоріше, через усвідомлення або неусвідомлення реакцій на стресові ситуації [41].

Ті, хто має слабку стресостійкість, також потрапляють до групи ризику для психосоматичних захворювань [32]. Існують психосоматичні порушення, які розвиваються під впливом психічних факторів, таких як стрес, психологічні травми та внутрішні конфлікти. У таких випадках розлади в роботі органів виникають як реакція організму на емоційні переживання [21].

Дослідження психічних розладів в людей, які пережили екстремальні ситуації, дозволило вченим виділити три етапи розвитку ситуації, під час яких спостерігається різноманітні психогенні порушення [10; 31].

Для першого, гострого періоду, характерною є раптова загроза для власного життя та життя близьких. Цей період триває від моменту початку екстремальної ситуації до моменту організації рятувальних робіт (від хвилин до годин) [10; 31].

Сильний екстремальний вплив переважно активує інстинкт самозбереження, що призводить до розвитку різноманітних психогенних реакцій, основою яких є страх різної сили. В цей період спостерігаються психогенні реакції на різні рівні – як психотичні, так і непсихотичні, іноді виникає паніка. Особливу увагу в цей час привертають психічні розлади у тих, хто отримав травми або поранення [10; 31].

На другому етапі, коли переважно тривають рятувальні роботи, формування станів дезадаптації та психічних розладів значною мірою залежить від особистісних особливостей потерпілих, а також їх усвідомлення не лише небезпечної ситуації, в якій вони перебувають, але й нових стресових факторів, таких як втрата рідних, розрив сімейних зв'язків, втрата майна [10; 31].

Одним з ключових елементів тривалого стресу в цей період є очікування подальших подій, неспівпадіння очікувань із результатами рятувальних операцій, а також необхідність ідентифікації загиблих членів родини. Психоемоційне напруження, яке властиве початку другого періоду, поступово змінюється до його завершення із підвищеною втомленістю та із астено-депресивними проявами [10; 31].

На третьому етапі, який настає для людей після їх евакуації у безпечні райони, багатьох починає турбувати складний емоційний та когнітивний аналіз ситуації, оцінка власних переживань та відчуттів, підрахунок збитків. З цього моменту набирають актуальності психогенно-травматичні фактори, пов'язані зі зміною життєвого стереотипу, проживанням в зруйнованих районах або в місцях евакуації. Приймаючи хронічний характер, вони сприяють формуванню відносно стійких психогенних розладів. Разом із неспецифічними невротичними реакціями та станами, у цей час починають розвиватися й певні патохарактерологічні розлади [10; 31].

Соматогенні психічні порушення людини можуть мати й різноманітний «підгострий» чи субклінічний характер. У цих випадках спостерігається «соматизація» багатьох невротичних розладів. Найбільшою мірою є руйнівними для людей військові дії, що відносяться до антропогенних екстремальних ситуацій [16].

Основними травмівними чинниками в умовах військових дій є: велика небезпека життю й здоров'ю індивіда та його близьких, фізичні травми, смерть близьких або родичів [11].

Вимушена міграція вважається однією з найважчих життєвих ситуацій [25]. Це екстремальна ситуація, коли особистість стикається із надскладними

обставинами, рівнозначними проблемам виживання. ВПО, які пережили психотравмуючі події, зазнають різкого падіння соціально-економічного статусу й характеризуються підвищеною чутливістю до етнокультурного контексту, труднощами адаптації та можуть мати серйозні проблеми у взаєминах із місцевим населенням [25].

Наукові медичні дослідження констатують, що найчастіше причиною того, що вимушені переселенці стають пацієнтами психіатричних клінік, є депресія, яка, як правило, призводить до підвищеного рівня ризику суїциду [40].

Серед чинників, які зумовлюють суїцидальні наміри у мігрантів, фахівці акцентують увагу на самому факті міграції; ступені асиміляції із приймаючою культурою; низькому рівні згуртованості у етнічній групі; низькому соціально-економічному становищі [40]. Групою ризику через розвиток психосоматичних проблем є особи, що пережили травми у дитинстві чи вже у дорослому віці. Травматичний досвід воєнних дій підсилює у них ризик психосоматичних проявів [40].

Серед факторів підвищеного ризику соматизації виокремлюють індивідуальні особливості, біологічну схильність, соціально-демографічні особливості (жіноча стать, низький рівень соціально-економічного статусу та низький рівень освіти, стосунки у сім'ї, атмосфера домашнього насильства, стресові й травматичні події, соціально-культурні умови й особистісні особливості [23].

У сфері психічного здоров'я ВПО конкретними проблемами є ускладнене спілкування через мовні та культурні відмінності, вплив культурних факторів на прояв симптомів та розвиток хвороб, а також на діагностику й лікування; різниця в структурі сімей, процеси адаптації, акультурації й конфлікти між поколіннями; аспекти прийняття приймаючим суспільством, які впливають на зайнятість, соціальний статус та інтеграцію. Ці аспекти можна вивчати та вирішувати за допомогою спеціальних опитувань, залучення нативних перекладачів, проведення зустрічей з родинами та консультуванням у громадських організаціях і т. д.

Важливо враховувати, що в умовах міграції гострі психотичні стани можуть мати різне походження, не лише психогенне, але й викликане іншими факторами, такими як гострі інфекційні захворювання, травма голови, або раптове припинення вживання алкоголю або наркотиків [19].

Симптоми стресу, що проявляються на рівні психіки, можуть включати дратівливість чи гнів із незначних приводів, плач, смуток, чи почуття безпорадності, надшвидку зміну настроїв, знижену концентрацію уваги та нав'язливе повернення одних й тих самих думок [19].

Фізичні прояви стресу можуть включати швидку втомлюваність, головний біль, м'язову напругу, перебої в роботі серця, відчуття нестачі повітря, нудоту або болі в животі, порушення апетиту, болі в грудях, порушення менструального циклу у жінок [19]. Поведінкові прояви стресу можуть включати зниження активності та енергії, підвищену активність, труднощі з концентрацією, вживання алкоголю або наркотиків для зниження напруги, порушення сну, недостатню емоційність, суперечки та залежність від зовнішньої підтримки.

Симптоми й ознаки депресії можуть включати глибоке горе та печаль, відчуття відсутності надії на поліпшення, думки про те, щоб заподіяти собі шкоду, сльозливість, постійне занепокоєння та тривогу, відсутність радості від життя, брак енергії та швидка втомлюваність, фізичні симптоми, такі як головний біль, що не проходить, проблеми зі сном, втрата ваги, відсутність інтересу до сексу, труднощі з концентрацією уваги та пам'яттю, а також відчуття себе нижчим або менш шанованим, ніж інші люди [5].

Існують численні дослідження, які підтверджують високу ймовірність загострення психічних розладів, пов'язаних зі стресом, у віддаленому періоді, навіть без додаткового впливу нових стресорів [16]. Зазначені симптоми варто активно виявляти, оскільки в екстремальних ситуаціях ВПО може сприймати свій стан як нормальний для свого статусу і, отже, може утримуватися від висловлювання скарг.

Висновки до розділу 1

ВПО – особи або група осіб, які змушені були залишити своє місце проживання через ускладнення соціально-політичної, економічної чи екологічної ситуації відповідної адміністративно-територіальної одиниці із метою уникнення порушень прав людини, жорстокого поводження, воєнного конфлікту та які потребують правового й соціального захисту держави.

Соціально-психологічна адаптація ВПО включає подолання інформаційних, освітніх, соціально-трудових, соціокультурних та економічних бар'єрів. Основні проблеми, що стикаються ВПО, зосереджені на працевлаштуванні (що викликає стрес через безробіття та матеріальну нестабільність), взаємодії з оточенням (ізоляція, конфлікти, особистісні реакції) та питаннях самотності, втрати особистісної ідентичності. Травматичні події під час війни суттєво змінюють емоційні реакції, що призводить до послаблення адаптаційних можливостей психіки ВПО та виникнення психосоматичних порушень.

Поняття «психосоматика» відображає декілька аспектів. З одного боку, це науковий напрямок, що досліджує вплив психіки на фізіологію, та досліджує, як емоції і психічні стани можуть впливати на здоров'я та функціонування організму. З іншого боку – цей термін використовується для опису різноманітних феноменів, пов'язаних з взаємодією між психікою та тілом, включаючи патологічні стани. А також термін «психосоматика» може вказувати на напрямок медицини, що спеціалізується на лікуванні психосоматичних захворювань, особливістю яких є їх стійкість до традиційного лікування, а їх причиною можуть бути емоційні замкнутість, стрес та неможливість самотійно вирішити психологічні проблеми.

Для більшості ВПО важливо не тільки адаптуватись до нового місця проживання й відчувати себе у безпеці, але й пропрацювати свій травмуючий досвід. Для їх успішної адаптації, необхідно залучити психологів, які мають знання й навички у роботі із потерпілими унаслідок воєнних дій.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПРОЯВІВ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

2.1 Опис процедури дослідження

Для організації та проведення емпіричного дослідження особливостей психосоматичних проявів у військово-полонених (ВПО) були обрані психодіагностичні методики та стимулюючий матеріал. Проведено опитування серед ВПО, а отримані результати оброблено за допомогою методів математичної статистики. Отримані емпіричні результати були проаналізовані, проінтерпретовані та описані. Таким чином, емпіричне дослідження особливостей психосоматичних проявів у ВПО включало використання наступних методик:

- Методика діагностики міри задоволеності основних потреб.
- Шкала PCL-5 [17].
- Методика дослідження реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна [26].
- Методика діагностики суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела - М. Фергюсона [26].

Тепер зробимо короткий аналіз цих методик.

Тест «Шкала PCL-5» використовується для виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [17]. Опитувальник містить 20 запитань, які описують симптоми, що характерні для осіб з ПТСР, і досліджуваний має вибрати одну з п'яти відповідей. Результати інтерпретуються на основі двох підходів. Перший підхід полягає в підрахунку симптомів, які є клінічно значущими, і визначається за кластерами симптомів. Для діагнозу ПТСР необхідно також мати експозицію до травматичної події (Критерій А).

Другий підхід полягає в загальному підрахунку балів, і якщо досліджуваний набирає 33 або більше балів, це також може свідчити про наявність ПТСР. Критерії, які визначаються за цією методикою, включають опис травматичної події, симптоми інтрузії, симптоми уникнення, негативні думки та емоції, а також симптоми надмірної реактивності.

Методика дослідження реактивної та особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна [26]. дозволяє визначити рівень тривожності у досліджуваних, який може бути викликаний психологічною травмою. Ця методика включає дві самостійні шкали, кожна із яких містить 20 тверджень. Досліджуваний оцінює кожне твердження за чотирма балами, від 1 до 4. Результати обчислюються за спеціальним ключем, а потім сумуються [26]. Отримані результати порівнюються з певними рівнями: менше 30 балів вказують на низький рівень тривожності, від 31 до 45 балів – середній рівень, а 46 балів і більше - високий рівень тривожності. Це дозволяє встановити, наскільки тривожна може бути особа після психологічної травми.

Ситуативна (реактивна) тривожність виникає як реакція на зовнішні стресори, які сприймаються людиною як значущі. Це можуть бути події чи ситуації, що викликають стурбованість або тривогу. Особистісна тривожність, натомість, відображає індивідуальну схильність до реакції на різні стресори. Психологи вважають, що рівень особистісної тривожності відображає минулий досвід людини, тобто частоту її переживання ситуативної тривожності.

Розуміння потреб людини, як матеріальних, так і психологічних, є ключовим для розробки програм психологічної допомоги. Враховуючи, які потреби віддає перевагу людина, психолог може створити ефективні та індивідуалізовані підходи для підтримки її психічного стану та добробуту.

