

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

**ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ПСИХОТРАВМИ ВИМУШЕНИХ
ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ**

Кваліфікаційна робота

Студентки 2 року ОР Магістр
(спеціальність 053 «Психологія»,
освітня програма «Психологія»,
заочна форма навчання)

Солдатової Роксани Миколаївни

Науковий керівник:

доктор філософії у галузі психології,
асистент кафедри психодіагностики
та клінічної психології

Вакуленко Юлія Віталіївна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №

Протокол №_____ від_____ року

Завідувач кафедри психодіагностики та клінічної психології

_____ **Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА**

Київ-2023

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПСИХОТРАВМИ ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ	6
1.1. Поняття психотравми: історичний контекст та класифікація	6
1.2. Проблематика вимушеного переселення	14
1.3. Особливості травматизації вимушених переселенців	20
Висновки до розділу 1	29
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПСИХОТРАВМИ ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ	31
2.1. Емпірична модель дослідження	31
2.2. Обґрунтування методичного інструментарію дослідження	33
2.3. Опис вибірки та процедури дослідження	35
Висновки до розділу 2	38
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПСИХОТРАВМИ ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ	39
3.1. Особливості прояву психотравми у вимушених переселенців, що перебувають за кордоном та внутрішніх переселенців в межах України	39
3.2. Зв'язок між ознаками ПТСР, комплексного ПТСР із симптомами тривоги та депресії	49
3.3. Загальні рекомендації психологам щодо роботи з вимушеними переселенцями	51
Висновки до розділу 3	56
ВИСНОВКИ	58
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	62
ДОДАТКИ	69

ВСТУП

Актуальність. В сучасному світі військові та етнічні конфлікти часто змушують людей залишати свої домівки та шукати притулок в інших регіонах чи країнах. Починаючи з 2014 року внаслідок військової агресії з боку росії, а з 24 лютого 2022 року в умовах повномасштабного вторгнення на територію України, тисячі людей були вимушені змінити своє місцезнаходження та виїхати за кордон або вимушено переселитися в межах України. Військові події, вимушене переселення, відсутність постійного місця проживання, розлучення із рідними та близькими, невизначеність та невпевненість у майбутньому безумовно впливають на психічне здоров'я вимушених переселенців, зумовлюють їх травматизацію та як наслідок - ризик виникнення ПТСР, зростання рівня тривоги та депресії.

Серед зарубіжних науковців Tahan M., Taheri H., Saleem T., Winders S., Murphy O., Looney K., O'Reilly G. Дослідженням психотравми та її особливостей займалися українські науковці: Т. Титаренко, С. Кузікова, В. Зливков, С. Лукомська, З. Кісарчук, Б. Плєскач, В. Уркаєв, Л. Заграй, Я. Омельченко, Г. Лазос, Л. Литвиненко, В. Грандт, Л. Царенко, Л. Паливода, Perrotta G. Дослідженням впливу травми та війни на біженців та внутрішніх вимушених переселенців займалися українські науковці: Л. Карамушка, Т. Карамушка, О. Завгородня, О. Краєва, А. Гуляєва, З. Спринська, О. Кокун, Н. Агаєв, В. Стасюк. Серед зарубіжних науковців проблемою травматизації серед біженців та вимушених переселенців займалися Knipscheer J. W., Sleijpen M., Mooren T., Ter Heide F. J, Roberts B, Osaka K.F, Browne J, Oyok T, Sondorp E., Uphoff E., Robertson L., Cabieses B., Villalón F. J., Purgato M., Churchill,R., Barbui C.

Мета дослідження: виявити особливості прояву психотравми вимушених переселенців внаслідок війни.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз особливостей прояву психотравми серед вимушених переселенців;
2. Здійснити організацію та підбір методичного інструментарію для дослідження особливостей прояву психотравми серед переселенців в межах України та переселенців, які опинились за кордоном;
3. Встановити та порівняти особливості прояву психотравми серед переселенців в межах України та переселенців, які опинились за кордоном;
5. Встановити зв'язок між ознаками ПТСР, ознаками комплексного ПТСР з депресією та тривогою;
6. Надати загальні рекомендації психологам щодо роботи з вимушеними переселенцями.

Об'єкт дослідження: психотравма.

Предмет дослідження: особливості прояву психотравми вимушених переселенців внаслідок війни.

Методи дослідження:

Теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення.

Емпіричні: Контрольний перелік життєвих подій (Life Events Checklist for DSM-5, LEC-5), Міжнародний опитувальник травми (International Trauma Questionnaire, ITQ), Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI), Шкала тривоги Бека (The Beck Anxiety Inventory, BAI).

Математико-статистичні: методи описової статистики, U-критерій Манна-Уїтні, кореляційний аналіз Спірмена.

Гіпотези дослідження:

1. Рівень депресії, тривоги та симптомів ПТСР у вимушених переселенців, які опинились за кордоном та внутрішніх переселенців в межах України суттєво не відрізняються.
2. Існує позитивний взаємозв'язок між симптомами ПТСР, КПТСР з депресією та тривогою.

Наукова новизна та теоретична значущість дослідження: полягає в тому, що розширено уявлення про психотравму, особливості її прояву серед

вимушених переселенців, які опинились за кордоном та внутрішніх переселенців в межах України внаслідок війни.

Практичне значення дослідження полягає у визначенні особливостей психотравми, які переживають особи, що були змушені покинути свої домівки та змінити своє місце перебування внаслідок війни. Результати дослідження можуть бути використані для розроблення ефективних програм психологічної підтримки та реабілітації для вимушених переселенців. Розуміння особливостей психотравми в контексті війни також може бути основою для розроблення профілактичних заходів, спрямованих на зменшення ризику виникнення психічних проблем у вимушених переселенців. Подальше дослідження цієї теми може сприяти покращенню якості надання психологічної допомоги та соціальної підтримки для цієї вразливої групи населення.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів з висновками до кожного, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПСИХОТРАВМИ ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ

1.1. Поняття психотравми: історичний контекст та класифікація

В сучасному суспільстві, насиченому стресом та різноманітними життєвими викликами, спровокованими воєними діями, майже кожен з нас зіштовхується із термінами, такими як "травма", "психологічна травма", "посттравматичний стресовий розлад" та інші. На сьогодні термін "психологічна травма" не має чіткого визначення в психології. Як у зарубіжній, так і в вітчизняній літературі психотравму досліджують або як стан, або як психотравму, що викликана травматичною подією чи ситуацією.

Психотравма, яка викликана ситуацією чи подією, являє собою будь-яку особисто значущу ситуацію або подію, що має потенційно патогенний емоційний вплив на психіку людини, що у разі недостатності захисних механізмів може призвести до виникнення певних психічних розладів (Кісарчук, 2015).

Ч. Фіглі визначив три основні критерії для визначення травми: подія повинна бути несподіваною, небезпечною і викликати пригнічення. Такі події порушують звичний хід життя та виходять поза меж звичайного досвіду людини (Figley, 1986).

У багатьох сучасних наукових працях використовується визначення "психотравма" як стан глибокого переляку, який виникає у людини під час зіткнення з несподіваною подією, яка може потенційно загрожувати її життю. Такий рівень страху перевищує особисті можливості та обмежує здатність індивіда контролювати ситуацію та реагувати ефективно (Levine, 1998; Zetl & Josephs, 2001).

Психотравма - це реакція на подію, яка сприймається людиною як дуже стресова. Наприклад, перебування в зоні бойових дій, стихійне лихо, автокатастрофа або нещасний випадок (Tahan, 2021).

Психотравма також розглядається як стан, що виникає при неспівпадінні між загрозливими факторами ситуації та індивідуальними здатностями їх подолання. Цей стан супроводжується сильним страхом, гострим відчуттям безпорадності та втрати контролю, змінами в когнітивній сфері та порушеннями у способах регуляції емоцій, що іноді викликає тривалі фізичні, особистісні та психічні порушення. На фізіологічному рівні спостерігаються зміни у біохімічній рівновазі, чим пояснюється ефект знеболення, підвищена збудливість, амнезія, зниження імунітету, виснаження тощо. Також відзначається зміна роботи мозку, включаючи блокування міжпівкульної синаптичної передачі. Ці зміни впливають на функціонування нейронів кори головного мозку, що в свою чергу впливає, перш за все, на мозкові зони, пов'язані з контролем агресивності та регуляцією сну (Кісарчук, 2015).

В психологічній енциклопедії дефініція «психологічна травма» має таке визначення: «...шкода, завдана психічному здоров'ю людини інтенсивною дією несприятливих факторів навколишнього середовища чи стресовими впливами інших людей» (Степанов, 2006).

Л. Заграй (2015) зазначає: «Психологічна травма ґрунтується на суб'єктивній інтерпретації ситуації, що передбачає можливість контролювати/регулювати ситуацію і знижувати невизначеність та вразливість. Відповідно, психологічна травма – це реакція людини на життєві обставини, що викликає тривалі емоційні переживання негативного характеру. Однак коли йдеться про переживання, ми маємо на увазі інтерпретацію, рефлексію ситуації, події, яка зумовила травматизацію людини».

Т. Титаренко у словнику-довіднику надає таке трактування цього поняття: «Психологічна травма (психотравма, грец. Psyche – душа, trauma – пошкодження, потрясіння) – це залишкові явища афективних переживань особистості, що зумовлені зовнішніми подразниками, спричиняють психічний дискомфорт і виявляють патогенний вплив на особистість. У

метафоричному значенні психотравма – це будь-яке потрясіння психіки, що виявляє сильний вплив на функціонування особистості та її подальший розвиток» (Титаренко, 2001). Слід звернути увагу, що обидва наведені визначення ототожнюють поняття психологічної і психічної травми.

Якщо звернутися до історії походження поняття «психологічна травма», то воно бере початок у ХІХ столітті з роботи французького невролога Жана Мартена-Шарко. Шарко був першою людиною, яка спробувала вивчити і дати визначення хвороби, на той час відомої як «істерія». До досліджень Шарко істерію вважали хворобою з незв'язними і незрозумілими симптомами .

Шарко зміг дуже детально задокументувати розвиток та характеристики хвороби, а також продемонструвати, що хвороба має психологічний характер. Він продемонстрував свою теорію, штучно викликаючи симптоми хвороби у пацієнтів за допомогою гіпнозу, проте не зміг визначити природу захворювання та запропонувати ефективного втручання для лікування. Метою його учнів, зокрема Зигмунда Фрейда, Вільяма Джеймса та П'єра Жане, було дослідити природу і можливі ліки від істерії.

Науковці Джанет й Фрейд в своїх дослідженнях дійшли висновку, що симптоми істерії є результатом психологічної травми. Вони вважали, що симптоми були результатом зміненого стану свідомості, спричиненого нестерпними емоційними реакціями на травматичні події. Джанет назвала реакцію «дисоціацією», а Фрейд назвав її «подвійною свідомістю» (Nerman, 1992).

Джанет і Фрейд виявили, що симптоми можна полегшити, якщо пацієнт зможе вербалізувати травматичну подію, що зберігається в несвідомій пам'яті. Джанет назвала б це лікування «психологічним аналізом», а Фрейд зрештою назвав би це «психоаналізом». Роботи Джанет, Фрейда та Джозефа Брюера дали початок сучасній психотерапії. Методи

лікування, що були ними запропановані, дозволяють людині обговорити істерію таким чином, щоб це сприяло полегшенню симптомів.

Психоаналітична теорія домінувала в дослідженнях науковцями травми наприкінці дев'ятнадцятого та на початку двадцятого сторіччя. Психоаналіз став «дослідженням внутрішніх мінливостей фантазії та бажань, відокремлених від реальності досвіду» (Herman, 1992).

Більшість своїх досліджень Фрейд будував на дослідженні сексуального життя жінок та виявив кореляцію між сексуальним насильством над жінками та істеричною поведінкою. Пізніше Фрейд відмовився від свого дослідження істерик у жінок, заявивши, що жінки не зазнавали сексуального насильства. Він повідомив, що пацієнтки «придумували» фантазії про сексуальне насильство. Слід зазначити, що це зречення стало поворотним моментом у відході від вивчення істерії та травми як пов'язаних із несвідомим.

Після смерті Шарко та відмови від підходу Фрейда, дослідження психологічної травми відновилися тільки під час Першої світової війни. Чарльз Майєрс, британський психолог, був одним із перших, хто обстежував солдатів, які страждали від того, що він назвав «контулярним шоком».

Вважалося, що цей нервовий розлад є наслідком струсу від розривів снарядів. Пізніше виявилося, що солдати, які не бачили бою, страждали від такого ж нервового стану, як і солдати в бою. Тривале перебування під час війни та її наслідків викликало у чоловіків істеричні симптоми, схожі на симптоми, про які повідомляли Шарко та Фрейд у жінок. Діагноз «бойовий невроз» не сприймався як «почесний». Традиціоналісти ставили під сумнів моральну цілісність солдата і сумнівалися, чи лікувати його з цим розладом, оскільки вважали солдата, ураженого бойовим неврозом, боягузом і неповноцінною людиною (Herman, 1992).

Згодом Абрам Кардінер, американський психіатр, який навчався у Відні, розпочав дослідження бойових неврозів у 1920-х роках. Кардінер

вперше спробував розвинути теорію бойового неврозу з психоаналітичної точки зору. Згодом він відмовився від цієї теорії та замінив її системою, заснованою на дослідженнях Джанет. У 1941 році Кардінер опублікував свою книгу «Травматичні неврози війни», яка зрештою поступилася місцем його розвитку сучасної системи травматичних синдромів.