Методика діагностики міри задоволеності основних потреб включає визначення ступеня задоволеності різних видів потреб у досліджуваних. Ця методика передбачає порівняння 15 тверджень попарно, після чого дані заносяться у спеціальний бланк. Підраховуються бали, і на основі результатів вибираються п'ять тверджень, що отримали найбільшу кількість балів, і

розташовуються в порядку ієрархії. Це дозволяє встановити рівень задоволеності потреб у досліджуваних.

Проблеми переселення, особливо для ВПО, можуть бути значними, оскільки вони пов'язані з раптовими змінами у соціальному оточенні та переживаннями самотності. Для виявів прояву самотності використовувалася нами методика діагностики суб'єктивного відчуття самотності Рассела – Пепло Фергюсона. Ця методика дозволяє визначити суб'єктивне відчуття самотності у досліджуваного, що може бути важливим для подальшого розуміння його потреб і надання психологічної підтримки.

Запропоновано 20 тверджень, на які потрібно відповісти одним із чотирьох варіантів, від «часто» до «ніколи». Після цього визначаються три рівні прояву самотності: високий, середній і низький, залежно від суми балів: від 40 до 60 балів – високий, від 20 до 40 балів – середній рівень, від 0 до 20 балів – низький рівень самотності.

Таким чином, використано методику діагностики суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела - М. Фергюсона для визначення прояву самотності. Крім того, використано інші методики для визначення особистісної та ситуативної тривожності, матеріальних та соціальних потреб, потреб у безпеці, визнанні та самовизначенні.

Для аналізу даних нами використано такі методи математичної статистики, як описова статистика та кореляційний аналіз. Ці методи допомагають у ретельному аналізі та інтерпретації результатів дослідження.

Прийняли участь у дослідженні 40 жінок ВПО віком від 20 до 50 років. Віковий розподіл цієї групи представлений на графіку 2.1.

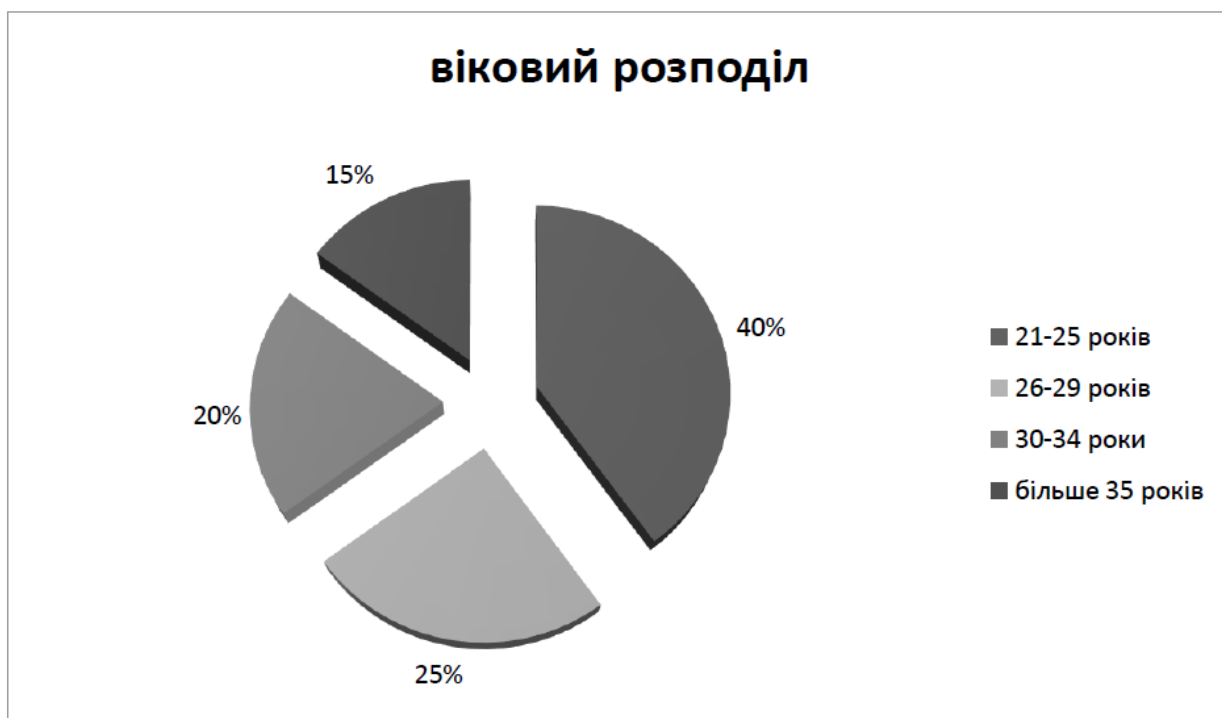


Рис. 2.1. Віковий розподіл ВПО

Як видно на рисунку 2.1, віковий розподіл вибірки можна описати наступним чином: 16 осіб (40% опитаних) мають від 21 до 25 років. Група досліджуваних у віці від 26 до 29 років становить 25% вибірки (10 осіб). Ще 20% опитаних (8 осіб) належать до вікової категорії від 30 до 34 років. Інші 15% досліджуваних (6 осіб) старші за 35 років. Таким чином, віковий розподіл можна подати у відсотках: 40% віком від 21 до 25 років, 25% віком від 26 до 29 років, 20% віком від 30 до 34 років та 15% старших за 35 років. Це дослідження включало ВПО із різних регіонів України. Територіальний розподіл представлено на рисунку 2.2.

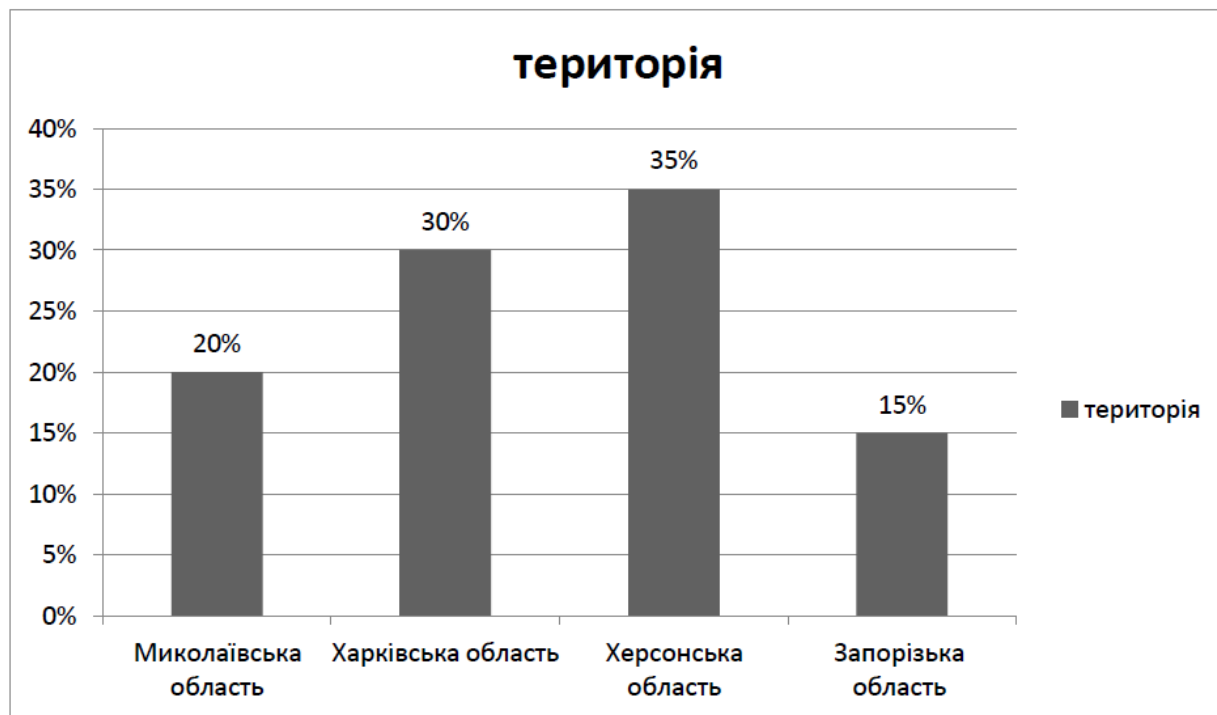


Рис. 2.2. Розподіл респондентів за регіоном

Згідно із рисунком 2.2, територіальний розподіл нашої вибірки представлений таким чином: 8 ВПО (20%) переїхали із Миколаївської області. Досліджувані ВПО, що переїхали із Харківської області, це 30% вибірки (12 осіб). Та 35% ВПО (14 осіб) з Херсонської області. Крім того, 15% ВПО (6 осіб) виїхали із Запорізької області. Отже, загальна вибірка - 40 осіб, всі вони є ВПО жіночої статі та віком від 21 до 50 років.

Отже, проведено дослідження особливостей психосоматичних проявів серед ВПО на теоретичному та емпіричному етапах. Для цього було використано різноманітні психодіагностичні методики, зокрема шкалу PCL-5, методику визначення реактивної та особистісної тривожності Спілбергера - Ханіна, методику визначення рівня задоволеності основних потреб, а також методику визначення суб'єктивного відчуття самотності від Рассела - Фергюсона. У дослідженні взяли участь 40 ВПО, які переїхали з прифронтових областей України.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

В емпіричному дослідженні особливостей психосоматичних проявів серед ВПО, першим кроком було виявлення наявності психологічної травми шляхом оцінювання симптомів ПТСР. Для цього були проаналізовані відповіді досліджуваних з допомогою тесту «Шкала PCL-5», результати якого представлені на рисунку 2.3.



2.3. Результати тесту шкала PCL-5 у ВПО

На рисунку 2.3 видно, що найбільше серед досліджуваних виявлено прояви негативних думок та емоцій, що становить 40% від загальної кількості опитаних, тобто 16 осіб. У цієї групи важко впоратися з негативними емоціями, що відображається у зниженні інтересу до раніше важливих справ, відстані від інших та відсутності позитивних емоцій. 35% досліджуваних показали симптоми надмірної реактивності. Це свідчить про їхню вразливість та сильні реакції на події навколишнього світу, що може проявлятися у пильності, спалахах гніву та поганій зосередженості. Водночас лише 15% досліджуваних

(6 осіб) мали прояви симптомів інтрузії. У цій групі можуть спостерігатися флешбеки, неприємні сни та спогади, пов'язані з травматичними подіями.

Серед досліджуваних є дві особи (5%), які проявляють симптоми уникнення, та ще дві особи (5%), які описують травматичну подію. Це означає, що ці особи уникають контактів з іншими людьми та стараються уникати болючих спогадів, думок та почуттів, пов'язаних з травматичною подією. На підставі вищезазначених симптомів, таких як опис травматичних подій, симптоми уникнення, симптоми інтрузії, негативні думки та емоції, а також симптоми надмірної активності, визначається наявність симптомів ПТСР у ВПО. Результати подано на рис. 2.4.

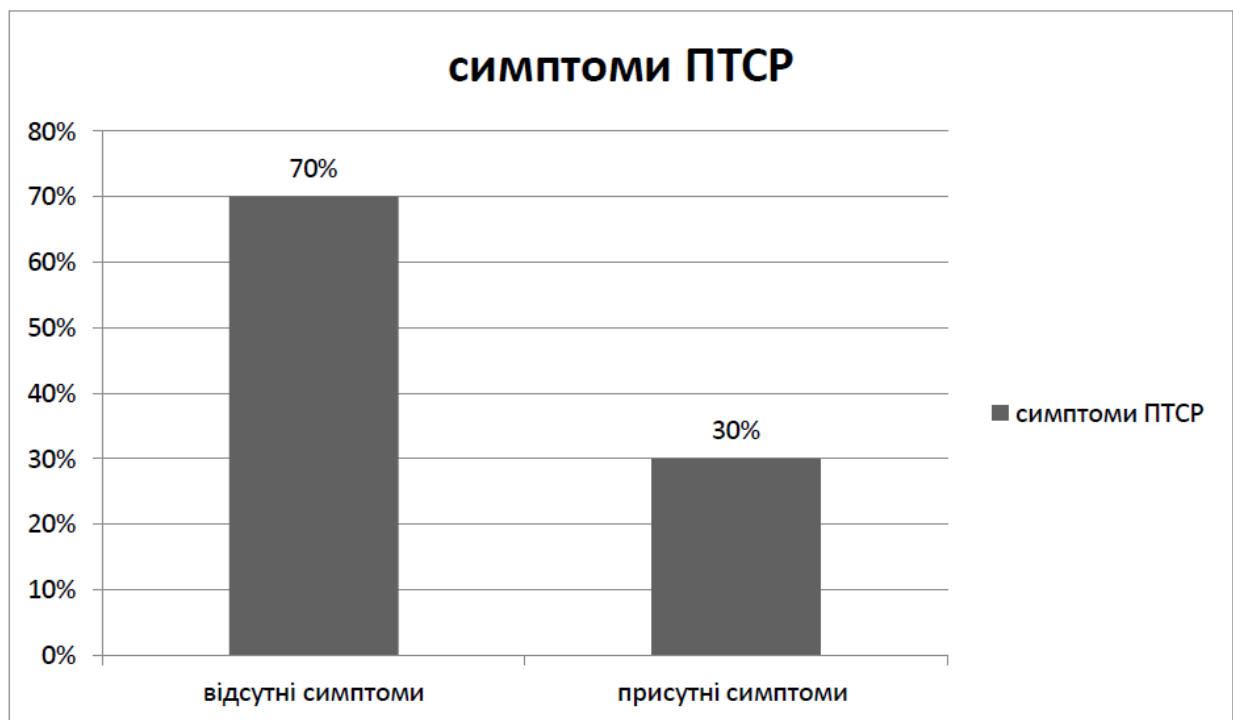


Рис. 2.4. Прояв симптомів ПТСР у ВПО

Згідно з рисунком 2.4, у більшості досліджуваних (70%) не спостерігається симптомів ПТСР, що може свідчити про відсутність психологічної травми. Проте у 30% респондентів виявлені симптоми ПТСР, що може вказувати на те, що вони пережили травматичні події. Оскільки досліджувані є ВПО, ймовірно, їх торкнулися бойові дії, що мали місце на територіях, з яких вони виїхали. Відтак у них є більшою ймовірністю виникнення психосоматичних роладів.

Отже, за допомогою тесту «Шкала PCL-5» було визначено, що у третини опитаних присутні симптоми ПТСР, в той час як у більшості цих осіб такі симптоми не виявлено. Психологічна травма найчастіше має прояви через негативні думки й емоції, трохи менше через симптоми надмірного реагування інтрузії, і проявляється найменше — через симптоми уникнення й опис травматичної події. Як було вказано раніше, особи з психологічною травмою часто демонструють підвищену тривожність.

Реактивна тривожність виявляється у реакціях респондентів на зовнішні ситуації, тоді як особистісна тривожність є стійкою характеристикою, що виявляється у постійній схильності сприймати більшість ситуацій як загрозові та реагувати на них відповідним чином. Очікується, що високий рівень тривожності у ВПО може виникати через зміну місця проживання.

Застосування методики Спілбергера – Ханіна дозволило визначити три рівні прояву особистісної й реактивної тривожності: високий, середній та низький. Результати прояву особистісної тривожності у ВПО можна побачити на рис. 2.5.

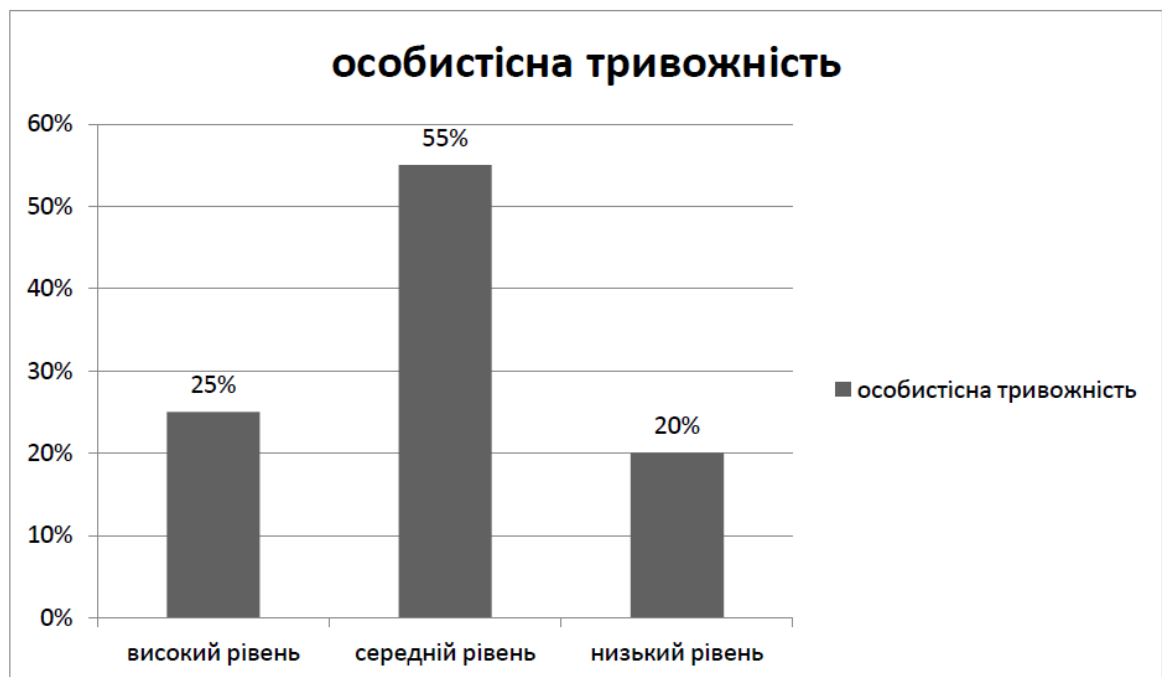


Рис. 2.5. Особистісна тривожність у ВПО

Згідно із рисунком 2.5, у 25% ВПО, які брали участь у дослідженні, спостерігається високий рівень особистісної тривожності. Це означає, що вони мають схильність до тривоги, яка активізується при сприйнятті конкретних тривожних стимулів, які розглядаються як загроза. У більш ніж половини досліджуваних (55%) виявлено середній рівень особистісної тривожності. Це означає, що їхня реакція на загрозові ситуації є менш інтенсивною. Однак за певних обставин цей рівень може збільшуватися. У 20% опитаних виявлено низький рівень особистісної тривожності, що свідчить про те, що тривожність не є типовою рисою їхньої особистості. Результати щодо ситуаційної тривожності представлено на рис. 2.6.

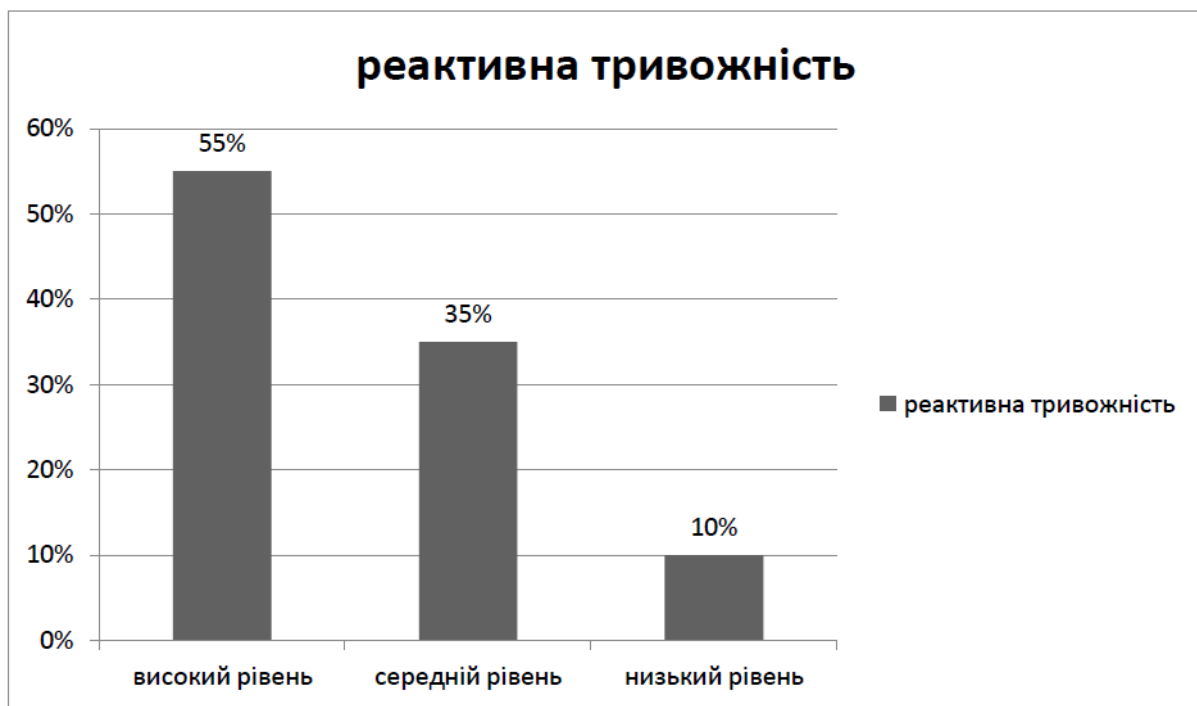


Рис. 2.6. Ситуативна тривожність у ВПО

Як показано на рисунку 2.6, серед ВПО 55% виявлено високий рівень ситуативної (реактивної) тривожності. Ці опитувані переживають почуття зростаючої небезпеки, яка для них незрозуміла і неясна, вони мають передчуття катастрофи і очікують негативних наслідків. Емоційно вони переживають тривожність через фізичні відчуття, такі як стисненість всередині, болі в м'язах,

напруження та інші. Одночасно ця тривожність може супроводжуватися руховим збудженням, тривожними вигуками й виразними актами.

Середній рівень ситуативної тривожності виявлено у 35% ВПО, що означає, що у певних обставинах цей рівень може збільшуватися через травмуючі події. Низький рівень характерний для 10% ВПО. Ці респонденти потребують уваги, оскільки характеризуються байдужістю до оточуючого середовища, людей, власного становища, минулого та навіть майбутнього.

Низький рівень тривожності може свідчити або про розгальмованість особистості, чи про втрату віри у майбутнє, або про відчуженість. Тому сама по собі тривожність не є негативною якістю особистості, позаяк певний рівень її є природним й обов'язковим для активної особистості. Гірше, коли виявляються крайні прояви тривожності, такі як високий та низький рівні як особистісної, так і ситуативної (реактивної) тривожності.