Під час Другої світової війни Кардінер приєднався до іншого американського психіатра, Герберта Шпігеля, щоб переглянути його текст і розпочати лікування на основі Ріверса. Кардінер і Шпігель виявили, що солдати страждають від втрати прихильності до свого бойового підрозділу. Лікування тоді мало б бути відносно близько до фронту та включати відтворення травматичної події за допомогою гіпнозу. Така форма лікування виявилася ефективною, але Кардінер і Шпігель попередили військового психіатра, що наслідки лікування не будуть постійними через тривалі наслідки травми для психіки. Цей стиль лікування залишався на практиці до кінця Другої світової війни, коли знову вивчення травми практично зникло.

Війна у В'єтнамі стала наступною підставою щодо появи інтересу до бойового неврозу двох американських психіатрів, Роберта Ліфтона та Хаїма Шатана. Ліфтон та Шатан створили групи для ветеранів бойових дій, які страждають від психологічної травми війни та антивоєнних настроїв. Ці групи пропонували солдатам місце для обговорення свого досвіду та підвищення обізнаності про наслідки війни (Herman, 1992). До 1970-х років реп-групи поширилися по всій країні, що змусило Адміністрацію у справах ветеранів розпочати дослідження наслідків бойового впливу на солдатів.

Також у цей час феміністичний рух почав підвищувати обізнаність про повсякденне насильство в сексуальному та сімейному житті жінок. Схожі наслідки бойового неврозу переживала жінка і в цивільному житті. Наслідки зґвалтування, сексуального насильства були більш поширеними для жінок, ніж травми війни для чоловіків.

Тобто , на одну шпальту ставились бойові травми, наслідки згвалтування, сексуального насильства , посттравматичні стресові розлади , які траплялись у житті людини.

У 1980 році Американська психіатрична асоціація розробила категорію посттравматичних стресових розладів. Ця категорія базувалася на роботі Кардінера, саме він запропонував травматичні симптоми, від яких страждають усі постраждалі від травми.

У 1994 році Американська психіатрична асоціація опублікувала четверте видання Діагностичного та статистичного посібника з психічних захворювань. Розлади (DSM-IV). У цьому виданні тепер визнається гострий стресовий розлад, який наголошує на порушеннях, виявлених у посттравматичному стресовому розладі. До 1995 року дослідження гострого стресового розладу та посттравматичного стресового розладу досягли найвищого рівня.

Суттєвими змінами в п'ятому виданні DSM порівняно із DSM-III і DSM-IV є те, що ПТСР більше не розглядається як тривожний розлад. Замість цього воно включено до нової категорії під назвою "Розлади, зумовлені травмою і стресором". У п'ятому виданні DSM-5 (APA, 2013) психологічна травма визначається як пережита смерть, загроза життю, загроза або фактична серйозна травма чи сексуальне насильство, що може проявлятися одним з таких способів:

- 1) безпосереднє переживання травматичної події;
- 2) особисте свідчення події, що сталася з іншою людиною;
- 3) подія, що сталася з членом сім'ї або близьким другом;
- 4) багаторазовий або надмірний контакт з деталями травматичної події, що викликають сильну негативну емоційну реакцію (наприклад, ті, хто внаслідок обставин першими опинилися на місці загибелі людей і займалися збиранням тіл і останків тіл загиблих; представники правоохоронних органів, які повторно стикалися з безпосередніми наслідками насильства над дітьми).

Щодо класифікації психологічних травм, то загальноприйнятої на даний час немає. В той же час є різні варіанти класифікацій.

За Дж. Гарнер від особистісної значущості події травматичної, психологічної захищеності та емоційної стійкості людини залежить глибина психологічної травми. За характером дії психотравмуючі впливи класифікують за трьома видами:

А) за інтенсивністю впливу: масовані (катастрофічні), гострі та раптові, які пригнічують адаптаційні можливості людини;

Б) за соціально-значущими наслідками: багатопланові та вузько спрямовані дії, внаслідок яких змінюється соціальна позиція людини (винагороди, повага до людей, соціальний престиж, можливість самоствердження);

В) За особистими наслідками: особистісно-руйнівні та біологічні, через які виникають неврози та психосоматичні захворювання (Степанов, 2006).

Основні аспекти травматичних подій включають їхню несподіваність, неочікуваність та приголомшливість. Як правило, ці події порушують звичний хід життя людини та виходять поза межі її звичайного досвіду. Сучасна класифікація психотравми, що не є загально прийнятою у науковому світі, включає в себе наступні види:

Монотравма - це одноразова подія, що має психотравмуючий ефект.

Мультитравма - травма, що виникає під впливом кількох травматичних подій одночасно.

Повторювана травма - це травма, яка характеризується частим повторенням схожих травматичних ситуацій, таких як тривале насильство, постійна зрада, воєнний конфлікт тощо.

Політравма: травма, що представляє собою складну та множинну її складову, важко діагностовану, та такою, що супроводжується порушеннями важливих функцій організму, ускладненим лікуванням, високим рівнем інвалідності та смертністю. Політравму спричиняють різні травмувальні чинники, які можуть діяти одночасно чи в різний час. Наслідки множинних

травм завжди є важчими, ніж наслідки одноразової травматичної події (Пророк, Запорожець, Креймеєр, Гридковець, ..., Чекстєре, & Палієнко, 2018).

Травматична подія сама по собі може бути будь-якого типу: вона може стосуватися втрати близької людини, завершення стосунків або втрати роботи, яка для суб'єкта була центральною точкою його існування, серйозна хвороба або участь у драматичній ситуації, яка викликала вразливість, наприклад, зґвалтування або психологічне (домашнє насильство, словесне насильство та залякування) насильство.

Усі ці травматичні події об'єднує спільний елемент: подія змінює уявлення суб'єкта про благополуччя, роблячи його більш крихким і нестабільним, спотворюючи його ідентичність і перетворюючи його на «жертву» (Грандт, 2023).

Сучасна психологія психологічну травму розуміє як стан сильного страху, який переживає людина під час стикання з раптовою подією, що одночасно є потенційно загрозливою для життя людини. Можливості людини перевершують цей страх та не дають можливості контролювати його та ефективно реагувати (Лукомська, 2022).

П. Левін пропонує підхід, в якому він інтегрував знання як психології та психотерапії, так і психофізіології, біології та нейропсихології. Тобто, за П. Левін, травма є проривом у бар'єрі, який захищає людину від впливу і супроводжується почуттям безпорадності, яка є надзвичайно сильною. Через відсутність або недостатність необхідних індивідуальних ресурсів подолання травмуючої події виникає психологічна травма (Левін, 2007).

Проблема психологічної травми у східноєвропейських суспільствах продовжує залишатися актуальним викликом для сучасних національних стратегій самоідентифікації. Трагічний досвід Другої світової війни, масовий геноцид різних етнічних груп і політичні репресії тоталітарних режимів глибоко вкорінені в національній пам'яті постраждалих народів (Bryan et al., 2018).

1.2. Проблематика вимушеного переселення

Процес вимушеної міграції значно поширився по всьому світу. У зв'язку із війною в Україні це явище є досить поширеним, та, на жаль, таким що не припиняється й досі.

Протягом майже двох років триває повномасштабне вторгнення росії на територію України, яке кардинально змінило життя кожної людини. Багато людей були змушені покинути свій дім та свій звичний спосіб життя. сподіваючись якнайшвидше повернутися додому, але, як показує час, це зараз є неможливим у зв'язку із тривалістю війни та відповідними воєнними діями. Згідно статистичних даних, станом на 20 листопада 2023 року в Україні зафіксовано 4,915 млн внутрішньо переміщених осіб, біженців - 6 319 700.

Велика кількість мешканців України вимушено переїхали в інші регіони країни та за кордон. Дехто був переміщений через те, що перебував у центрі військового конфлікту та намагався втекти, побоювались переслідувань окупантів через свої політичні погляди, а деякі ніколи не бачили бойових дій, але знаходились постійно під сиренами, у бомбосховищах, відчуваючи постійну небезпеку своєму життю та небезпеку за своїх рідних та близьких.

Напевно, у кожного, хто став вимушеним переселенцем є свої причини. Але ситуація, що склалася в Україні в цілому та у конкретному місці де вони постійно жили, змусила людей змінити місце свого проживання.

Переміщення може бути зовнішнім (наприклад, біженці) або внутрішнім (наприклад, внутрішньо переміщені особи (ВПО)). Згідно Конвенції ООН про права біженців, «біженець – особа, що внаслідок обґрунтованих побоювань стала жертвою переслідувань за ознаками раси, національності, громадянства, віросповідання перебуває за межами країни своєї громадянської належності або не маючи визначеного громадянства і знаходячись за межами країни свого колишнього місця проживання»

Згідно з основними принципами УВКБ ООН щодо переміщення осіб всередині країни, термін "особи, переміщені всередині країни" визначається як індивіди або групи осіб, які були примушені залишити свої домівки чи місця проживання через необхідність уникнення наслідків збройних конфліктів, ситуацій загального насильства, порушень прав людини, або стихійних лих чи техногенних катастроф. Важливо відзначити, що ці особи не перетнули міжнародно визнаний кордон країни.

М. Слюсаревський та О. Блинова (2013) в своїх наукових роботах приділяли увагу щодо класифікації міграції й поділяли її за різними ознаками, такими як внутрішньодержавна та міждержавна, постійна та тимчасова, суверенна та вимушена.

Масова міграція в межах країни породжує ряд унікальних проблем, що виникають як у внутрішньо переміщених осіб, так і в суспільстві в цілому. Цей процес визначається значним спрощенням поведінки людей для забезпечення власного виживання, але при цьому викликає загальну невизначеність у суспільних відносинах (Ніколайчук, 2005).

Важливо зауважити, що на відміну від добровільної міграції, де соціальний статус особи зазвичай поліпшується, внаслідок примусової міграції спостерігається його суттєве погіршення та часткова чи повна втрата матеріального благополуччя, певна зміна отримуваних доходів та відповідно рівня життя в цілому.

Під вимушеною міграцією ми розуміємо відсутність позитивної мотивації для переїзду та зміну умов проживання, коли нормальне існування стає неможливим або виникає реальна загроза безпеці життя, при відсутності перспективи нормалізації ситуації (Путінцев, & Пашенко, 2018).

Теоретичний аналіз визначення поняття "внутрішньо переміщені особи" було здійснено як українськими, так й зарубіжними науковцями. Зокрема М. Ніколайчук зауважує, що "внутрішньо переміщені особи – це специфічна цільова група реалізації міграційної політики, якій притаманні

різномірні ознаки, детерміновані особливими потребами, особистісними характеристиками та впливами зовнішнього середовища” (Ніколайчук, 2005).

У науковому дослідженні Р. І. Наджафгулієв зазначає, що під поняттям “внутрішньо переміщена особа” слід розуміти, особу, яка є громадянином своєї держави, але змушена покинути місце постійного проживання і переселитися в інше місце в результаті військової агресії, стихійного або техногенного лиха (Наджафгулієв, 2015).

М. М. Сірант визначає внутрішньо переміщених осіб як тих, хто був змушений залишити свої домівки для урятування від збройних конфліктів, насильства або масових порушень прав людини (Сірант, 2015).

За проведеним аналізом вищезазначених понять можливо надати зміст поняттю «вимушено переміщені особи» - це особи або група осіб, які змушені залишити своє місце проживання через ускладнення політичної, соціальної, економічної або екологічної ситуації з метою уникнення порушень прав людини, воєнного конфлікту або жорстокого поводження, і які потребують захисту держави. Слід зазначити, що на думку науковців, "внутрішньо переміщених осіб" можна також називати "переселенцями", дані поняття є тотожними (Карамушка, 2022).

Поряд із цим, хотілось би зазначити, що всі категорії переселенців, незалежно від віку, статі, національності та соціального положення, які залишили свої домівки через війну, стихійні лиха тощо, стикаються з труднощами адаптації до нових умов життя. Це впливає не лише на рівень матеріального забезпечення, але і на здатність адаптуватися до соціального середовища.

Вчені звертають увагу на тривогу як ключову проблему вимушених переселенців. Тривога, супроводжуючи мігрантів на всіх етапах пересування, ускладнює їх адаптацію та викликає негативні переживання, що можуть впливати на психічне здоров'я. Наголошується на вплив рівня тривоги на сприйняття оточуючої дійсності та соціальну активність особи, що переселяється. Тривога має довготривалий характер у житті переселенця, з

початку прийняття рішення щодо переїзду до іншого міста проживання та фактично протягом всього подальшого життя. Основою тривоги є невизначеність і невідомість нового середовища. В даному випадку тривога доповнюється страхом й почуттям безнадії. Ці негативні переживання послаблюють адаптаційну здатність психіки переселенця (Bogic, Njoku, & Priebe, 2015).

У людей з високим рівнем тривожності спостерігаються викривлення у сприйнятті навколишньої дійсності, що пов'язано із забарвленням життєвих подій і майбутніх перспектив у песимізм, відчуття власної неповноцінності, очікування відторгнення з боку оточення. Тривожність, невизначеність у майбутньому заважають вимушеним переселенцям пристосуватися до «нового життя», стимулює бажання шукати підтримки та допомоги зовні (Uphoff., Robertson, Cabieses, Villalón., Purgato, Churchill, & Barbui, 2020).

З іншого боку, низький рівень тривожності сприяє соціальній активності, оптимістичній оцінці навколишніх реалій і життєвих перспектив, прояв ініціативи сприяє формуванню поведінки з урахуванням нових соціальних норм життя.

Нестеренко, & Романко (2023) в своїх дослідженнях зауважують, що підвищення рівня тривоги може призвести до позитивних змін, активуючи власні психологічні адаптаційні механізми особистості, які сприяють її гармонізації з соціальним оточенням. Проявом цього може бути конвертація психічних процесів та ефективна поведінка, що відповідає ситуації, що сприяє швидкій адаптації.

Говорячи про психічні стани вимушених переселенців, Спринська З.В (2018) вказує на системні прояви психологічних та психічних проблем, які впливають на всі аспекти особистості, включаючи емоційну, когнітивну, поведінкову, мотиваційну та комунікативну сфери. Розбалансованість емоційної сфери може виражатися в пригніченості, депресії, розгубленості, які з часом можуть перетворитися на гнів, агресивність та претензійність. Збільшення рівня тривожності та роздратованості, порушення сну, такі як

безсоння чи збільшена сонливість, з сном, що має негативний характер, зумовлюючи прокидання у стані тривоги.

Слід зауважити, що труднощі, пов'язані з вимушеним переміщенням, не завжди мають лише негативні наслідки для психічного здоров'я переселенців, наприклад, відсутність близьких друзів або родини. Вони можуть також призводити до позитивних змін, таких як особистісний ріст, набуття нового досвіду та навичок (Леонова, 2015).

Ризик виникнення депресії визначається особистісною схильністю, кількістю негативних подій у житті та їх тривалістю, а також відсутністю підтримки від оточення (Winders, Murphy, Looney, & O'Reilly, 2020).

Факт вимушеної міграції, низький рівень інтеграції в нове оточення та обмежені матеріальні ресурси можуть сприяти суїцидальним намірам серед переселенців (Porter, & Haslam, 2005).

Травматичні події, пов'язані із вимушеним переміщенням негативно впливають на фізичне та психологічне самопочуття переселенців. Крім того, процес адаптації ускладнюється стрімким падінням соціально-економічного статусу та необхідністю налагодження відносин з приймаючим суспільством.

Як вже зазначалось, важливою та водночас тяжкою проблемою переселенців є адаптація до нових умов життя та культури. Факторами, що сприяють адаптації, є - соціальна підтримка, яка відіграє найважливішу роль у збереженні та підтримці психічного здоров'я мігрантів. Це, як правило, теплі стосунки з найближчим оточенням (сім'єю, друзями, колегами та іншими людьми), які допомагають пом'якшити важкі випробування долі, а також зменшити особисті внутрішні душевні витрати на переживання кризової життєвої ситуації.

Наявність міжособистісних стосунків, різноманітність та збільшення позитивних контактів, а також їх інтенсивність безпосередньо пов'язані зі зростанням психологічного благополуччя, зниженням кількості соматичних та психічних захворювань (Міхеєва, & Серєда, 2015).

Перебування на чужій території, переїзд у нове середовище суттєво впливає на психічне та фізичне здоров'я переселенців: соціальна безправність та психічна незахищеність, великі матеріальні труднощі, страх перед майбутнім, певне погіршення здоров'я та підвищення ризику захворювань, конфлікт із собою та оточуючими, зрештою викликає у переселенців відчуття людиною себе «другого сорту» та «чужою». Психологічний аналіз доводить, що проблеми вимушених переселенців мають комплексний характер та охоплюють усі аспекти особистості, такі як емоційний, когнітивний, поведінковий та мотиваційний. Порушення в різних сферах психічного здоров'я переселенців накладаються один на одного та можуть призвести до більш глобальних проблем особистості. Змінюючи соціальне середовище, переселенці втрачають підтримку друзів і знайомих, з якими вони жили та спілкувались до переїзду, даний фактор призводить до відчуття стану самотності (Нестеренко, & Романко, 2023).

Феномен вимушеної міграції є складним та багатогранним процесом, і терміни "міграція" та "вимушена міграція" охоплюють різні поняття, зокрема «біженців» і «вимушених переселенців», «внутрішньо переміщених осіб» (Леонова, 2015).

Найбільш уразливі верстви населення серед біженців – це діти (більше половини всіх українських дітей були змушені покинути свої домівки), жінки, люди похилого віку та ті, хто хворий і не може брати участь у військових діях (Hodes, 2022).

Багато переселенців намагаються уникати роздумів про те, що сталося з ними, включаючи механізми психологічного захисту, що, безперечно, є важливими на початкових етапах. Проте, на пізніших етапах важливим стає усвідомлення пережитого досвіду, сприйняття себе в новій ситуації та побудова нового щодення. Рефлексія сприяє переходу на новий рівень усвідомлення, дозволяє отримати необхідну допомогу і продовжувати рухатися вперед до суб'єктивного відчуття щастя (De Silva, Glover, & Katona, 2021).

Для вимушених переселенців у ситуації безперервного психоемоційного напруження, підвищеної тривожності, фрустрованості та депресії велике значення має турбота про їхній психофізіологічний стан. Об'єктивні аспекти життя, які можуть бути визначені лише частково, не визначають повністю суб'єктивне психологічне благополуччя особистості. У вирішенні цієї проблеми саме суб'єктивні фактори набувають більшого значення, оскільки рівень добробуту формується на основі суб'єктивних оцінок індивіда, його емоційного стану, життєвого досвіду, цінностей та прагнень.

1.3. Особливості травматизації вимушено переміщених осіб

Вимушене переселення – одна з найскладніших та психотравматичних ситуацій найвищої тяжкості. Травматизація психіки обумовлена кожною конкретною історією вимушеного переселення конкретної особи. Вимушене переселення – це екстремальна ситуація, коли люди стикаються з проблемами виживання та боротьби з надзвичайно складними життєвими ситуаціями.

У будь-якій частині світу внутрішньо переміщені особи та біженці зазнають різноманітних форм травм і стресів, втрат та ізоляції, переслідувань, вигнання з місця проживання та зазнають насильства. (Baird, Panlilio, Seager, Smith, & Wydick, 2022).

Вплив великої кількості потенційно травматичних подій, участь у процедурах пошуку притулку та вимушена міграція є стресовими факторами, які відрізняють біженців від інших груп населення та підвищують їхню психологічну вразливість. (Knipscheer, Sleijpen, Mooren, Ter Heide, & van der Aa, 2015).

Дослідження психологічних проблем вимушених переселенців показують, що вони можуть відчувати різні розлади емоційної сфери, такі як апатія, депресія, втрата інтересу до життя, мати агресивну поведінку, дратівливість, неконтрольовані спалахи гніву, підвищення рівню тривоги,

психомоторне збудження, швидку зміну настрою, фобічні реакції та порушення сну (Спринська, 2018).

Б. Плєскач та В. Уркаєв (2017), вивчаючи наукову літературу, зауважують, що до масштабного вторгнення військ російської федерації на територію України 25% внутрішньо переміщених осіб виявили високий рівень психологічної травматизації. Вони також підкреслюють проблему вторинної травматизації внутрішньо переміщених осіб і виокремлюють такі аспекти цієї проблеми: незадоволеність базовими потребами після переселення, дискримінація з боку місцевого населення та особливості соціокультурної адаптації.

Т. Карамушка (2022) зазначає, що значна частина опитаних зустрілася в умовах війни з різними виявами гострого стресу. Більша частина (67,1%) пережили страх, 47% респондентів пережили паніку, третина пережили шок, окремі мали стани депресії та апатії, а також втрату сенсу життя.

Тобто, значна частина вимушено переселених осіб мають психологічні травми, які в подальшому можуть мати негативні наслідки для здоров'я у випадку їхнього непропрацювання.

Після травматичних подій однією із можливих реакцій є розвиток ПТСР. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) розвивається як відкладена або довготривала реакція на стресову подію (короткочасну чи тривалу), яка має винятково загрозливий чи катастрофічний характер і може викликати глибокий стрес практично у будь-кого. (Кузікова, Зливков & Лукомська, 2023).

У особи, яка зазнала емоційного травматичного стресу, відзначається відмінне функціонування механізмів травматичної пам'яті. Цей механізм, який спочатку є необхідним для виживання, стає причиною розвитку посттравматичних стресових станів. Після припинення дії стресора яскраві емоційні образні спогади не лише зберігаються у довгостроковій пам'яті, а й систематично знову й знову виникають у оперативній пам'яті, сприяючи розвитку посттравматичного стресового розладу. Сучасні підходи до

розуміння феномену посттравматичного стресового розладу (ПТСР) базуються на уявленні про психотравму та травматичну подію як етіологічного фактора її виникнення. Це означає, що ПТСР формується внаслідок взаємодії зовнішнього впливу (травматична подія), а не внутрішніх особливостей особистості (індивідуальна слабкість, "крихкість"). Діагноз ПТСР вказує на інтенсивну та часто тривалу реакцію на екстремальний травматичний стресор, такий як природні катаклізми, антропогенні катастрофи або травматичні дії, викликані людьми, такі як переслідування, терористичні акти, воєнні події чи насильство (Кісарчук, & Гребінь, 2015).

Важливо враховувати, що, навіть при здатності значної кількості осіб подолати звичайний стрес, викликаний "нормальними" труднощами життя, їхні адаптивні здібності можуть не справлятися з травматичним стресовим впливом. Існують індивідуальні розбіжності у сприйнятті наслідків екстремального стресору, що свідчить про те, що суб'єктивні аспекти грають роль у пом'якшенні цього процесу. Проте екстремальні зовнішні фактори, такі як зґвалтування, тортури, або фронтовий стрес, будь-якою людиною вважаються травматичними подіями (Фрідман, 2016).

Біженці, шукаючи притулку від війни, насильства, конфліктів чи переслідувань, часто стикаються з відсутністю ресурсів для власного захисту та випадають у складні економічні умови під час міграції та після неї. Стрес, зумовлений війною, часто поглиблюється при перегляді новин, які акцентують на занепокоєння, а також через розлуку з членами сім'ї, які залишаються в зонах бойових дій чи неподалік від них. Усе це безперечно викликає високий рівень тривоги та пригніченості. В результаті цього може розвиватися посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), який є поширеним явищем у цих умовах (Завгородня, & Краєва, 2023).

Деякі травмовані групи біженців, піддаються набагато більшому ризику розвитку посттравматичного стресового розладу, ніж особи, які зазнали травм цивільного населення. Наприклад, Карлсон і Россер-Хоган (1991) виявили 86% поточного рівня поширеності посттравматичних

стресових розладів у випадково відібраній вибірці камбоджійських біженців у США, що приблизно в дев'ять разів перевищує рівень поширеності поточного посттравматичного стресового розладу у 9,7%, який був виявлено в національно репрезентативній вибірці цивільних жінок-жертв нападу (Raunovi, & Ost, 2001).

Мета-аналіз 181 дослідження населення, яке потерпіло від конфліктів, включаючи біженців та переміщених осіб, підтверджує, що ПТСР та депресія переважають у 30,6% і 30,8% відповідно. Важливо відзначити, що останній систематичний огляд літератури з довгострокового психічного здоров'я дорослих біженців показує підвищений ризик проблем з психічним здоров'ям, який залишається протягом кількох років після переселення. (Steel, Chey, Silove, Marnane, Bryant, & van Ommeren, 2009).

Дослідження, що аналізують фактори, які передують наслідкам психічного здоров'я у біженців, зазвичай фокусуються на негативному впливі передміграційних факторів, таких як вплив травми на результати психічного здоров'я. Біженці часто зазнають різних потенційно травматичних переживань в рідних країнах та під час переміщення, і ці переживання часто мають тривалий характер. Загалом дані досліджень свідчать про значний вплив травми на психічне здоров'я біженців, і більший вплив травми пов'язаний з більшою тяжкістю психіатричних симптомів, зокрема ПТСР (Uphoff, Robertson, Cabieses, Villalón, Purgato, Churchill, & Barbui, 2020).

Попри те, що передміграційна травма є значущим предиктором результатів психічного здоров'я, критики літератури зачасту були спрямовані на її спотворену увагу на цих подіях, і нещодавно увага дослідників змінилася на розуміння впливу постміграційних стресорів у середовищі поселення на симптоми депресії та травматичного стресу (Papadopoulos, 2007).

Дослідження, які порівнюють вплив факторів до та після міграції на психічний стан благополуччя біженців, свідчать, що постміграційні фактори (соціально-економічні стресори, соціальні та міжособистісні стресори)

значною мірою пов'язані з несприятливими наслідками для психічного здоров'я, а також з впливом травми до міграції (Li, Liddell, & Nickerson, 2016).

Випробуваннями біженців можуть стати різноманітні травматичні події, починаючи з подій, що вимушують їх залишити свою країну походження, таких як свідчення насильства, тортури та втрата близьких. Прибуваючи в табір для біженців, вони можуть стикатися з іншими труднощами, такими як відсутність житла або необхідних речей і перенаселеність, що може сприяти значному психологічному стресу. Переїжджаючи в іншу країну, біженці часто зітштовхуються зі стресом, пов'язаним з інтеграцією в нову культуру. Соціальна ізоляція, мовні труднощі та відчуття, що їм доводиться відмовитися від своєї культурної ідентичності, можуть призвести до додаткового психічного тиску.