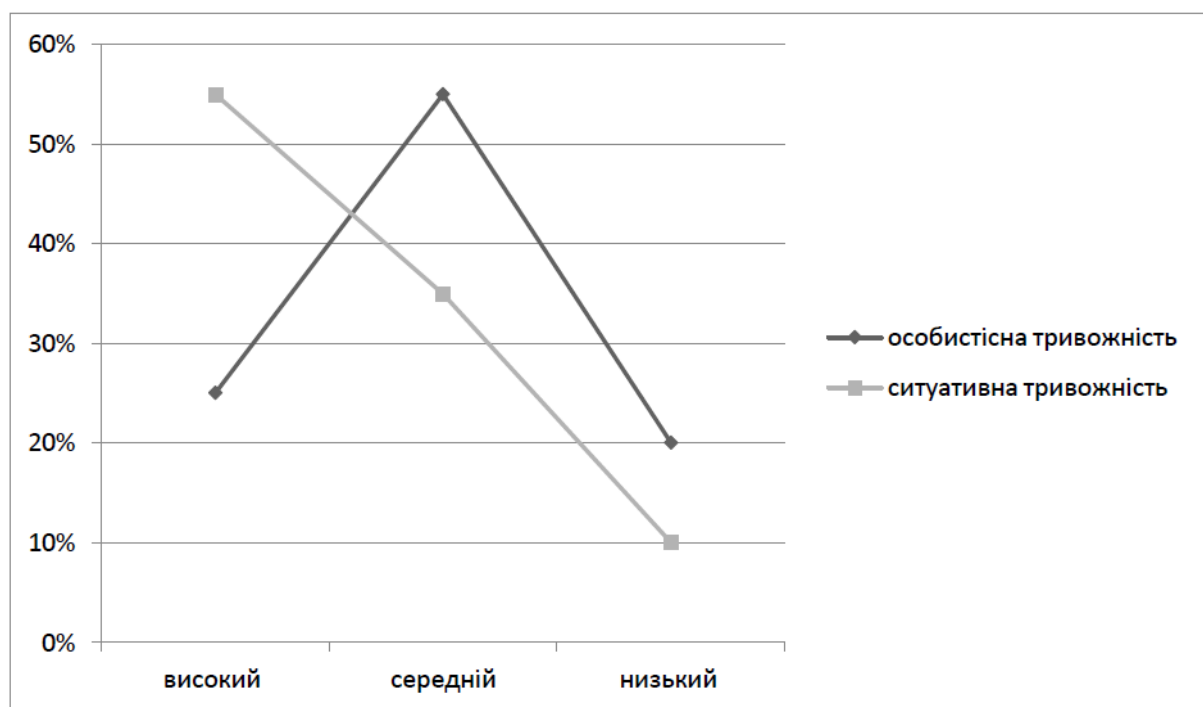


Рис. 2.7. Особистісна й ситуативна тривожність у ВПО

На рисунку 2.7 спостерігається значна розбіжність даними особистісної й ситуативної тривожності, особливо високого рівня прояву. Видно, що для ВПО зміна їх місця проживання, як правило, викликає тривожність.

Висока тривожність виявляється через почуття страху, неспокою, невротичність й характерною чутливістю до невдач. Надто висока тривожність може призводити до грубості у стосунках з іншими людьми, апатії, дратівливості та байдужості. Згідно з методикою Спілбергера – Ханіна виявлено, що висока особистісна тривожність притаманна 25% ВПО, тоді як ситуативна тривожність - 55% ВПО.

Середній рівень тривожності зафіксовано у 66% й 35% ВПО відповідно, а низький рівень — у 20% та 10% ВПО. Психологи відзначають, що людина постійно прагне задовольнити свої основні потреби, які включають соціальні та матеріальні потреби, потреби у безпеці, визнанні й самовираженні. Ці основні потреби були визначені за допомогою методики діагностики міри задоволеності основними потребами. Результати цього дослідження наведено на рисунку 2.8

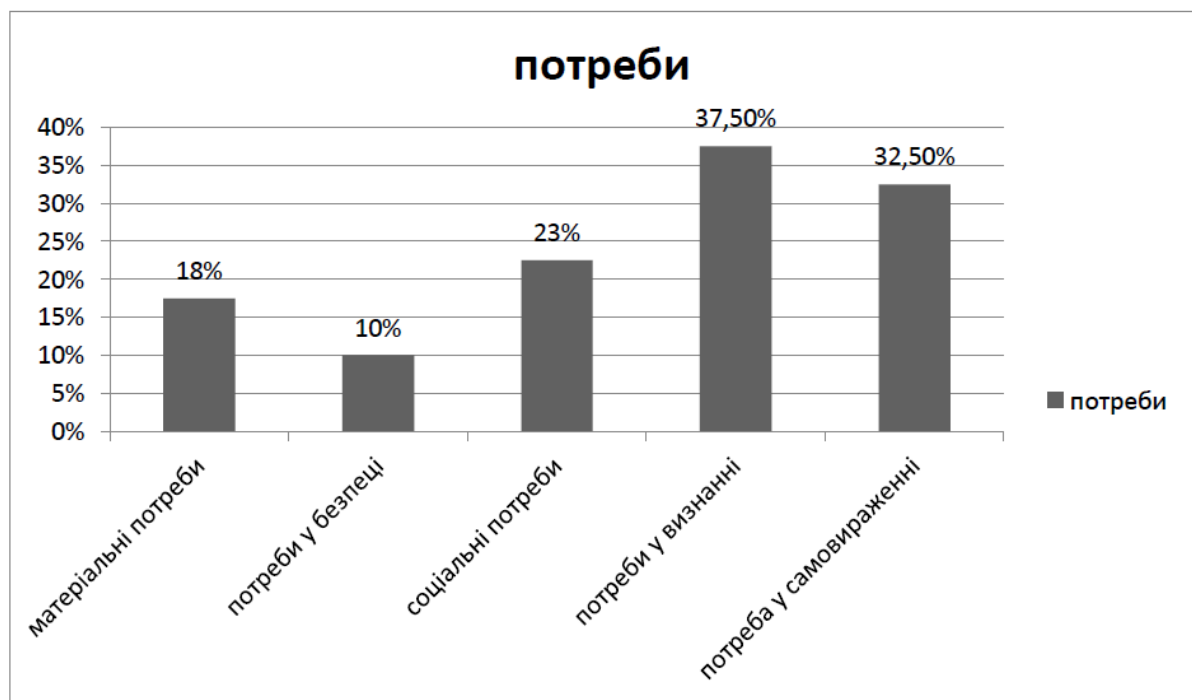


Рис. 2.8. Вияв задоволеності основних потреб у ВПО

На рисунку 2.8 показана ієрархія задоволення основних потреб серед досліджуваних. Потреба у безпеці займає центральне місце в зоні задоволення. Це свідчить про те, що внутрішньо переміщені особи відчувають себе в безпеці та комфортно після переїзду з зони військових дій. Однак, успішна адаптація на

новій території передбачає вирішення низки проблем, таких як пошук роботи, житла, а також доступ до медичних та соціальних служб. Недостатнє вирішення цих завдань може викликати незадоволення основними потребами у внутрішньо переміщених осіб.

Для ВПО матеріальні та соціальні (міжособистісні) потреби є частково задоволеними. Успішний пошук роботи залежить від багатьох факторів, таких як освіта, наявність вакансій, конкуренція на ринку праці, навички пошуку роботи та доступ до інформації. Відсутність робочого місця також може призвести до недостатнього задоволення потреби у міжособистісній взаємодії, оскільки вона обмежує можливість взаємодії з оточуючими та асиміляції в новому суспільстві.

Щодо потреби у визнанні та самовираженні, вони залишаються незадоволеними у внутрішньо переміщених осіб. Відчуття визнання та можливості самовираження можуть бути обмеженими через перешкоди, пов'язані зі зміною місця проживання та обставинами, що виникають внаслідок переселення.

Так, проблема інтеграції ВПО є складною і часто залишається невирішеною. Важливо враховувати, що переселені особи зазвичай мають складні умови життя та пережили травматичні події, що може ускладнити їхню здатність до інтеграції в нове оточення.

Недостатня комунікація з місцевим населенням, відсутність довіри до владних структур та інші фактори можуть ускладнювати процес інтеграції. Значна частина внутрішньо переміщених осіб може відчувати себе чужими в новому середовищі та бажати повернутися додому, особливо після закінчення конфлікту або окупації.

Поруч із цим, важливо також розглядати сприятливі умови для інтеграції та підтримку внутрішньо переміщених осіб у процесі адаптації. Це може включати програми психологічної та соціальної підтримки, доступ до освіти, медичних послуг та можливостей зайнятості, а також створення сприятливого середовища для спілкування та взаємодії з місцевим населенням.

Так, незадоволеність основних потреб може стати додатковим джерелом стресу та травматичного досвіду для внутрішньо переміщених осіб, особливо для тих, хто був змушений покинути свої домівки через військові дії. Це може поглиблювати їхнє почуття безпорадності, втрати контролю та непевності щодо майбутнього.

Важливо враховувати, що задоволеність основних потреб є ключовим елементом для психічного та емоційного благополуччя. Незадоволеність цих потреб може призводити до відчуття внутрішньої напруги, тривоги та депресії. Відчуття самотності, яке може бути результатом незадоволеності соціальних потреб, також може поглиблювати психологічну травму внутрішньо переміщених осіб. Психологічна підтримка та ресурси для задоволення основних потреб можуть відігравати ключову роль у сприянні їхньому здоров'ю та адаптації в новому оточенні.

Нами було використано методику Рассела - Фергюсона для аналізу суб'єктивного відчуття самотності. Тест дозволяє визначити три рівні прояву цього відчуття: високий, середній і низький. Результати цього аналізу наведено на рис. 2.9.

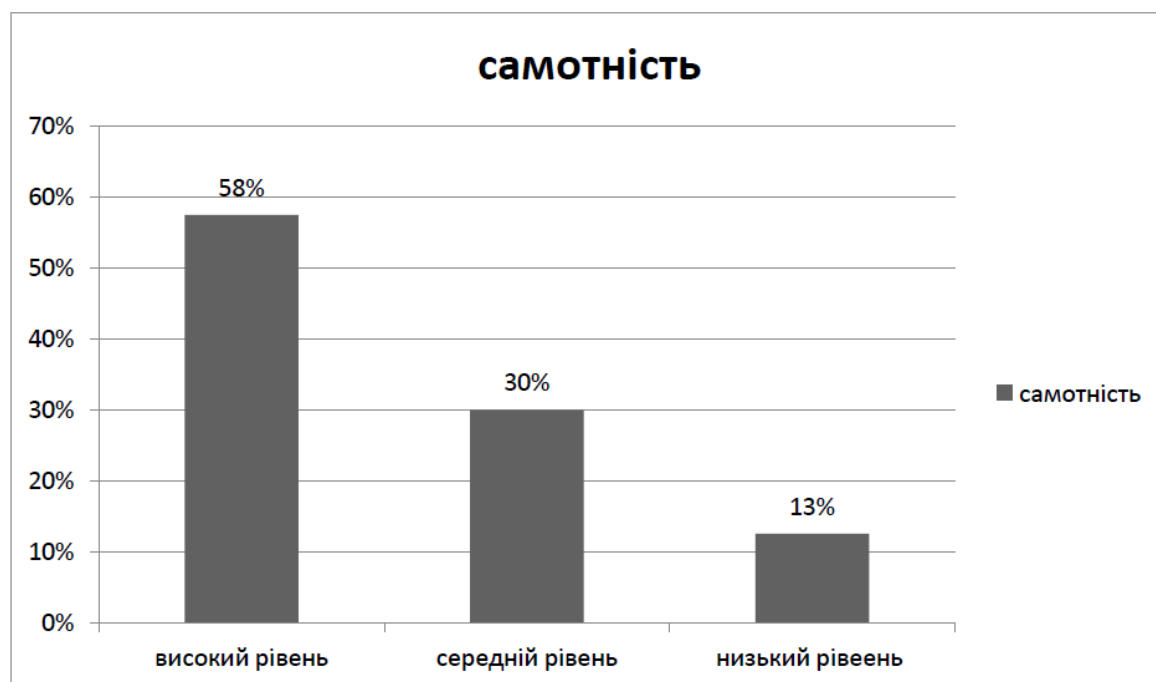


Рис. 2.9. Показники рівнів відчуття самотності

у внутрішньо переміщених осіб

На рис. 2.9 відзначено, що найбільша частка ВПО характеризується високим рівнем відчуття самотності (57,5%). Для 58% учасників дослідження характерною є надмірна потреба у самоствердженні, а їхня увага зосереджена переважно на власному успіху. Вони проявляють одноманітність у поведінці, не виходять за межі обраної ролі і тому не можуть натурально взаємодіяти з іншими людьми.