Біженці стають суб'єктами великого ризику для розвитку розладів психічного здоров'я, зокрема посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших тривожних розладів, які виявляються постійним страхом або підвищеним збудженням, на відміну від тих, що зазвичай спостерігаються серед населення, що не пережило воєнних подій, а також депресії, яка виявляється стійким сумом (Peconga, & Nøgh Thøgersen, 2020).

Відповідно до поточного видання Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (DSM-5; Американська психіатрична асоціація, 2013), посттравматичний стресовий розлад виникає після фактичної або загрози смерті, серйозної травми або сексуального насильства та визначається різними кластерами симптомів повторного переживання, уникнення, заціпеніння та збудження, що зберігаються більше одного місяця після травми. Зокрема, для розвитку ПТСР необхідно:

Критерій А. Особа зазнала травми, такої як клінічна смерть або загроза смерті, серйозні тілесні травми або сексуальне насильство. Має прямий чи опосередкований досвід травматичної події або дізналась про травматично насильницьку подію, що випадково сталася з членом сім'ї чи близьким

другом. Травматичним є також повторне або екстремальне враження від необроблених деталей травматичної події, наприклад, що трапляється з особами, які першими реагують, які збирають людські останки, або з поліцейськими, які неодноразово стикаються з деталями жорстокого поводження з дітьми.

Критерій В. Наявність нав'язливих симптомів, пов'язаних із травматичною подією, що виникають після самої травматичної події: спогади, сни, спогади, які можуть призвести до повної втрати усвідомлення навколишнього середовища. Можуть бути інтенсивні або тривалі психологічні страждання та фізіологічна реактивність у відповідь на тригери, які символізують або нагадують травму.

Критерій С. Суб'єкт встановлює постійне та наполегливе ставлення до уникнення подразників, пов'язаних із травматичною подією, яке встановлюється після травматичної події Він впливає як на внутрішні фактори, такі як неприємні спогади, думки чи почуття, пов'язані з травматичною подією або тісно пов'язані з нею, так і на зовнішні фактори, такі як люди, місця, розмови, дії, об'єкти та ситуації, які можуть пробуджувати неприємні спогади, думки чи почуття. пов'язані або тісно пов'язані з травматичною подією.

Критерій D. Існують негативні зміни думок і емоцій, пов'язані з травматичною подією, які відбуваються після травматичної події . Людина може не пам'ятати якийсь важливий аспект травматичної події, розвивати стійкі й перебільшені переконання чи негативні очікування щодо себе, інших чи світу. Можуть виникати спотворені та постійні думки щодо причини чи наслідків травматичної події, які призводять до звинувачення себе чи інших. Особа може переживати негативний емоційний стан і відчувати постійні почуття страху, жаху, гніву, провини або сорому, помітне зниження інтересу або участі в важливих заходах, почуття відстороненості або незвичності по відношенню до інших або нездатність відчувати позитивні емоції, такі як щастя, задоволення або почуття кохання.

Критерій Е. Існують помітні зміни в збудженні та реактивності, пов'язані з травматичною подією, що відбуваються після травматичного інциденту. Вони проявляються у вигляді дратівливості та спалахів гніву (з мінімальною провокацією або без неї), які часто виражаються через словесну або фізичну агресію щодо окремих осіб або об'єктів. Крім того, може спостерігатися саморуйнівна безрозсудна поведінка, підвищена пильність, перебільшені реакції на тривогу, проблеми з концентрацією та труднощі зі сном, такі як проблеми із засипанням, збереження сну або відчуття відновного сну.

Критерій F. Тривалість описаних змін перевищує один місяць.

Критерій G. Розлад викликає клінічно значущий дистрес або порушення в соціальній, професійній або інших значущих сферах .

Критерій H. Розлад не пояснюється фізіологічним впливом таких речовин, як наркотики чи алкоголь, чи будь-яким іншим медичним станом (DSM-5; Американська психіатрична асоціація, 2013).

КПТСР введений в МКХ-11 має основні симптоми посттравматичного стресового розладу та додаткові три кластери симптомів. Ці додаткові три кластери, які разом називаються «порушеннями самоорганізації» (DSO), призначені для виявлення більш поширених психологічних розладів, які можуть виникнути після травматичного впливу, і включають: афективну дисрегуляцію (AD), що відображає як гіперактивність і дезактивацію емоційних реакцій; негативна самооцінка (NSC), що відображає крайню негативну самооцінку; і порушені стосунки (DR), що відображає тенденцію уникати міжособистісних стосунків.

Вважається, що КПТСР ймовірно може виникнути після впливу складної травми, повторюваним, тривалим впливом травматичної події. Відповідно, з'являється все більше доказів, що підтверджують наявність цього розладу в осіб, які зазнали саме тривалої травми (Liddell, Nickerson, Felmingham, Malhi, Cheung, Den, Askovic, Coello, Aroche, & Bryant, 2019).

Психічні розлади, як правило, дуже поширені серед біженців війни й через багато років після війни та переселення. У сукупності досліджень виявлено два послідовні фактори ризику, які передбачають вищі показники психічних розладів: минулий травматичний досвід і соціально-економічна ситуація після міграції. (Bogic, Njoku, & Priebe, 2015).

Дослідження, спрямовані на вивчення факторів, які передбачають наслідки для психічного здоров'я у біженців переважно акцентують увагу на негативному впливі факторів до міграції, таких як експозиція до травм на результати психічного здоров'я.

Біженці, як правило, стикаються з численними різними видами потенційно травматичних переживань у своїх рідних країнах і під час переміщення, внаслідок чого ці переживання часто є повторюваними та тривалими за характером. Загалом, результати досліджень свідчать про те, що існує значний ефект дози травми у біженців на їхнє психічне здоров'я, при якому більша експозиція до травми пов'язана із вищим ступенем важкості прояву симптомів посттравматичного стресового розладу (Карамушка, 2022).

Вимушені переселенці піддаються подвійному впливу психологічної травматизації. Перша травма пов'язана з тим, що ці особи стали свідками або учасниками травматичних подій, що змусило їх прийняти рішення переїхати. Друга травма впливає з необхідності адаптації до нового місця проживання та взаємодії в незнайомому соціальному середовищі (Плескач & Уркаєв, 2017).

У вимушених переселенців на території України зафіксовано легкі вияви апатії і депресії, втрати сенсу життя, а також виражену потребу у соціальній взаємодії й підтримці, що, загалом, свідчить про позитивну спрямованість життєдіяльності вимушених "внутрішніх" переселенців, що представляє суттєву відмінність між "внутрішніми" та "зовнішніми" переселенцями (Карамушка, & Карамушка, 2022).

На жаль, ці емоційні стани стають нормою для більшості мігрантів. У багатьох осіб поширюється порушення концентрації, уваги та пам'яті, що призводить до внутрішніх конфліктів та думок про власну неадекватність.

Науковцями були наведені наступні дані: рівень поширеності посттравматичних стресових розладів включає 54% дорослих вимушено переміщених осіб у північній Уганді і 56% для людей, які втекли від наслідків цунамі на Шрі-Ланці. Тобто, дані спостереження дослідників цієї проблематики свідчать, що вимушена міграція, сприяє отриманню психологічних розладів, незалежно від держави, національності та расової приналежності (Roberts, Osaka, Browne, Oyok, & Sondorp, 2008).

Важливо зазначити, що одним із основних негативних психологічних ефектів екстремальних психотравмуючих подій є втрата ціннісної орієнтації. Коли людина повертається до свого нормального соціального середовища, вона відчуває, що має унікальний досвід життя в надзвичайній та ненормальній реальності.

Парадигма «життя-смерть» повністю змінила систему координат буття. Це викликає глибокі зміни у сприйнятті та досвіді. Людина починає сприймати дійсність із зовсім іншою системою ціннісно-смилових орієнтирів. Повернення до нормальних умов життя стає випробуванням, не менш ніж травматичні події. В людини все ще відсутнє відчуття безпеки, вона не має поруч рідних та близьких людей, а обмежений самоконтроль викликає психологічну напругу.

Дослідження західних вчених свідчать про те, що перше проживання на новому місці суттєво впливає на психічний стан осіб, які були змушені переселитися, що знаходить своє підтвердження висновками тестів на адаптацію до нових умов. Як правило, переселенці реагують страхом, гнівом і агресією, які поступово стануть постійними рисами їх поведінки. Відсутність базових потреб у харчуванні, житлі та матеріальному благополуччі призводить до довготривалих негативних змін у більшості вимушено переміщених осіб. Цей момент стає випробуванням ідентичності

особи, яка залишилась сам на сам із психологічною кризою. А також нездатністю прийняття та адаптування до нової соціальної ролі в оточуючому суспільстві (Bogic, Njoku, & Priebe, 2015).

Висновки до 1 розділу

1. Зарубіжні та українські дослідники досліджують психотравму або як стан, або як психотравму, що викликана травматичною подією чи ситуацією.

Психотравма, яка викликана ситуацією чи подією, являє собою будь-яку особисто значущу ситуацію або подію, що має потенційно патогенний емоційний вплив на психіку людини, що у разі недостатності захисних механізмів може призвести до виникнення певних психічних розладів. Психотравма як стан, виникає при неспівпадінні між загрозливими факторами ситуації та індивідуальними здатностями їх подолання. Для визначення травми подія повинна бути несподіваною, небезпечною і викликати пригнічення.

2. Сучасна класифікація психотравми включає в себе наступні види: монотравма - це одноразова подія, що має психотравмуючий ефект, мультитравма - травма, що виникає під впливом кількох травматичних подій одночасно, повторювана травма - травма, яка характеризується частим повторенням схожих травматичних ситуацій та політравма - травма, що представляє собою складну та множинну її складову, супроводжується порушеннями важливих функцій організму.

3. За даними Міжнародної організації міграції, після 22 місяців повномасштабної війни, вимушеними переселенцями стали понад 10,18 мільйонів осіб. Переміщення може бути зовнішнім (наприклад, біженці) або внутрішнім (наприклад, внутрішньо переміщені особи (ВПО)).

4. Дослідження психологічних проблем вимушених переселенців показують, що вони можуть відчувати різні розлади емоційної сфери, такі як апатія, депресія, втрата інтересу до життя, мати агресивну поведінку, дратівливість, неконтрольовані спалахи гніву, підвищення рівню тривоги,

психомоторне збудження, швидка зміна настрою, фобічні реакції, порушення сну, можуть мати симптоми ПТСР, комплексного ПТСР.

Після травматичних подій однією із можливих реакцій є розвиток ПТСР. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) розвивається як відкладена або довготривала реакція на стресову подію (короткочасну чи тривалу), яка має винятково загрозливий чи катастрофічний характер для фізичного та ментального здоров'я.

РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПСИХОТРАВМИ ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ

2.1. Емпірична модель дослідження

У цьому розділі розглядається організація, проведення дослідження особливостей прояву психотравми серед вимушених переселенців внаслідок повномасштабного вторгнення росії на територію України, а також здійснюється опис вибірки. Проаналізувавши літературу з даної теми дослідження, можна запропонувати емпіричну модель щодо проявів психотравми (Рис. 2.1).

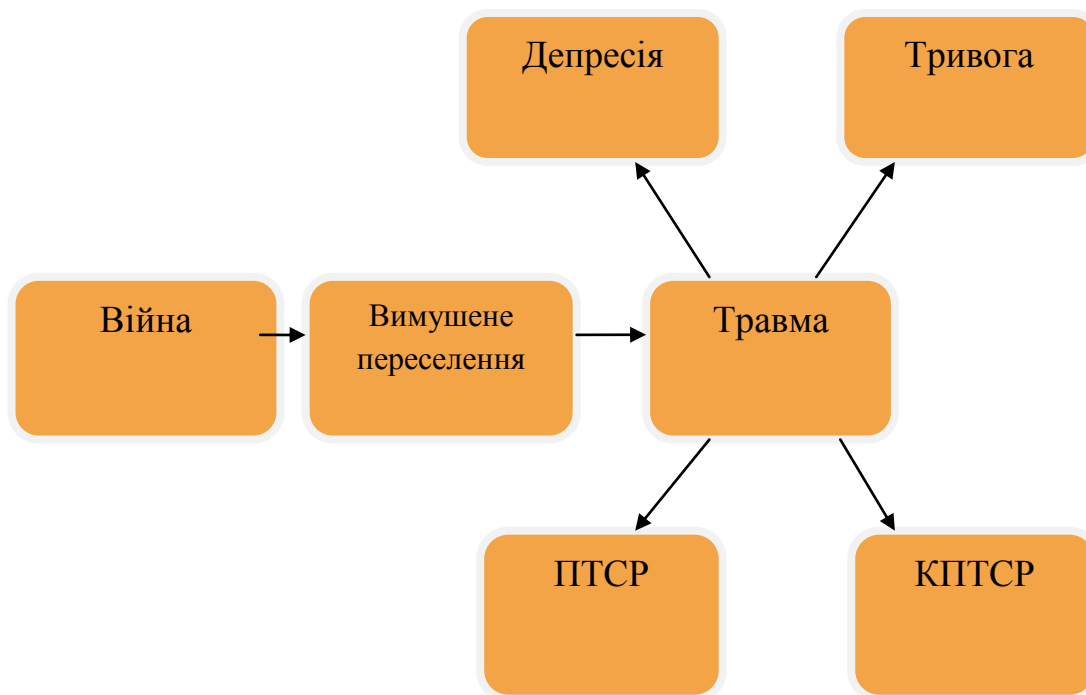


Рис.2.1. Емпірична модель дослідження особливостей прояву психотравми вимушених переселенців

Методологічною основою дослідження є набір методик, що містить питання, які спрямовані на визначення потенційно психотравмуючих подій в житті респондента, визначення рівня депресії та тривоги, виявлення симптомів ПТСР, КПТСР, що проявляються у повторному переживанні травматичної події, уникненні думок і почуттів, пов'язаних із травмою,

надмірному відчутті загрози (збудженні) та виявлення симптомів комплексного ПТСР, до якого окрім основних симптомів ПТСР додається розлад самоорганізації, що складається з розладів емоційної саморегуляції, негативної Я-концепції та розладів стосунків з іншими людьми. Додатково було використано анкетування, яке охоплювало питання про стать, вік, поточне місцезнаходження респондента.

Емпіричне дослідження особливостей прояву психотравми серед вимушених переселенців охоплювало наступні етапи:

1. На підготовчому етапі дослідження було визначено мету, об'єкт, предмет, завдання дослідження та виконано підбір психодіагностичних методик, здійснено аналіз теоретичного матеріалу з теми «психотравма», її особливостей прояву у вимушених переселенців;
2. Розроблено емпіричну модель дослідження;
3. Здійснено збір даних емпіричного дослідження в Google Forms та її поширення серед респондентів;
4. Здійснення математично-статистичної обробки даних в програмі Jamovi та аналіз результатів;
5. Здійснення інтерпретації результатів дослідження, сформульовані висновки;
6. Надання загальних рекомендацій психологам щодо роботи з вимушеними переселенцями.

В дослідженні були застосовані методи теоретичного, емпіричного пізнання та методи математико-статистичної обробки.

До методів теоретичного пізнання належать метод аналізу, синтезу, узагальнення.

Методами емпіричного дослідження було обрано:

1. Контрольний перелік життєвих подій (Life Events Checklist for DSM-5, LEC-5);
2. Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI);
3. Шкала тривоги Бека (The Beck Anxiety Inventory, BAI);

4. Міжнародний опитувальник травми (International Trauma Questionnaire, ITQ).

До методів математико-статистичної обробки інформації належать: методи описової статистики, U-критерій Манна-Уїтні, тест Шапіро-Уїлки, кореляційний аналіз Спірмена.

2.2. Обґрунтування методичного інструментарію дослідження

Міжнародний опитувальник травми (International Trauma Questionnaire, ITQ)

Міжнародний опитувальник травми (ITQ) містить дві діагностичні частини – ПТСР і ПТСР-комплексний (Brewin, Cloitre, 2017). Методику було розроблено відповідно до організаційних принципів МКБ-11, визначених Всесвітньою організацією охорони здоров'я. Має українську адаптацію (Злишков, Лукомська, Котух, & Мельник, 2019).

Діагностика ПТСР вимагає підтвердження одного з симптомів кожного з трьох кластерів (повторне переживання травмивної події тут і зараз, уникнення почуттів та думок, пов'язаних із травмою, а також надмірне відчуття загрози). Для підтвердження симптому або елемента функціонального порушення потрібно, щоб принаймні один із симптомів отримав оцінку вище 2.

Діагностика КПТСР вимагає підтвердження одного з симптомів кожного з трьох кластерів симптомів ПТСР (повторне переживання травмивної події тут і зараз, уникнення, надмірне відчуття загрози), наявності симптому з кожного з кластерів симптомів DSO (порушення самоорганізації): афективна дисрегуляція, негативна Я-концепція, порушення стосунків з іншими людьми, а також вимагає підтвердження наявності функціонального порушення. Для підтвердження симптому або елемента функціонального порушення потрібно, щоб принаймні один із симптомів отримав оцінку вище 2.

Респондент оцінює кожне твердження опитувальника за 5-бальною шкалою Лайкерта, де 0 – ніколи, 1 – рідко, 2 – іноді, 3 – часто, 4 – дуже часто.

ITQ в цьому дослідженні використовується для оцінки впливу травми, оскільки сам діагноз ПТСР та КПТСР ми встановити не можемо.

Контрольний перелік життєвих подій (Life Events Checklist for DSM-5, LEC-5);

Методика «Контрольний перелік життєвих подій (Life Events Checklist for DSM-5, LEC-5)» є самозвітом, призначеним для визначення потенційно травматичних подій у житті респондента. Вона використовується як для оцінки загальної кількості потенційно травматичних подій у житті особи, так і для більш точного визначення проблем, з якими зіткнувся респондент.

Анкета включає 16 категорій потенційно психотравматичних подій та пунктів, де респондент може особисто описати найбільш значущу психотравматичну подію у своєму житті. Потенційно психотравматичні події включають природні катастрофи, пожежі/вибухи, нещасні випадки на роботі або вдома, отруєння токсичними речовинами, збройні напади, зґвалтування/примус до сексу, бойовий досвід, позбавлення волі, хвороби, травми, сильний біль, раптові насильницькі або випадкові смерті.

Респондент оцінює кожен пункт анкети, обираючи один із варіантів відповідей: подія трапилася з ним особисто, він був свідком події, чи це сталося з його родичем або другом, це частина його роботи, складно дати відповідь, або це не стосується його особисто. Потім окремо підраховуються події, що сталися з респондентом, події в яких він був свідком, а також події, які сталися з його близькими та друзями.

Наразі не існує офіційного єдиного протоколу підрахунку, оцінки та інтерпретації відповідей (Weathers et al., 2013).

Шкала тривоги Бека (The Beck Anxiety Inventory, BAI).

Шкала тривоги розроблена Аароном Беком та використовується для початкового скринінгу тривоги серед респондентів та для оцінки ступеня її вираженості. Методика складається з 21 твердження, кожне з яких описує конкретний характерний симптом тривоги, будь то психологічний чи фізіологічний. Оцінка кожного твердження розподіляється від 0 (низький рівень стурбованості) до 3 балів (високий рівень стурбованості). Ця шкала представляє собою зручний інструмент для первинного вивчення рівня вираженості "тривожних розладів" серед великої кількості опитаних. Підрахунок результатів здійснюється шляхом сумування балів за окремими пунктами методики.

Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI);

Шкала депресії Бека (BDI) була представлена Аароном Беком у 1961 році. Для створення цієї методики використовувались наукові спостереження за феноменом депресії та її перебігу. Результати цих спостережень дозволили визначити основні симптоми депресивних станів.

Методика включає 21 твердження, які описують симптоми депресії і дозволяють визначити рівень тяжкості цих станів. За цією шкалою кожне твердження оцінюється від 0 (якщо симптом не турбує особу) до 3 (якщо симптом сильно турбує). Сумарна оцінка варіюється від 0 до 63 балів, і чим менший результат у респондента, тим краще його самопочуття. Чим вищий результат у респондента, тим більш виражений ступінь депресії.

2.3. Опис вибірки та процедури дослідження

Дослідження здійснювалось впродовж жовтня-листопада 2023 року на платформі Google Forms. Вибірка дослідження складається з 50-ти респондентів (n=50): вимушених переселенців за кордоном та вимушених переселенців в межах України внаслідок повномасштабного вторгнення.

В емпіричному дослідженні взяли участь 36 жінок (72%) та 18 чоловіків (28%).

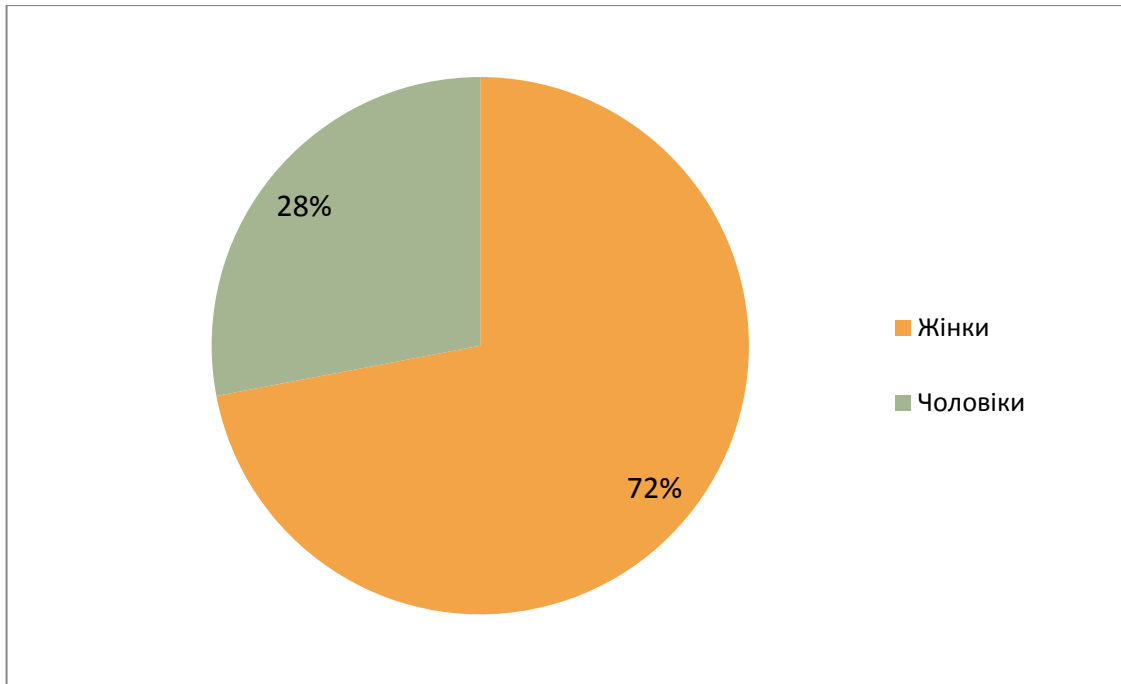


Рис. 2.2. Розподіл загальної вибірки за статтю

Вік респондентів становить від 18 до 61 року. Досліджуваним була надана можливість обрати до якої вікової категорії вони належать:

- 18-25;
- 26-45;
- 46-59 ;
- 60+.

Респонденти віком від 18-25 років становлять більшість - 58% (29 осіб) від усієї вибірки. Категорія віком 26-45 років становить 30% та складається з 5 осіб. Категорія 46-59 років складається з 5 осіб та становить 10% від загальної вибірки. Категорія 60+ складається з 1 особи та становить 2 % від загальної вибірки.

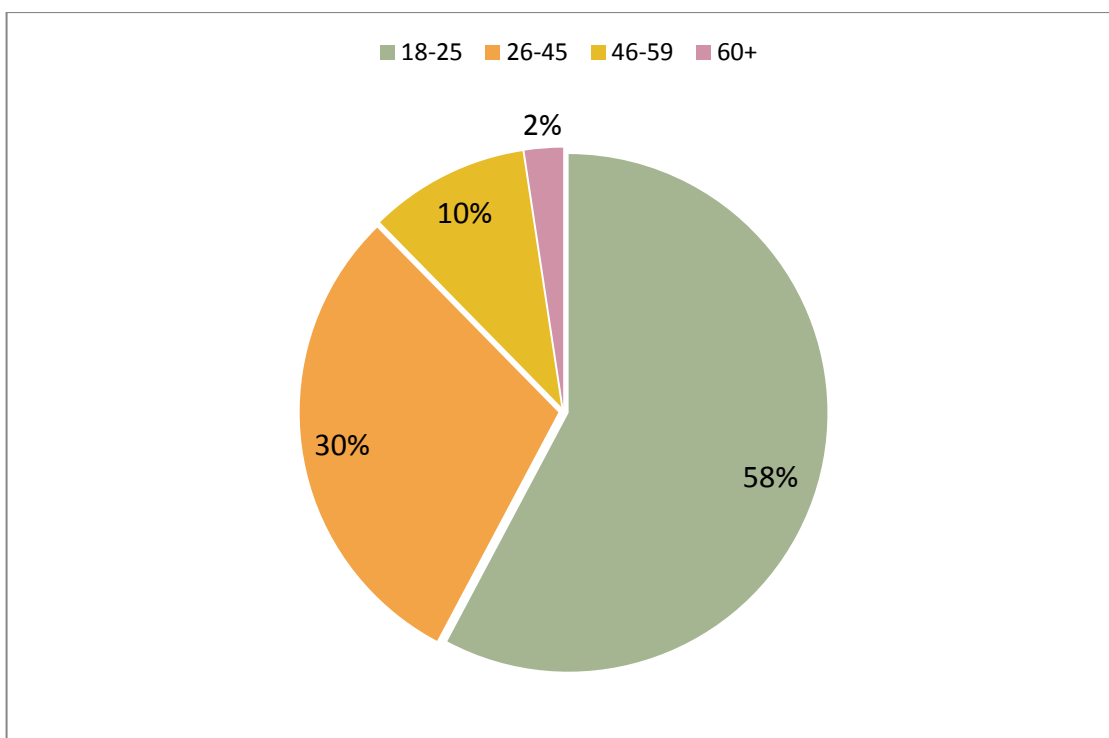


Рис. 2.3. Розподіл загальної вибірки за віком

Наступною досліджуваною характеристикою респондентів було місце їх перебування: за кордоном або переселення в межах України.

Вибірка респондентів, що знаходяться за кордоном становить 17 осіб та 34% від загальної вибірки. Вибірка респондентів, що стали внутрішніми переселенцями в межах України складається з 33 осіб, що становить 66% від загальної вибірки.