Отже, ці особи сконцентровані на власних емоціях і вважають події свого життя виключно важливими, а також зосереджені на своєму внутрішньому світі. Вони схильні до недовіри, мають похмурі передчуття та страхи щодо свого здоров'я. Їхня поведінка, сприйняття світу та дії не відповідають загальноприйнятим правилам та нормам групи. Низька самооцінка та страх нецікавості інших – характерні риси осіб із високим рівнем суб'єктивного відчуття самотності. Це може бути загрозою для їхньої особистості, оскільки ця самотність може спричинити депресивний настрій та зміни у психіці. Переживаючи відчуття самотності, люди можуть відчувати тугу, сум, порожнечу у душі, тривогу та невпевненість у собі. Часто вони вважають, що їх не люблять, не розуміють або не отримують допомоги від інших.

Отже, відчуття самотності виникають внаслідок ситуацій невизначеності, страху перед невідомим, невдоволення своїми потребами, туги за втраченим і залишеним позаду. Вони призводять до відчуження від оточуючих й втрати бажання адаптуватися до нових умов, що породжує негативні емоції.

Вирватися із цього замкнутого кола може бути дуже складно. У той час, середній рівень відчуття самотності виявлено у 30% ВПО, а низький рівень прояву - у 12,5% респондентів. Це означає, що менше половини досліджуваних не переживають суб'єктивного відчуття самотності.

Таким чином, за методикою Рассела - Фергюсона більшість ВПО (57,5%) мають високий рівень відчуття самотності, 30% - середній, а лише 12,5% - низький.

Отже, у підсумку виявлено, що у третини опитаних спостерігається ПТСР, у більшості – ні. Психологічна травма найчастіше проявляється через негативні думки та емоції, трохи менше – через симптоми надмірного реагування, і ще менше – через симптоми уникнення й опис травматичної події.

Висока особистісна тривожність зафіксована у 25% ВПО, а висока-ситуаційна – у 55% ВПО. Середній рівень тривожності зафіксовано у 66% і 35% ВПО відповідно, низький рівень - у 20% та 10% ВПО.

У ВПО найбільш задоволеною є потреба у безпеці, меншою мірою задоволені – соціальні й матеріальні потреби. Щодо потреб у самовираженні й визнанні, встановлено що, вони є найменшою мірою задоволені. Загалом, більшість ВПО (57,5%) мають високий рівень відчуття самотності, 30% - середній, а лише 12,5% - низький.

Проведений нами кореляційний аналіз виявив взаємозв'язки між різними шкалами, включаючи опис симптоми інтрузії, травматичної події, симптоми уникнення, негативні думки та емоції, симптоми надмірної реактивності за тестом «Шкала PCL-5». Також були проаналізовані особистісна та ситуативна тривожність, потреби у матеріальному забезпеченні, соціальні (міжособистісні) потреби, потреби у безпеці, у визнанні та у самовизначенні за методикою діагностики міри задоволеності основних потреб. Крім того, взаємозв'язок із відчуттям самотності за методикою Рассела - Фергюсона також був визначений. Результати цього аналізу наведено на рис. 2.10.

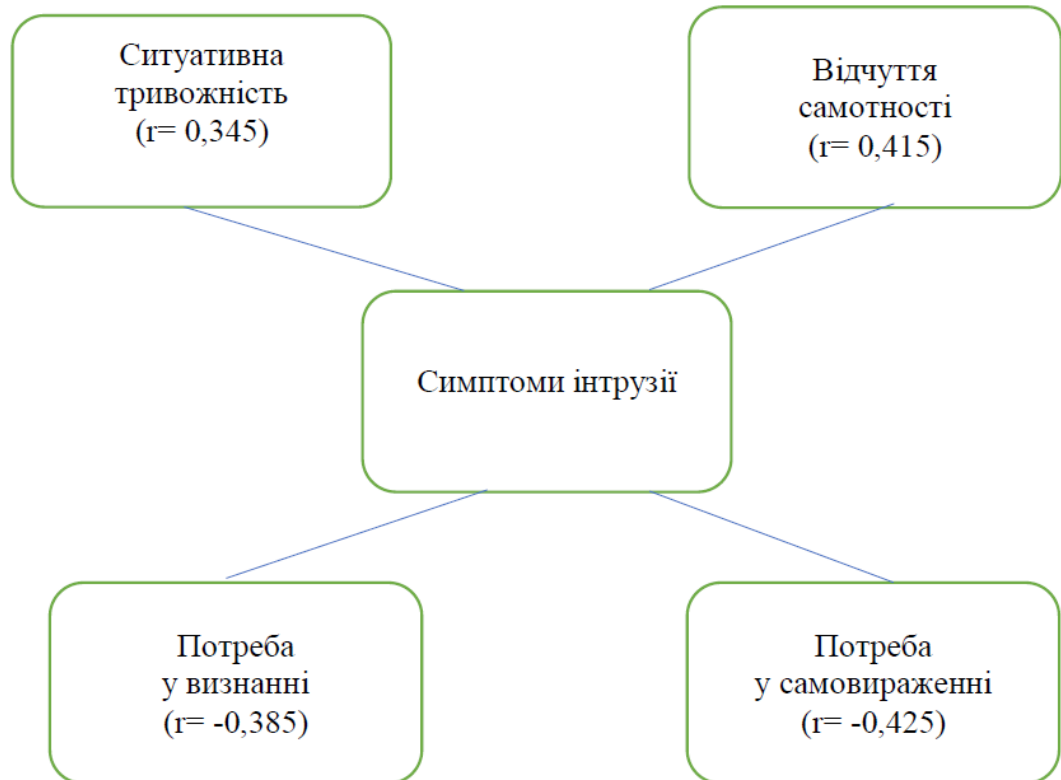


Рис. 2.10. Кореляційна плеяда симптомів інтрузії й рівня ситуативної тривожності, відчуття самотності, потреби у визнанні та потреби у самовираженні

Виявлено прямі кореляційні зв'язки між симптомами інтрузії та ситуативною тривожністю ($r = 0,345$ при $p \leq 0,05$) і відчуттям самотності ($r = 0,415$ при $p \leq 0,01$). Також виявлено зворотні взаємозв'язки з потребою у визнанні ($r = -0,385$ при $p \leq 0,05$) та у самовираженні ($r = -0,425$ при $p \leq 0,01$). Це означає, що зі збільшенням виявів флешбеків, болючих спогадів та тривожних снів у внутрішньо переміщених осіб також зростатиме їхня ситуативна тривожність. Симптоми інтрузії також мають прямий зв'язок із відчуттям самотності та обернені зв'язки із потребою у визнанні та самовираженні.

Спостерігається прямолінійний взаємозв'язок між симптомами інтрузії та відчуттям самотності. Іншими словами, із збільшенням проявів симптомів

інтрузії зростає і відчуття самотності. Також встановлено зворотний зв'язок між симптомами інтрузії та потребою у визнанні. Це означає, що з підвищенням прояву симптомів інтрузії зменшується потреба у визнанні, а з підвищенням задоволення цієї потреби спостерігається зниження симптомів інтрузії, таких як флешбеки, болючі спогади та тривожні спогади. Це підкреслює важливість підтримки та визнання для внутрішньо переміщених осіб, оскільки це може сприяти зменшенню відчуття самотності та покращенню їхнього психічного стану

Так, дійсно, виявлено зворотній зв'язок між симптомами інтрузії та потребою у самовираженні. Це означає, що зі збільшенням проявів симптомів інтрузії знижується бажання виражати себе, а з підвищенням задоволення цієї потреби спостерігається зменшення симптомів інтрузії.

Це свідчить про те, що ВПО мають потребу у вираженні своїх інтересів та характеру для покращення свого психологічного стану. Також було виявлено кореляційний зв'язок між симптомами уникнення та іншими шкалами. Наприклад, спостерігається прямий зв'язок між симптомами уникнення та особистісною тривожністю, що означає, що зі зростанням симптомів уникнення збільшується тривожність особистості. Також існує зворотній зв'язок між симптомами уникнення та потребою у визнанні, що свідчить про те, що з підвищенням симптомів уникнення зменшується потреба відчувати визнання.

Результати взаємозв'язку симптомів уникнення й інших шкал презентовано на рис. 2.11.

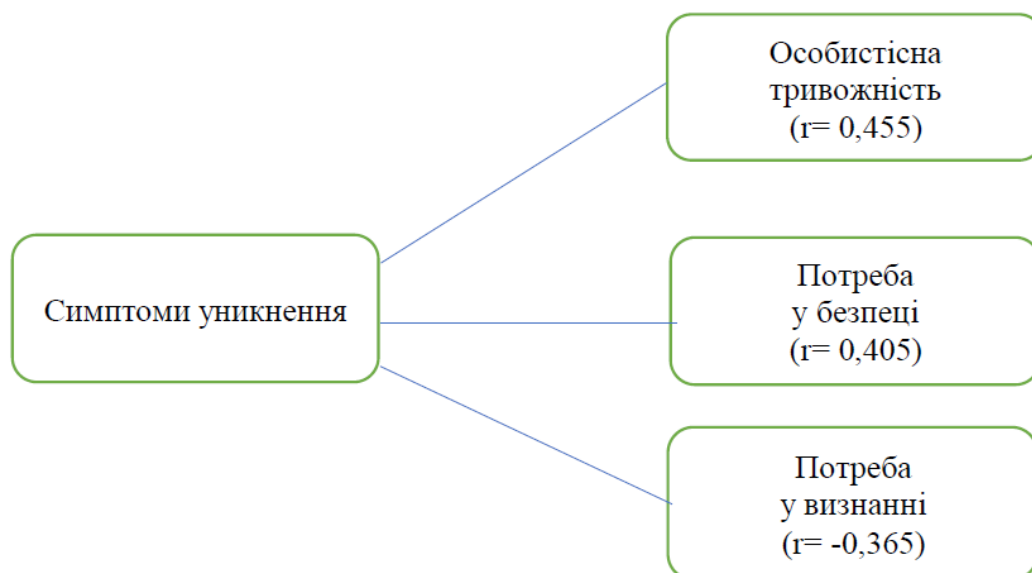


Рис. 2.11. Кореляційна плеяда симптомів уникнення й рівня особистісної тривожності, потреби у безпеці та потреби у визнанні

Отже, рис. 2.11 відображає результати кореляційного аналізу між симптомами уникнення й іншими факторами. Виявлено, що існує прямий зв'язок між симптомами уникнення й особистісною тривожністю, що означає, що зі збільшенням симптомів уникнення зростає рівень тривожності особистості.

Також встановлено прямий зв'язок між симптомами уникнення та потребою у безпеці, що свідчить про те, що зі збільшенням симптомів уникнення зростає потреба в почутті безпеки. З іншого боку, спостерігається зворотний зв'язок між симптомами уникнення та потребою у визнанні. Це означає, що зі зростанням симптомів уникнення зменшується бажання отримати визнання, а з підвищенням рівня визнання знижуються симптоми уникнення, такі як негативні емоції та думки. Ці результати свідчать про те, що ВПО мають потребу у визнанні та почутті безпеки, щоб подолати симптоми уникнення та покращити свій психологічний стан.

Рисунок 2.12 показує результати кореляційного аналізу між негативними думками та емоціями та іншими показниками серед ВПО. Виявлено прямий зв'язок між негативними думками та емоціями із особистісною тривожністю, що означає, що зі зростанням негативних думок та емоцій збільшується рівень

тривожності особистості. Також спостерігається прямий зв'язок між негативними думками та емоціями та відчуттям самотності, що свідчить про те, що зі зростанням негативних думок та емоцій збільшується суб'єктивне відчуття самотності. Ці результати підкреслюють важливість психологічної підтримки та розвитку стратегій копіngu для подолання негативних емоцій та тривожності серед ВПО.