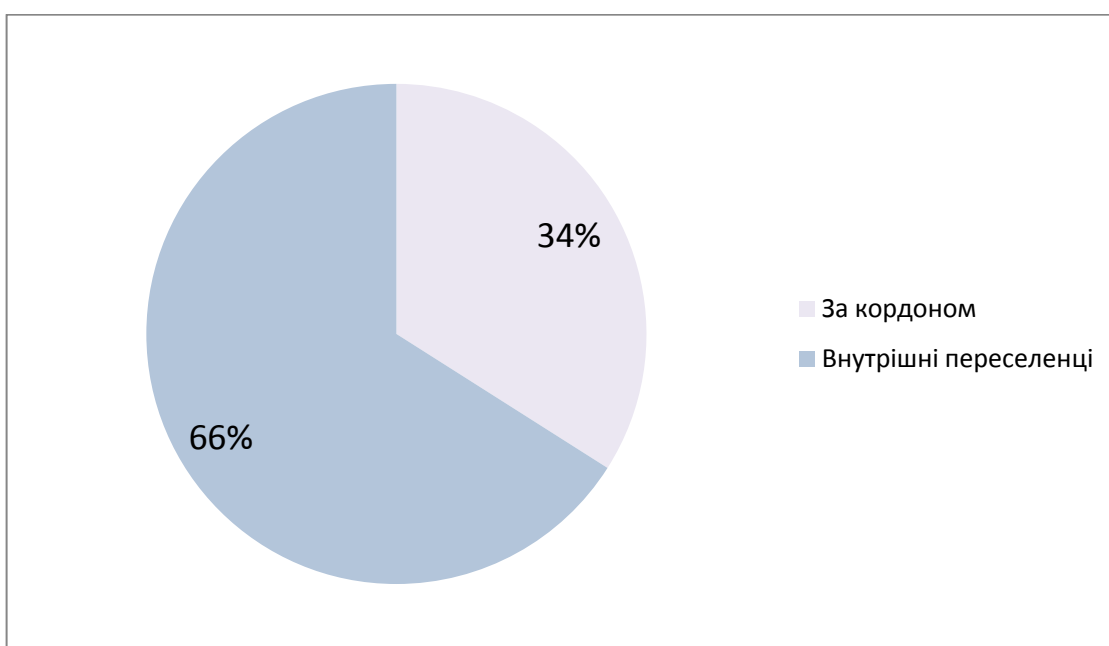


Рис. 2.4. Розподіл загальної вибірки за місцем перебування

Висновки до розділу 2

1. Надана емпірична модель зображує вплив війни на вимушене переселення та травму, що може проявлятися у вимушених переселенців у вигляді депресії, тривоги та проявляться симптомами ПТСР або комплексного ПТСР.

2. Здійснено опис методичного інструментарію дослідження, що застосовувався для дослідження проявів психотравми у переселенців: Контрольний перелік життєвих подій (Life Events Checklist for DSM-5, LEC-5), Міжнародний опитувальник травми (International Trauma Questionnaire, ITQ), Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI), Шкала тривоги Бека (The Beck Anxiety Inventory, BAI).

3. Вибірка складається з 50 респондентів: 36 жінок (72%) та 18 чоловіків (28%). Вік респондентів становить від 18 до 61 року. Найбільш представленою групою виявилась група від 18-25 років - 58% (29 осіб) від усієї вибірки. Категорія віком 26-45 років становить 30% та складається з 5 осіб. Категорія 46-59 років складається з 5 осіб та становить 10% від загальної вибірки. Категорія 60+ складається з 1 особи та становить 2 % від загальної вибірки.

Вибірка респондентів, що знаходяться за кордоном становить 17 осіб та 34% від загальної вибірки. Вибірка респондентів, що стали внутрішніми переселенцями в межах України складається з 33 осіб, що становить 66% від загальної вибірки.

РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПСИХОТРАВМИ ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ

3.1. Особливості прояву психотравми у вимушених переселенців, що перебувають за кордоном та внутрішніх переселенців в межах України

Методику «Контрольний перелік життєвих подій (Life Events Checklist for DSM-5, LEC-5)» було обрано для визначення психотравмуючих подій, що відбулися в житті респондентів на момент опитування (Рис.3.1).

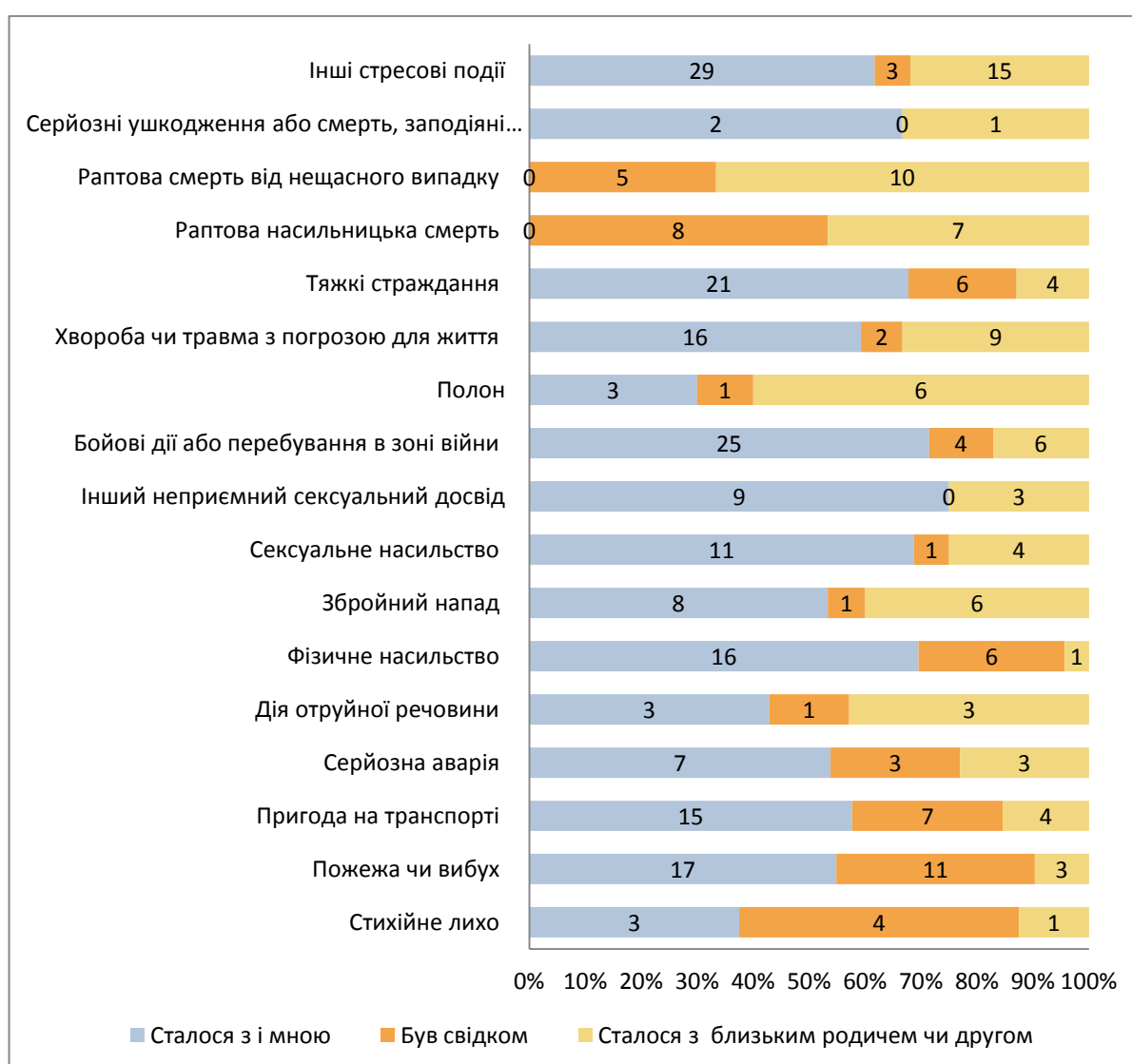


Рис. 3.1. Розподіл життєвих подій вимушено переміщених українців за методикою «Контрольний перелік життєвих подій (Life Events Checklist for DSM-5, LEC-5)»

За результатами методики всі респонденти хоча б раз в житті зустрічались з однією або декількома травмівними подіями в їх житті – були безпосередніми учасниками, стали свідком або ця подія сталася з їхніми близькими родичами чи друзями.

Найбільш поширеними травматичними життєвими подіями, які трапилися особисто з респондентами, стали такі події: бойові дії (n=25), фізичне насильство (n=16), дорожньо-транспортні аварії (n=15), тяжкі страждання (n=21), хвороба чи травма з загрозою для життя (n=16), інші стресові події (переїзд, розлучення з близькими) (n = 15).

Найбільш поширеною травматичною подією, яку спостерігали респонденти було зазначено пожежу або вибух (n=11).

Наступною методикою було обрано «Шкала тривоги» А. Бека. Кількість досліджуваних у виборці становить 50 осіб (n=50).

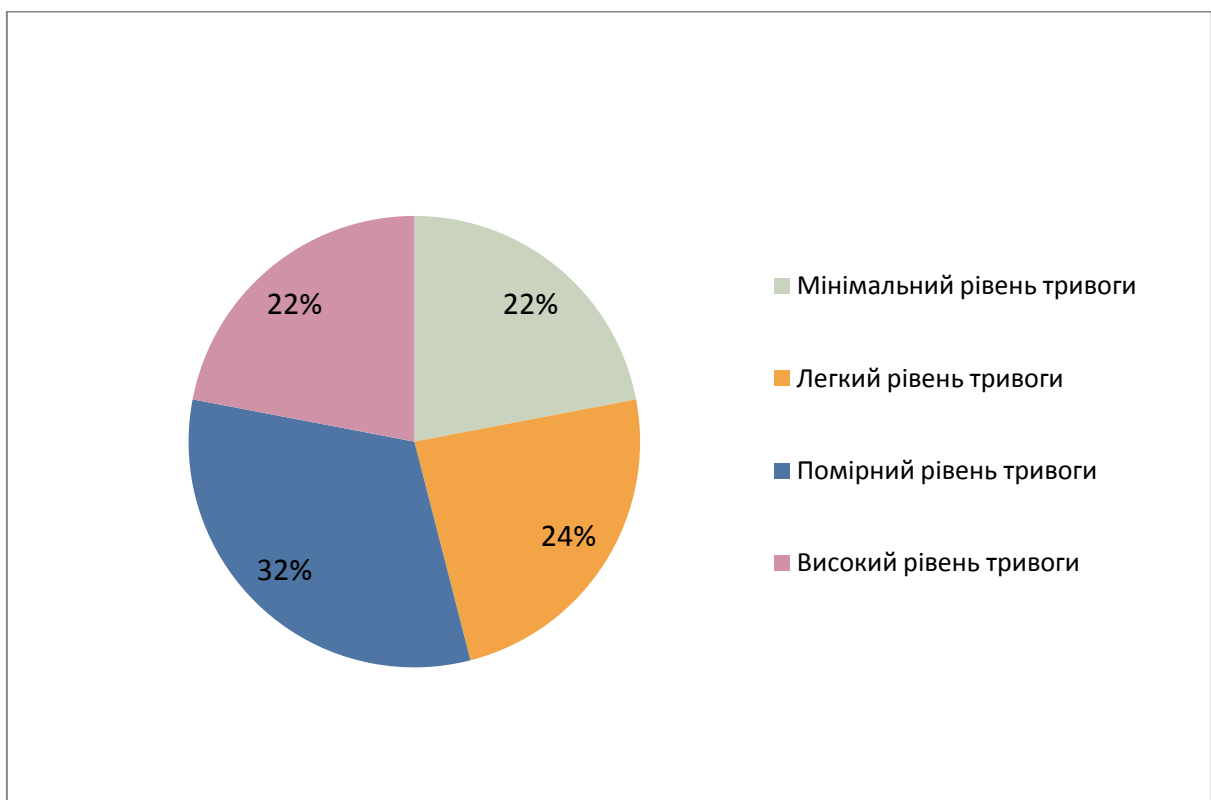


Рис. 3.2. Загальний розподіл вибірки за методикою «Шкала тривоги» А. Бека

Результати методики показали, що:

- 22% переселенців мають мінімальний рівень тривоги (n=11);

- 24% вибірки мали легкий рівень тривоги (n=12);
- 32% учасників мають помірний рівень тривоги (n=16);
- 22% переселенців мають високий рівень тривоги (n=11).

Окремо було розглянуто результати респондентів за кордоном та вимушених переселенців в межах України (Рис. 3.3).

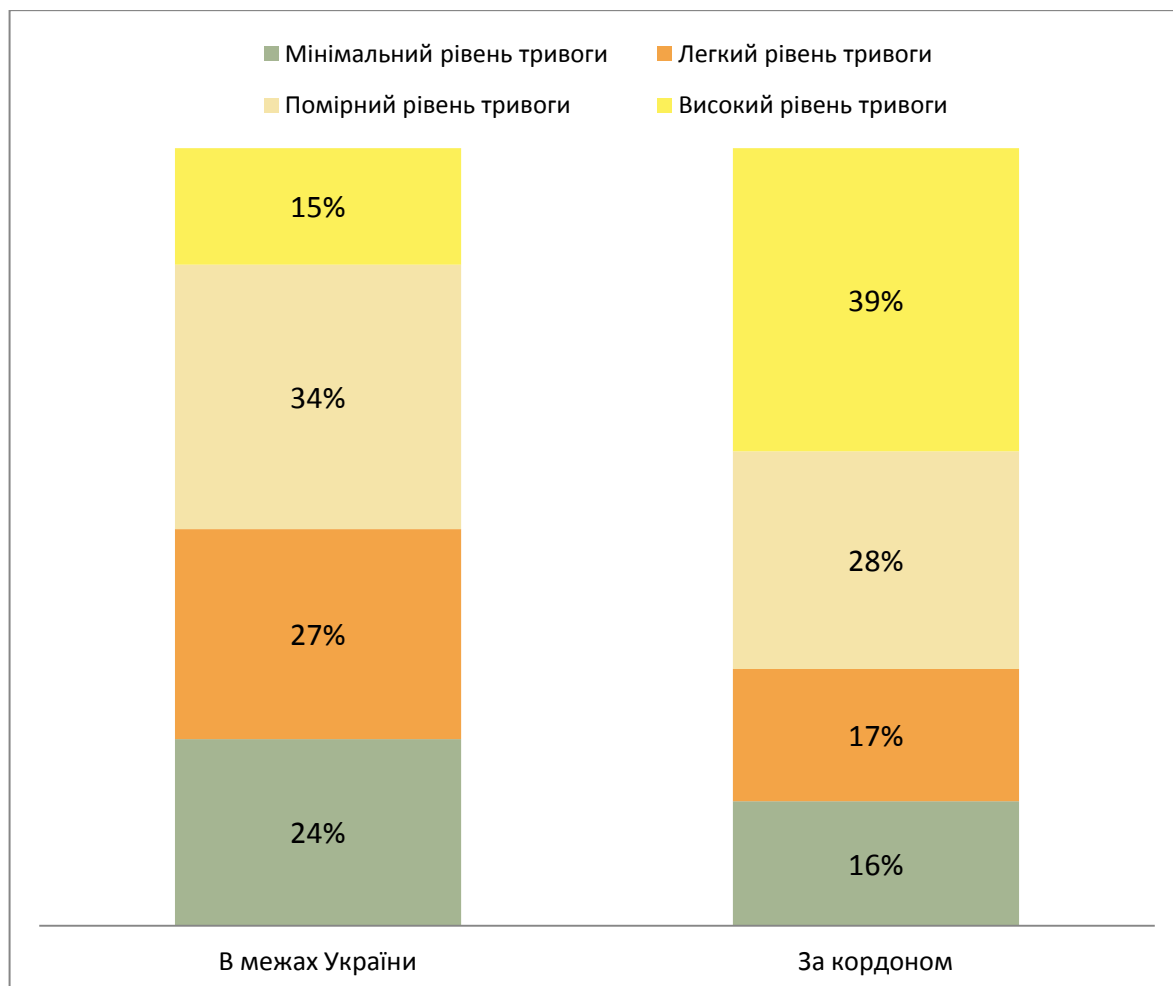


Рис. 3.3. Розподіл вибірки осіб з за методикою «Шкала тривоги» А. Бека

Аналіз результатів вибірки за методикою А.Бека надав наступні результати:

- Серед переселенців, які знаходяться в межах України :
 - 15% осіб - переселенців мають високий рівень тривоги;
 - 34% осіб - переселенців мають помірний рівень тривоги;
 - 27% осіб- переселенців мають легкий рівень тривоги;
 - 24 % осіб – переселенців мають мінімальний рівень тривоги.

- Серед переселенців , які знаходяться за кордоном України:
39% осіб - переселенців мають високий рівень тривоги;
28% осіб - переселенців мають помірний рівень тривоги;
17% осіб- переселенців мають легкий рівень тривоги;
16 % осіб – переселенців мають мінімальний рівень тривоги.

Слід зазначити, що кількість осіб – переселенців, що перебувають в Україні складає 33 особи, що становить 66% від загальної вибірки. Респонденти, що знаходяться за кордоном становлять 17 осіб та 34% від загальної вибірки.

За результатами аналізу методики «Шкала тривоги» А. Бека встановлено, що у переселенців в межах України переважає помірний рівень тривоги, натомість серед вибірки переселенців за кордоном переважає високий рівень тривоги. Це явище може свідчити про те, що люди за кордоном можуть мати труднощі з адаптацією до нової культури та нових умов життя, відчувати невпевненість в майбутньому. Помірний рівень тривоги, що переважає у переміщених осіб в межах України може бути пов'язаним з періодичними ракетними обстрілами, повітряними тривогами та також невпевненості у майбутньому.

Наступною методикою для вивчення особливостей прояву психотравми була «Шкала депресії» А. Бека.

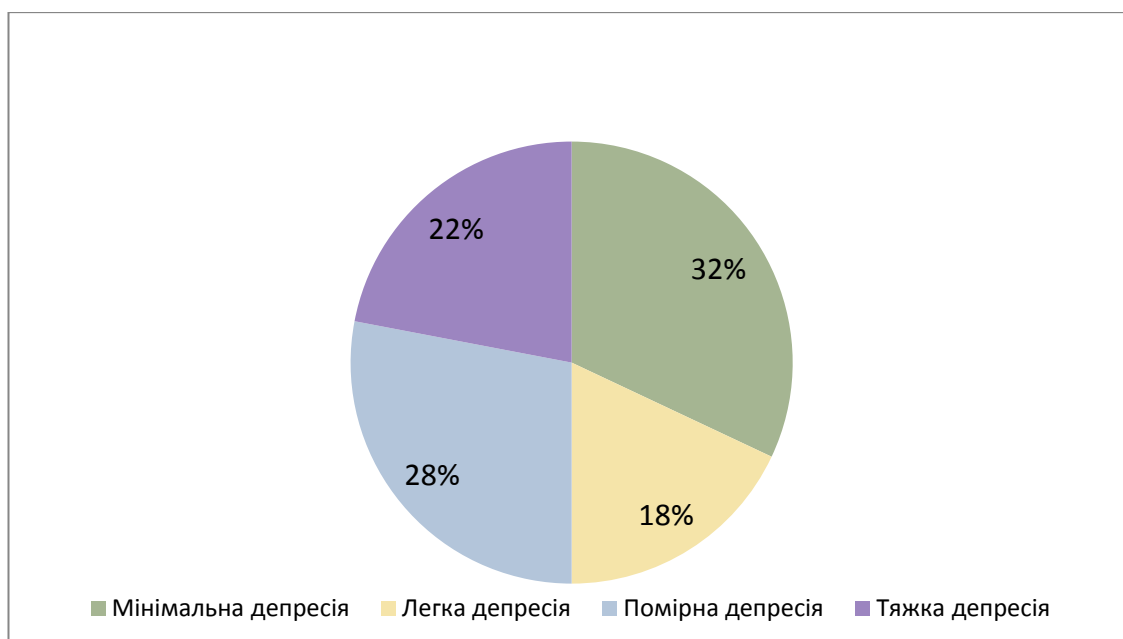


Рис. 3.4. Загальний розподіл вибірки за методикою «Шкала депресії» А. Бека

За результатами методики можна зробити висновок, що:

- 32% переселенців мають мінімальний прояв депресії (n=16);
- 18% вибірки мали легку форму депресії (n=9);
- 28% учасників мають помірну депресію (n=14);
- 22% переселенців мають тяжку депресію (n=11).

Окремо було розглянуто результати респондентів за кордоном та вимушених переселенців в межах України (Рис. 3.5).

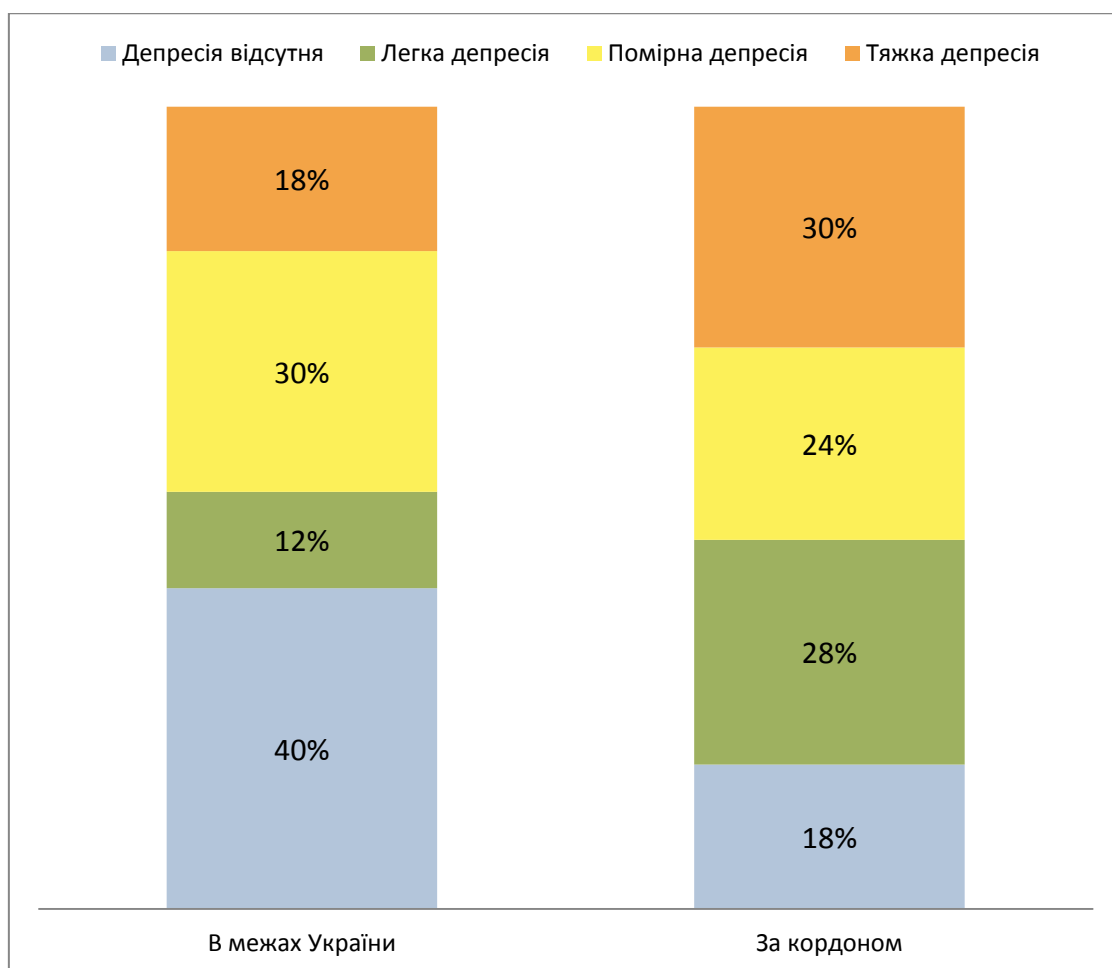


Рис. 3.5. Розподіл вибірки осіб з за методикою «Шкала депресії» А. Бека

Аналіз результатів вибірки за методикою «Шкала депресії» А.Бека надав наступні результати:

- Серед переселенців, які знаходяться в межах України:
 - 18% осіб - переселенців мають тяжку депресію;
 - 30% осіб - переселенців мають помірну депресію;
 - 12% осіб- переселенців мають легку депресію;
 - 40% осіб – переселенців не мають депресію.
- Серед переселенців, які знаходяться за кордоном України:
 - 30% осіб - переселенців мають тяжку депресію;
 - 24% осіб - переселенців мають помірну депресію;
 - 29% осіб - переселенців мають легку депресію;
 - 18 % осіб – переселенців не мають депресію.

Слід зазначити, що кількість осіб - переселенців, що перебувають в Україні складає 33 особи, що становить 66% від загальної вибірки.

Респонденти, що знаходяться за кордоном становлять 17 осіб та 34% від загальної вибірки.

За результатами аналізу методики «Шкала депресії» А. Бека встановлено, що у переселенців за кордоном України найбільш виражена тяжка форма депресії, що можливо обумовлюється негайним прийняттям рішення щодо виїзду за кордон з метою забезпечення своєї безпеки та безпеки своїх дітей або батьків похилого віку. Також тяжка депресія може бути пов'язана з відсутністю зв'язку та інформації щодо стану своєї домівки, стану рідних та близьких, особливо у зонах, які потрапили під окупацію та зону безпосередніх бойових дій, відсутністю впевненості у майбутньому, втратою зв'язків зі звичним колом спілкування та звичним образом життя. Натомість у переселенців в межах України найбільш вираженою є відсутність депресії.

Наступною методикою для вивчення особливостей прояву психотравми було обрано «Міжнародний опитувальник травми (ITQ)». Окремо було розглянуто результати респондентів за кордоном та вимушених переселенців в межах України (Рис. 3.6).