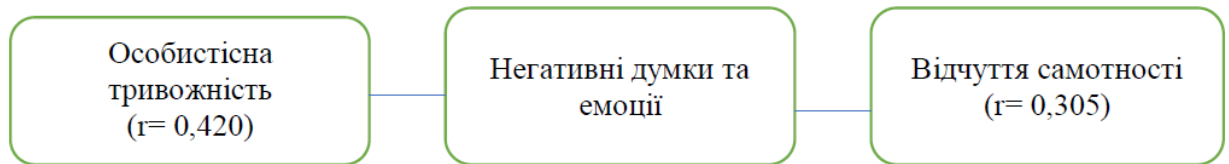


Рис. 2.12. Кореляційна плеяда негативних думок та емоцій з особистісною тривожністю, суб'єктивним відчуття самотності

Отже, результати кореляційного аналізу, які представлені на рисунку 2.12, підтверджують прямий зв'язок між негативними думками та емоціями із особистісною тривожністю серед ВПО. Це означає, що зі зростанням негативних думок та емоцій збільшується рівень тривожності особистості. Також спостерігається прямий зв'язок між негативними думками та емоціями та суб'єктивним відчуттям самотності, що свідчить про те, що зі зростанням цих показників збільшується відчуття самотності серед ВПО. Такі результати підкреслюють важливість психологічної підтримки та розвитку стратегій копіngu для подолання негативних емоцій, тривожності та відчуття самотності серед цієї категорії людей.

На рис. 2.13 представлені результати кореляційного аналізу, що вказують на зв'язки між симптомами надмірної реактивності й іншими психологічними показниками серед ВПО. Спираючись на ці дані, можна докладніше зрозуміти, як надмірна реактивність впливає на суб'єктивне відчуття самотності, особистісну та ситуативну тривожність цієї категорії людей. Це дозволить розробити ефективніші стратегії психологічної підтримки та розвитку, спрямовані на підвищення психічного благополуччя ВПО.

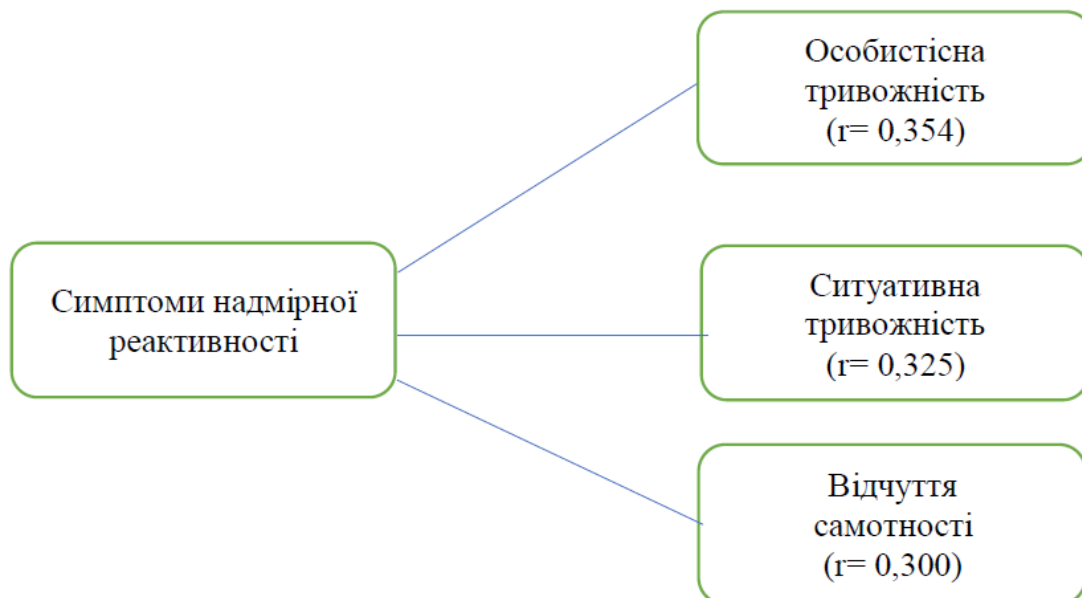


Рис. 2.13. Кореляційна плеяда надмірної реактивності й суб'єктивного відчуття самотності, особистісної й ситуативної тривожності

Результати на рис. 2.13 вказують на пряму кореляцію між симптомами надмірної реактивності й особистісною тривожністю, а також ситуативною тривожністю. Це означає, що зі збільшенням проявів реактивної депресії серед ВПО спостерігається зростання рівня особистісної та ситуативної тривожності. Такий взаємозв'язок може пояснюватися пригніченістю та загальмованістю, які характерні для надмірної реактивності, і можуть впливати на загальний рівень тривожності у ВПО.

Також було встановлено прямий зв'язок між симптомами надмірної реактивності та суб'єктивним відчуттям самотності. Це означає, що зі збільшенням прояву симптомів надмірної реактивності ВПО відчуватимуть більш виражену самотність. Цей взаємозв'язок свідчить про те, що ВПО, які переживають пригніченість, рухову та мовну загальмованість, суб'єктивно відчують більш виражене почуття самотності.

Отже, виявлено кореляційні зв'язки між симптомами надмірної реактивності та рівнем особистісної тривожності, ситуативної тривожності, суб'єктивним відчуттям самотності у внутрішньо переміщених осіб, що брали участь у дослідженні. Результати кореляційних зв'язків симптомів ПТСР та

особистісної тривожності, ситуативної тривожності, суб'єктивного відчуття самотності, а також потреби у безпеці представлені на рис. 2.14.

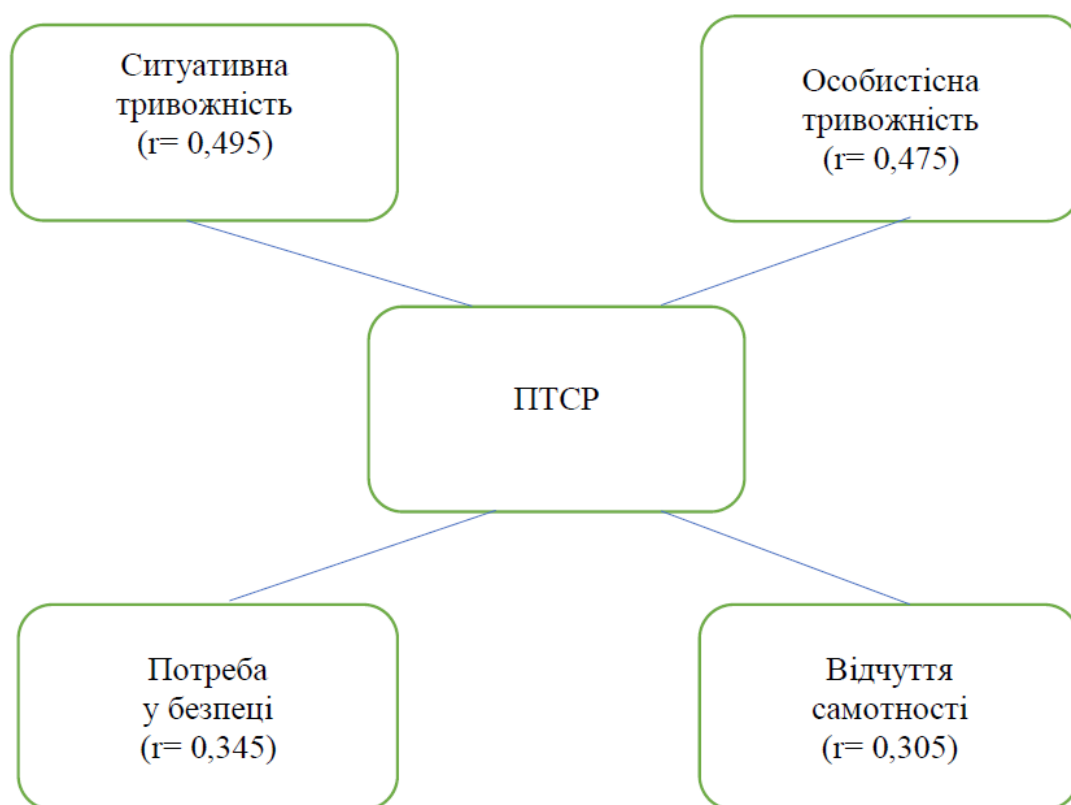


Рис. 2.14. Кореляційна плеяда симптомів ПТСР й особистісної тривожності, потреби у безпеці, ситуативної тривожності, суб'єктивного відчуття самотності

На рис. 2.14 представлено прямі кореляційні зв'язки між ПТСР та рівнем особистісної та ситуативної тривожності, суб'єктивним відчуттям самотності й потребою у безпеці. Прямий взаємозв'язок між ПТСР й особистісною тривожністю свідчить про те, що з підвищенням проявів ПТСР, таких як унікаюча поведінка стосовно спогадів про травматичні події, негативні зміни в думках та настроях, збудливість, реактивність та деперсоналізація, у внутрішньо переміщених осіб буде зростати особистісна тривожність. Також виявлено прямий взаємозв'язок між ПТСР та ситуативною тривожністю, що

свідчить про те, що зі збільшенням прояву ПТСР виникає більша тривожність у різних ситуаціях оточуючого середовища.

Зафіксовано прямий зв'язок між ПТСР та суб'єктивним відчуттям самотності. Це означає, що зі збільшенням проявів ПТСР суб'єктивно відчуття самотності внутрішньо переміщених осіб також збільшується. Крім того, встановлено прямий зв'язок між ПТСР та потребою у безпеці, що свідчить про те, що зі збільшенням проявів ПТСР виникає більша потреба у відчутті безпеки у ВПО.

Що сильніше проявляються симптоми ПТСР, тим більша тривожність спостерігається у відповідь на різні ситуації у навколишньому світі. Також встановлено, що із збільшенням прояву симптомів ПТСР зростає самотність, яку людина відчуває суб'єктивно. Це свідчить про те, що внутрішньо переміщені особи, які переживають негативні зміни у своїх думках, настроях, реактивності та демонструють унікаючу поведінку щодо спогадів про травматичні події, відчувають більшу самотність. Також помічено, що збільшення прояву ПТСР пов'язане з більшою потребою у відчутті безпеки.

Отже, чим вираженіше проявляються симптоми ПТСР, тим сильніше у ВПО виявляється потреба у відчутті безпеки. Це вказує на наявність кореляційних зв'язків між симптомами ПТСР та особистісною тривожністю, ситуативною тривожністю, суб'єктивним відчуттям самотності та потребою у безпеці. Отже, кореляційний аналіз дозволив виявити взаємозв'язки між проявом ПТСР та різними аспектами психосоматичних проявів ВПО, такими як симптоми інтрузії, уникнення, надмірна реактивність, негативні думки та емоції, а також особистісною й ситуативною тривожністю, потребами у безпеці, визнанні, суб'єктивним відчуттям самотності, самоствердженні.

Висновки до розділу 2

Для дослідження особливостей психосоматичних проявів у ВПО застосовувалися різні психодіагностичні методи. Серед них була використана шкала PCL-5 для оцінки симптомів ПТСР, методика вимірювання реактивної та особистісної тривожності Спілбергера - Ханіна, а також методика визначення задоволеності основних потреб й суб'єктивного відчуття самотності, розроблена Расселом - Фергюсоном. Ці інструменти дозволили отримати комплексні дані щодо психологічного стану та психосоматичних проявів у ВПО.

У дослідженні взяли участь 40 ВПО, які переїхали із Запорізької Миколаївської, Харківської та Херсонської областей. Отримані результати емпіричного дослідження показали наступне:

- найбільш вираженими психічними станами ВПО які пов'язані з психологічною травмою є негативні думки та емоції, на другому місці за вираженістю - симптоми інтрузії й надмірного реагування, а найменше виявлено симптоми уникнення й опис травматичної події.
- висока особистісна тривожність спостерігається у 25% ВПО, а ситуативна – у 55% респондентів. Середній рівень тривожності було зафіксовано у 66% ВПО та 35% відповідно, а низький рівень -- у 20% та 10% досліджуваних.
- найбільш задоволеною потребою у ВПО є потреба у безпеці. Менш задоволеними є матеріальні та соціальні потреби, а потреби у визнанні й самовираженні є найменшою мірою задоволені серед досліджуваних.
- більш ніж половина ВПО (57,5%) відчують високий рівень самотності. Середній рівень спостерігається у 30% ВПО, а низький рівень відзначений у 12,5% досліджуваних.

У результаті проведеного кореляційного аналізу було виявлено взаємозв'язки між проявом ПТСР, уникнення, симптомами інтрузії, надмірної реактивності, негативними думками та емоціями і такими психологічними

параметрами як особистісна та ситуативна тривожність, потреби у безпеці, визнанні, самоствердженні та суб'єктивним відчуттям самотності.

Респонденти з високими показниками тривожності, особливо гостро переживають почуття зростаючої небезпеки, яка для них незрозуміла і неясна, вони мають передчуття катастрофи і очікують негативних наслідків. У них спостерігаються такі особливості психосоматичних проявів як фізичні неприємні відчуття, такі як стисненість всередині, болі в м'язах, напруження та інші. Одночасно ця тривожність може супроводжуватися руховим збудженням, тривожними вигуками та виразними актами.

Загалом, результати дослідження підкреслюють важливість психологічної підтримки та розвитку стратегій копіngu для подолання негативних емоцій та тривожності серед ВПО з метою психопрофілактики психосоматичних розладів. Опираючись на отримані нами дані, можна розробити ефективніші стратегії психологічної підтримки та розвитку, спрямовані на підвищення психічного благополуччя ВПО.

ВИСНОВКИ

ВПО – особи або група осіб, які змушені були залишити своє місце проживання через ускладнення соціально-політичної, економічної чи екологічної ситуації відповідної адміністративно-територіальної одиниці із метою уникнення порушень прав людини, жорстокого поводження, воєнного конфлікту та які потребують правового й соціального захисту держави.

Соціально-психологічна адаптація ВПО включає подолання «інформаційних, освітніх, соціально-трудова, соціокультурних, економічних» бар'єрів. Основні проблеми, що стикаються ВПО, зосереджені на працевлаштуванні (що викликає стрес через безробіття та матеріальну нестабільність), взаємодії з оточенням (ізоляція, конфлікти, особистісні реакції) та питаннях самотності, втрати особистісної ідентичності. Травматичні події під час війни суттєво змінюють емоційні реакції, що призводить до послаблення адаптаційних можливостей психіки ВПО та виникнення психосоматичних порушень.

Поняття «психосоматика» відображає декілька аспектів. З одного боку, це науковий напрямок, що досліджує вплив психіки на фізіологію, та досліджує, як емоції і психічні стани можуть впливати на здоров'я та функціонування організму. З іншого боку, цей термін використовується для опису різноманітних феноменів, пов'язаних з взаємодією між психікою та тілом, включаючи патологічні стани.

Для більшості ВПО важливо не тільки адаптуватись до нового місця проживання й відчувати себе у безпеці, але й пропрацювати свій травмуючий досвід. Для їх успішної адаптації, необхідно залучити психологів, які мають знання й навички у роботі із потерпілими унаслідок воєнних дій.

Для дослідження особливостей психосоматичних проявів у ВПО застосовувалися різні психодіагностичні методи. Серед них була використана шкала PCL-5 для оцінки симптомів ПТСР, методика вимірювання реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна, а також методика визначення

задоволеності основних потреб й суб'єктивного відчуття самотності, розроблена Расселом - Фергюсоном. У дослідженні взяли участь 40 ВПО, які переїхали із Запорізької Миколаївської, Харківської та Херсонської областей. Отримані результати емпіричного дослідження показали наступне:

- найбільш вираженими психічними станами ВПО, які пов'язані з психологічною травмою є негативні думки та емоції, на другому місці за вираженістю – симптоми інтрузії й надмірного реагування, а найменше – симптоми уникнення й опис травматичної події.
- висока особистісна тривожність спостерігається у 25% ВПО, а ситуативна – у 55% респондентів. Середній рівень тривожності було зафіксовано у 66% ВПО та 35% відповідно, а низький рівень – у 20% та 10% досліджуваних.
- найбільш задоволеною потребою у ВПО є потреба у безпеці. Менш задоволеними є матеріальні та соціальні потреби, а потреби у визнанні й самовираженні є найменшою мірою задоволені серед досліджуваних.
- більш ніж половина ВПО (57,5%) відчувають високий рівень самотності. Середній рівень спостерігається у 30% ВПО, а низький рівень відзначений у 12,5% досліджуваних.

У результаті проведеного кореляційного аналізу було виявлено взаємозв'язки між проявом ПТСР, уникнення, симптомами інтрузії, надмірної реактивності, негативними думками та емоціями і такими психологічними параметрами як особистісна й ситуативна тривожність, потреби у безпеці, визнанні, самоствердженні й суб'єктивним відчуттям самотності.

ВПО із високими показниками тривожності, особливо гостро переживають почуття зростаючої небезпеки, яка для них незрозуміла і неясна, вони мають передчуття катастрофи і очікують негативних наслідків. У них спостерігаються такі особливості психосоматичних проявів як фізичні неприємні відчуття, такі як стисненість всередині, болі в м'язах, напруження та інші. Одночасно ця тривожність може супроводжуватися руховим збудженням, тривожними вигуками й виразними актами.

Загалом, результати дослідження підкреслюють важливість психологічної підтримки та розвитку стратегій копіngu для подолання негативних емоцій та тривожності серед ВПО з метою психопрофілактики психосоматичних розладів. Опираючись на отримані нами дані, можна розробити ефективніші стратегії психологічної підтримки та розвитку, спрямовані на підвищення психічного благополуччя ВПО.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Безшейко В.Г. Діагностика пост стресових розладів: погляд на проблему. Медична психологія, № 1, 2016. С. 99-104.
2. Волошин П., Л. Марута, Л. Шестопалова [та ін.] (2014). Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах : метод. рекомендації. Харків. ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». 67 с. 12.
3. Коваленко Н., Осуховська, О. Хаустова, & А. Качалка (2021). Соціально-демографічні показники та предиктори розладів психіки та поведінки у внутрішньо переміщених осіб. Психосоматична медицина та загальна практика, 6(1), e0601296. URL: <https://doi.org/10.26766/pmgrp.vbi1.296>.
4. Блінов О.А. Психологія бойової психічної травми : монографія. К. Талком, 2016. 246 с.
5. Булах І.С. Психологія життєвих криз особистості : навч. посіб. Вінниця : ТОВ «Нілан-ЛТД», 2015. С. 8-35.
6. Вишньовський В. Психологічна адаптація вимушено переміщених осіб, жертв воєнних конфліктів. II Міжнародна наукова конференція «Воєнні конфлікти та техногенні катастрофи: історичні та психологічні наслідки». 21-22 квітня. Т. : ФОП Паляниця В.А., 2022. С. 3–5.
7. Власенко С. Б. Психологічна допомога особам, які знаходяться в стані травматичної кризи Юридична психологія. 2018. № 2. С. 59-71.
8. Внутрішньо переміщені особи. URL: <https://www.msp.gov.ua/timeline/Vnutrishno-peremishcheni-osobi.html>
9. Гальченко А.В. Психосоціальна дезадаптація у внутрішньо переміщених осіб (клініко-психопатологічні, патопсихологічні особливості та реабілітація. Дис.. доктора філософії. 222 – Медицина, 22 – охорона здоров'я. Полтава, 2021. 207 с.
10. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знуцань у сім'ї до політичного терору: Д-р Дж. Герман;

переклад з англ. О. Лизак, О. Наконечна, О. Шлапак. Львів: Вид-во Старого Лева, 2015. 416 с

11. Горбунова В.В., Карачевський А.Б., Климчук В.О., Нетлюх Г.С., Романчук О.І. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп : навчальний посібник. Львів : Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету, 2016. 91 с.

12. Горбунова В. Робота з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) у рамках когнітивно-поведінкової терапії // Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій : зб. статей / Інст соціальної та політичної психології ; Представництво Польської академії наук у м. Києві ; Соціально-психологічний методичний реабілітаційний центр. К. : Міленіум, 2015. С. 26-35.

13. Гриньова Н., Слободян С. Дослідження психотравм особистості та шляхи її корекції у форматі позитивної психотерапії. Психологічний журнал / ред. Сафін О.Д. та ін., №3. Умань : ВПЦ Візаві, С. 42-50.

14. Дем'яненко М. Внутрішньо переміщені особи України: актуальні проблеми та шляхи їх розв'язання [Електронний ресурс]. // Україна: події, факти, коментарі. 2018. № 3. URL: <http://nbuviar.gov.ua/images/ukraine/2018/ukr3.pdf>

15. Дуб В. Реабілітаційна психологія : методичні матеріали до семінарських занять [для студентів ВНЗ]. Дрогобич : Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2017. 92 с.

16. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. К.: Педагогічна думка, 2016. 219 с.

17. Каменщук Т. Роль і місце психологічної допомоги для внутрішньо переміщених сімей в умовах воєнного часу. Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія «Педагогіка. Психологія». №1, 2022. С. 21-27.

18. Карамушка Л., Карамушка Т. Емпіричне дослідження особливостей психічного здоров'я вимушених «внутрішніх» переселенців в умовах війни. Організаційна психологія. Економічна психологія. №2 (26). 2022. С. 48-59.
19. Карамушка Л. М. Психічне здоров'я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати : Метод. рекомендації. Київ: Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України, 2022. 52 с.
20. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
21. Лашин О. І. (2019). Особливості формування ПТСР в умовах сучасних воєнних конфліктів та організації заходів з їх профілактики та лікування. *Ukrainian Journal of Military Medicine*, 19(4), 94-106.
22. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О., Хоружий С.М., Ларіонов С.О., Сириця М.В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. К. : 7БЦ, 2023. 175 с
23. Методичні рекомендації щодо надання першої психологічної допомоги сім'ям з дітьми, дітям, які перебувають/перебували у зоні збройного конфлікту. URL : <http://www.mvk.if.ua/cssm/29453>
24. Міхеєва О., Серєда В. Сучасні українські внутрішньо переміщені особи: основні причини, стратегії переселення та проблеми адаптації. Стратегії трансформації і превенції прикордонних конфліктів в Україні Збірка аналітичних матеріалів. Львів : Галицька видавнича спілка, 2015. 9-48 с.
25. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
26. Нестайко І. Соціальна адаптація та інтеграція внутрішньо переміщених осіб в результаті війни (польський погляд). // Збірник тез II Міжнародної наукової конференції «Воєнні конфлікти та техногенні катастрофи: історичні та психологічні наслідки», 21-22 квітня. Т. : ФОП Паляниця В.А., 2022. С. 20-22.

27. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. Київ, 2018. 236 с. 31.Періг І. Арт-терапевтичні методи зняття психоемоційної напруги в умовах переживання воєнних дій. // Збірник тез II Міжнародної наукової конференції «Воєнні конфлікти та техногенні катастрофи: історичні та психологічні наслідки», 21-22 квітня. Т. : ФОП Паляниця В.А., 2022. С. 22- 24.

28. Петришин Л. Соціальне забезпечення впо як реабілітаційний аспект відновлення соціального статусу в умовах військового конфлікту. // Збірник тез II Міжнародної наукової конференції «Воєнні конфлікти та техногенні катастрофи: історичні та психологічні наслідки», 21-22 квітня. Т. : ФОП Паляниця В.А., 2022. С. 24-27.

29. Плєскач Б.В., Уркаєв В.С. Складові технології психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам спрямованої на подолання травматичного досвіду. Актуальні проблеми психології: Консультативна психологія та психотерапія. Т.3, №15, 2019.

30. Психологічна енциклопедія / автор-упорядник О. М. Степанов. К.: «Академвидав», 2006. 424 с.

31. Психологічна допомога дитині у психотравмуючій ситуації. Методичний посібник. / Уклад. : Г.Б.Растроста . Суми. НВВ КЗ СОІППО : 2018. 64с.

32. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / Кісарчук З. Г., Омельченко Я. М., Лазос Г. П., Литвиненко Л. І., Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. К.: ТОВ «Видавництво «Логос»». 207 с.

33. Психологія особистості: словник-довідник / за ред. П. П. Горностая, Т. М. Титаренко. К.: Рута, 2001. 320 с.

34. Психологія поведінки на війні: практичний порадник. Навчальний посібник / колектив авторів; за заг. ред. В.І. Осьодла. К. : НУОУ, 2014. 125 с.

35. Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. URL: https://i-cbt.org.ua/wpcontent/uploads/2017/11/Romanchuk_PTSD.pdf
36. Семенова Ю. С. Психотравма (психологічна травма): дискусійні питання медицини та психології. // Актуальні проблеми сучасної медичної психології: матеріали V науково-практичної конференції (м. Київ, 11–12 травня 2011 р.). К., 2011. С. 50–54.
37. Сіпко Л.О. Особливості використання методів психокорекції у роботі з психічною травмою Проблеми сучасної психології. 2015. Вип. 30. С. 588- 599. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl_2015_30_51
38. Соціально-психологічна профілактика стресів та стресових розладів учнів та студентів : навч. посіб. / [за ред. В.Г. Панка, І.І. Цушка]. К. : Ніка-Центр, 2007. 164 с.
39. Спринська З.В. Психологічні особливості внутрішньо переміщених осіб. Теорія і практика сучасної психології. №6, 2018. С. 50-56
40. Титаренко Т. Життєві кризи : технологія консультування. К. : Главник, 2007. С. 89-93, 116-120.
41. Титаренко Т. М. Посттравматичне життєтворення: способи досягнення психологічного благополуччя: монографія / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. 160 с.
42. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.
43. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. К.: ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 160 с.
44. Черезова І.О. Психологія життєвих криз особистості : навчальний посібник [для студентів вищих навчальних закладів]. Бердянськ, БДПУ, 2016. 193 с.

45. Bezsheiko V. Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника «Перелік симптомів ПТСР» для української популяції. РМГР [інтернет]. 19, Вересень 2016 [цит. за 15, лютий 2023]. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/8>

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Методика визначення рівня тривожності Ч. Спілберга – Ю. Ханіна

Шкала реактивної і особистісної тривожності Спілбергера є єдиною методикою, яка дозволяє диференційовано вимірювати тривожність і як властивість особистості, і як стан. Реактивна (ситуативна) тривожність - стан суб'єкта в даний момент часу, який характеризується емоціями, які суб'єктивно переживаються особою: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю у цій конкретній ситуації. Цей стан виникає як емоційна реакція на екстремальну або стресову ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамікою у часі.

Мета: визначити рівень ситуативної тривожності; провести тестування, аналіз результатів, зробити порівняння з нормативами літературних даних.

Устаткування: бланк опитувальника.

Хід роботи :

1. Обстежуваному пропонується - «Уважно прочитайте кожне з наведених тверджень і закресліть відповідну цифру справа залежно від того, як ви себе відчуваєте в даний момент. Над питаннями довго не замислюйтеся. Перша відповідь, зазвичай, яка приходить в голову, є найбільш правильною, адекватною Вашому стану».

2. Проводиться тестування з використанням опитувального бланку

Опитувальний бланк ситуативної тривожності (Спілбергера-Ханіна)

	Ситуація	Ні, це не так	Напевно так	вірно	Дійсно вірно
1	Я спокійний	1	2	3	4
2	Мені нічого не загрожує	1	2	3	4
3	Я почуваю себе напружено	1	2	3	4
4	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5	Я почуваю себе вільно	1	2	3	4
6	Я розчарований	1	2	3	4
7	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8	Я відчуваю себе відпочилим	1	2	3	4
9	Я стурбований	1	2	3	4
10	Я маю відчуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12	Я нервую	1	2	3	4
13	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14	Я напружений	1	2	3	4
15	Я не відчуваю скованості	1	2	3	4
16	Я задоволений	1	2	3	4
17	Я заклопотаний	1	2	3	4
18	Я надто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19	Мені радісно	1	2	3	4
20	Мені приємно	1	2	3	4

3. Показник ситуативної (реактивною) тривожності розраховується за формулою:

$$PT = \sum_1 - \sum_2 + 35,$$

де \sum_1 – сума закреслених цифр по пунктах 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

\sum_2 – сума закреслених цифр по пунктах 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20.

Якщо РТ не перевищує 30, то, особа, яку опитували, не відчуває особливої тривоги, тобто у неї в даний момент виявляється низька тривожність. Якщо сума знаходиться в інтервалі 31-45, то це означає помірну тривожність. При 46 і більше - тривожність висока. Дуже висока тривожність (> 46) прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами і з психосоматичними захворюваннями. Низька тривожність (<12), навпаки, характеризує стан як депресивний, реактивний, з низьким рівнем мотивацій.

Але іноді дуже низька тривожність у показниках тесту є результатом активного витіснення особою високої тривоги з метою показати себе в»кращому світлі».

ДОДАТОК Б**Методика діагностики ступеня задоволеності основних потреб**

Інструкція: Перед вами 15 тверджень, які ви повинні оцінити, попарно порівнюючи їх між собою.

Спочатку оцініть 1-е твердження з 2-м, 3-м і т. Д. І результат впишіть в 1-ю колонку. Так, якщо при порівнянні першого твердження з другим кращим для себе ви вважаєте друге, то в початкову клітинку впишіть цифру 2. Якщо ж кращим виявиться 1-е твердження, то впишіть цифру 1. Потім те ж саме виконайте з другим твердженням: порівняйте його спочатку з 3-м, потім з 4-м і т. д., і вписуйте результат в 2-у колонку. Подібним же чином працюйте з іншими твердженнями, поступово заповнюючи весь бланк. Під час роботи корисно до кожного твердженням вголос проговорити фразу «Я хочу ...»

1. Домогтися визнання і поваги
2. Мати теплі відносини з людьми.
3. Забезпечити собі майбутнє.
4. Заробляти на життя.
5. Мати хороших співрозмовників
6. Зміцнити своє становище.
7. Розвивати свої сили і здібності.
8. Забезпечити собі матеріальний комфорт.
9. Підвищувати рівень майстерності і компетентності.
10. Уникати неприємностей.
11. Прагнути до нового і незвіданого.

12. Забезпечити собі положення впливу.
13. Купувати гарні речі
14. Займатися справою, що вимагає повної віддачі.
15. Бути зрозумілим іншими.

Обробка результатів дослідження та інтерпретація.

Закінчивши роботу, підрахуйте кількість балів (тобто виборів), що випали на кожне твердження.

Виберіть 5 тверджень, які отримали найбільшу кількість балів, і розташуйте їх по ієрархії. Це ваші головні потреби.

Для визначення ступеня задоволеності 5 головних потреб підрахуйте суму балів по п`яти секціях з наступних питань:

1. Матеріальні потреби: 4, 8, 13;
2. Потреби в безпеці: 3, 6, 10;
3. Соціальні (міжособистісні) потреби: 2, 5, 15;
4. Потреби у визнанні: 1, 9, 12;
5. Потреби в самовираженні: 7, 11, 14.

Підрахуйте суми балів по кожній з 5 секцій і відкладіть на вертикальній осі графіка результату. По точках-балам побудуйте загальний графік результату, який вкаже три зони задоволеності по п`яти потребам.

ДОДАТОК В**Методика діагностики суб'єктивного відчуття самотності****(Д. Рассел і М. Фергюсон)**

Інструкція. Вам запропоновано ряд тверджень. Послідовно прочитайте кожне з них і оцініть з точки зору частоти їх прояву у вашому житті за допомогою відповідей «часто», «іноді», «рідко», «ніколи». Той варіант, що ви обрали, позначте знаком «+».

Твердження	часто	іноді	рідко	ніколи
1. Я нещасливий, коли займаюся багатьма справами на самоті				
2. Мені ні з ким поспілкуватися				
3. Для мене нестерпно бути таким самотнім				
4. Мені не вистачає спілкування				
5. Я відчуваю, що ніхто не розуміє мене				
6. Я часто чекаю на те, що знайомі або друзі подзвонять мені або напишуть				
7. Немає такої людини, до якої я міг би звернутися				

8. Я зараз не маю близької людини				
9. Ті люди, що мене оточують, не поділяють мої думки та ідеї				
10. Я відчуваю себе покинутим				
11. Я не здатен розслабитися та спілкуватися з тими людьми, що мене оточують				
12. Я почуваюся зовсім самотнім				
13. Мої соціальні зв'язки і контакти поверхневі				
14. Мені дуже не вистачає компанії				
15. Ніхто не знає яким я є насправді				
16. Я відчуваю, ніби мене ізольовано від інших людей				
17. Я дуже нещасливий, відчуваючи, що я дійсно відторгнутий				
18. Мені важко знаходити друзів				
19. Я відчуваю, що я виключений із соціуму				
20. Навколо мене є люди, але вони не зі мною				

Обробка результатів дослідження та інтерпретація.

Підраховується кількість кожного із варіантів відповідей. Сума відповідей «Часто» множиться на 3 (три), «Іноді» - на 2 (два), «рідко» - на 1 (один), і «ніколи» - на 0 (нуль). Отримані результати додаються. Максимально можливий показник самотності - 60 (шістдесят) балів. Високий ступінь самотності показує сума від 40 до 60 балів, від 20 до 40 балів - середній рівень самотності, від 0 до 20 балів - низький рівень самотності.

*ДОДАТОК Г***Шкала PCL-5****Інструкція**

Проблеми, з якими інколи стикаються люди, що зазнали сильного стресу, наведено далі в таблиці. Рекомендовано людині, згадуючи в думках найгіршу подію, уважно прочитати зазначені запитання та відмітити, наскільки вони її турбували протягом останнього місяця. Треба при цьому намагатись якомога коротше описувати такі події; якщо вони викликають сильне занепокоєння людина може взагалі пропустити цей пункт.

Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували...

1. Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?
2. Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?
3. Раптове почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?
4. Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?
5. Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?
6. Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?
7. Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць...), які нагадують про стресовий досвід?
8. Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?
9. Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?
10. Самозвинувачення або звинувачення інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?
11. Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?

12. Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?
13. Відчуття віддаленості або відокремленості від інших людей?
14. Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові по відношенні до близької людини)
15. Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?
16. Те, що ви дуже ризикуєте або робите речі, які можуть зашкодити?
17. Бути «на взводі» або «на сторожі»?
18. Відчуття постійної напруги?
19. Труднощі із зосередженістю?
20. Проблеми із засинанням або нічні прокидання?

Інтерпретація PCL-5

Опитувальник PCL-5 складається із 20 питань, кожне з яких оцінюється від 0 до 4 балів в залежності від вираженості симптому. Цей опитувальник зазвичай використовується для скринінгу ПТСР. Питання по цій шкалі відображаються відповідні кластери симптомів ПТСР згідно із класифікацією DSM-5:

- Критерій А – опис травматичної події.
- Критерій В, симптоми інтрузії – від 1 по 5-те запитання.
- Критерій С, симптоми уникнення – 6 та 7 запитання.
- Критерій D, негативні думки та емоцій – від 8 по 14 запитання.
- Критерій Е, симптоми надмірної реактивності – від 15 по 20 запитання.

Мінімально можливий бал – 0, максимально можливий – 80. Для діагнозу ПТСР наявність експозиції до травматичної події є обов'язковою.

Є 2 підходи щодо інтерпретації результатів. Клінічно значущими симптоми вважаються, якщо:

1. Підрахунок по кластерах симптомів. Пацієнт відповідає на 2+ балів по одному запитанню із критеріїв В та С, та на два запитання – критеріїв D та Е.
2. Підрахунок загальної кількості балів. Пацієнт загалом набирає 33 або більше балів.