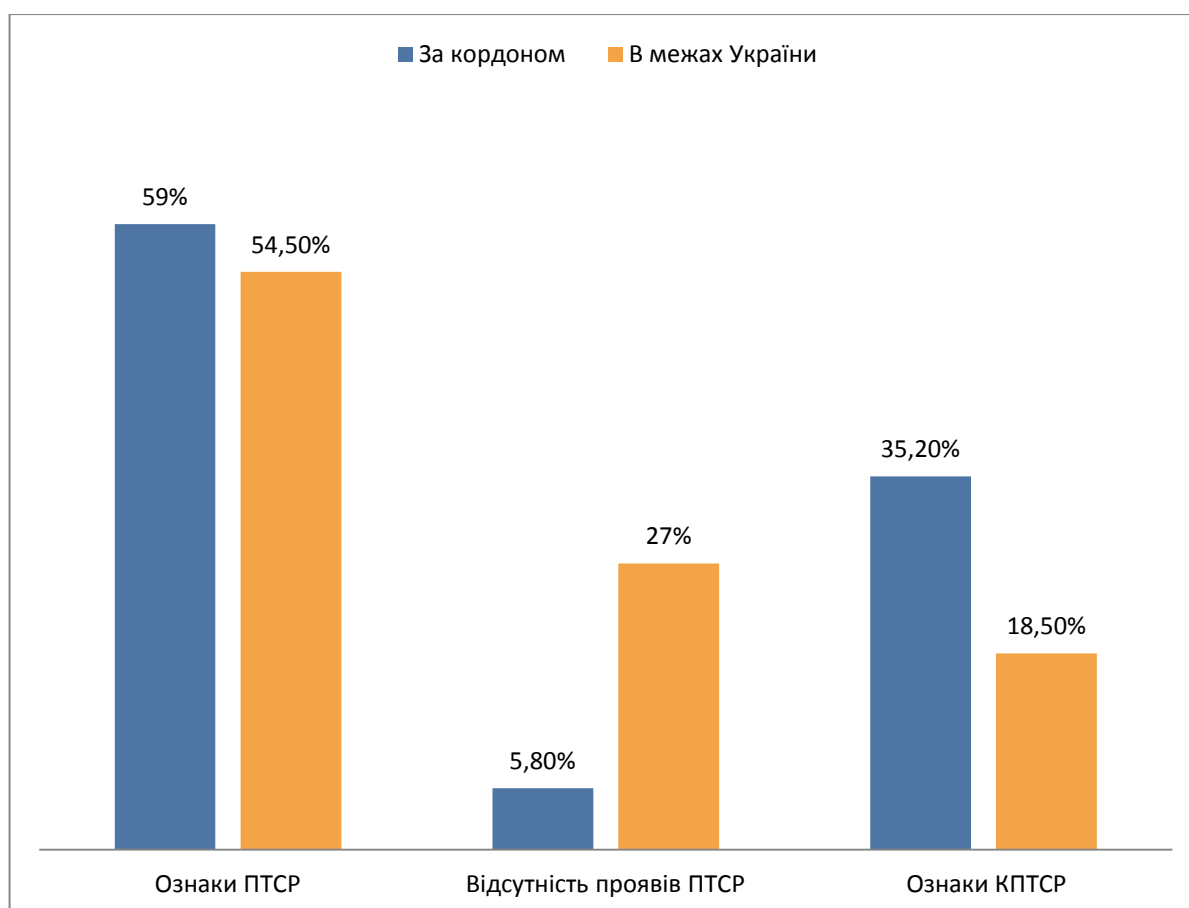


Рис. 3.6. Розподіл вибірки осіб з за методикою «Міжнародний опитувальник травми (ІТQ)»

Аналіз вибірки переселенців за методикою «Міжнародний опитувальник травм (ІТQ)» свідчить, що майже більше половини респондентів, які перебувають за кордоном (59%) та переселились в межах України (54,50%) мають ознаки ПТСР. Статистично значущої різниці між проявами ПТСР серед переселенців, що перебувають на території України та за кордоном немає, переселенці з обох груп могли отримати схожий травматичний досвід. Дані результати можуть бути пов'язані з такими факторами, як швидке прийняття вимушеного переселення, спогади про травматичні події, втрата зв'язків із звичним колом спілкування, втрата звичного образу життя. Також переселенці за кордоном можуть мати труднощі з адаптацією до нової культури та умовами життя, які потребують допомоги та спеціальних втручань фахівців.

Порівнюючи вимушених переселенців за кордоном та переселенців в межах України, переселенці за кордоном мають більш виражені ознаки

КПТСР (35,20%), ніж особи, які проживають в Україні (18,50%). Це явище може бути пов'язане з тим, що переселенці, які знаходяться за кордоном могли зазнати тривале перебування в зоні бойових дій, перебування в полоні, тривалі та повторні травмуючі події загалом (війна, переїзд, адаптація до нових умов), обстріли, повітряні тривоги, відсутність електроенергії могли спонукати їх до виїзду за межі України.

Ці дані підкреслюють необхідність своєчасного та професійного надання психологічної допомоги особам переселенцям, як на території України, так і за кордоном.

Окремо було виокремлено субшкали методики «Міжнародний опитувальник травми (ITQ)» та середні значення (Рис. 3.7).

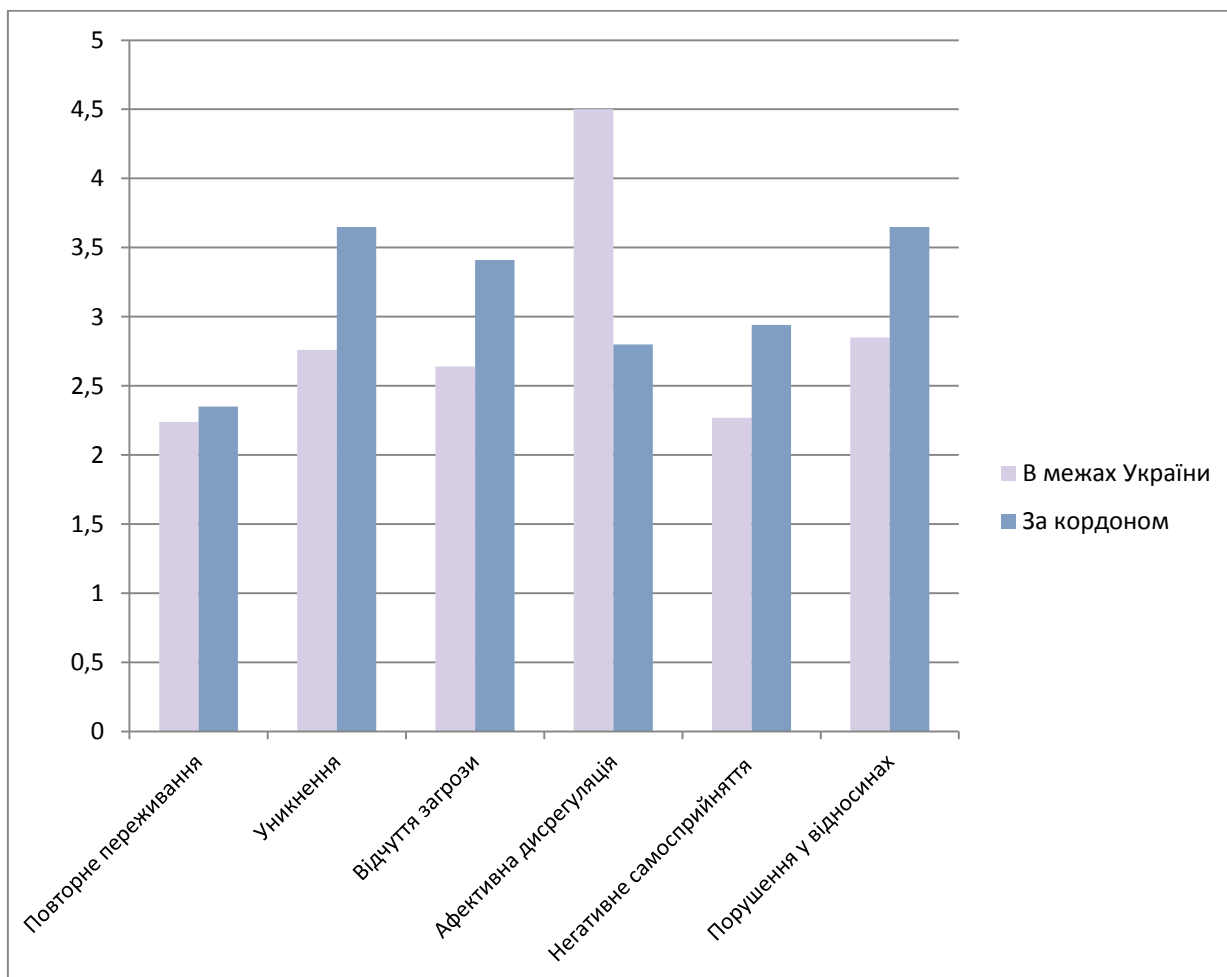


Рис. 3.7. Середні значення субшкал за методикою «Міжнародний опитувальник травм (ITQ)»

Значущо статистичною різницею за субшкалами не було виявлено, окрім більшого значення серед переселенців в межах України за шкалою «Афективна дисрегуляція», що проявляється у серйозних та стійких труднощах з керуванням емоціями. Це явище може бути пов'язане з відсутністю постійного житла та економічними труднощами, розлукою із близькими та невпевненості в майбутньому.

Для оцінки нормальності розподілу отриманих даних за методиками Міжнародний опитувальник травми (International Trauma Questionnaire, ITQ), Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI), Шкала тривоги Бека (The Beck Anxiety Inventory, BAI) було використано тест Шапіро-Уїлки.

Табл. 3.1.

Розподіл отриманих даних за тестом Шапіро-Уїлки

Шкали	Критерій Шапіро-Уїлки (W)	p-значення
Депресія (BDI)	0.977	0.440
Тривога(BAI)	0.946	0.024
Повторне переживання (ITQ)	0.968	0.001
Уникнення (ITQ)	0.964	0.127
Відчуття загрози (ITQ)	0.962	0.105
Порушення самоорганізації (ITQ)	0.960	0.086
Афективна дисрегуляція (ITQ)	0.970	0.226
Негативне самосприйняття (ITQ)	0.856	0.001
Порушення у відносинах(ITQ)	0.960	0.015
ПТСР (ITQ)	0.968	0.195

КПТСР (ІТQ)	0.974	0.343
-------------	-------	-------

Аналізуючи вищезазначені результати, можна зробити висновок, що вибірка не підпорядковується нормальному розподілу.

Далі було зроблено порівняльний аналіз проявів психотравми у переселенців, що знаходяться в межах України та переселенцями, що опинилися за кордоном (Табл.3.1).

Табл. 3.2.

Порівняльний аналіз проявів психотравми у переселенців, що знаходяться в межах України та переселенців, що знаходяться за кордоном за допомогою U-критерію Манна Уїтні

	Емпіричне значення U	Рівень значущості
Депресія (BDI)	206	0.127
Тривога(BAI)	191	0.067
Повторне переживання (ІТQ)	263	0.723
Уникнення (ІТQ)	212	0.158
Відчуття загрози (ІТQ)	226	0.263
Порушення самоорганізації (ІТQ)	221	0.222
Афективна дисрегуляція (ІТQ)	240	0.406
Негативне самосприйняття (ІТQ)	229	0.286
Порушення у відносинах(ІТQ)	215	0.175
ПТСР (ІТQ)	240	0.406
КПТСР (ІТQ)	223	0.243

Проаналізувавши дані за допомогою U-критерію Манна Уїтні, можна зробити висновок, що усі шкали методик значуще не відрізняються в переселенців, які перебувають за кордоном і тих, хто переселився в межах України. Вплив військових подій є однаково травмуючим для обох категорій переселенців.

3.2. Зв'язок між ознаками ПТСР, комплексного ПТСР із симптомами тривоги та депресії

Для встановлення взаємозв'язку між ознаками посттравматичного стресового розладу та комплексного посттравматичного стресового розладу із симптомами тривоги та депресії було обрано кореляційний аналіз Спірмена (Табл.3.2).

Кореляційний аналіз між рівнем посттравматичного стресового розладу (ITQ) та депресією (BDI) показав значущий, позитивний зв'язок ($r=0,604$, $p < 0.01$), що свідчить про взаємозумовленість станів та схильність до проявів депресії при високих показниках ПТСР.

Кореляційний аналіз між рівнем комплексного посттравматичного стресового розладу (ITQ) та депресією (BDI) також показав значущий, позитивний зв'язок ($r=0,782$, $p < 0.01$), що свідчить про взаємозумовленість станів та схильність до проявів депресії при високих показниках ПТСР.

Кореляційний аналіз між рівнем посттравматичного стресового розладу (ITQ) та тривогою (BAI) показав значущий, позитивний зв'язок ($r=0,734$, $p < 0.01$), що свідчить про взаємозумовленість станів та схильність до тривоги при високих показниках ПТСР.

Кореляційний аналіз між рівнем комплексного посттравматичного стресового розладу (ITQ) та депресією (BDI) також показав значущий, позитивний зв'язок ($r=0,774$, $p < 0.01$), що свідчить про взаємозумовленість станів та схильність до тривоги при високих показниках ПТСР.

Табл. 3.2.

Взаємозв'язки між рівнем посттравматичного стресового розладу та комплексного посттравматичного стресового розладу із симптомами тривоги та депресії

	Симптоми депресії (BDI)	Симптоми тривоги (BAI)
ПТСР (ITQ)	0,604	0,734
КПТСР(ITQ)	0,782	0,774

Примітка: $p < 0.01$

Наступні взаємозв'язки було проведено між субшкалами посттравматичного стресового розладу та комплексного посттравматичного стресового розладу (ITQ) із симптомами тривоги (BAI) та депресії (BDI) (Табл.3.3).

Табл. 3.3.

Взаємозв'язки між субшкалами посттравматичного стресового розладу та комплексного посттравматичного стресового розладу із симптомами тривоги та депресії

	Симптоми депресії (BDI)	Симптоми тривоги (BAI)
Повторне переживання (ITQ)	0,532	0,700
Уникнення (ITQ)	0,509	0,620
Відчуття загрози (ITQ)	0,573	0,694
Порушення самоорганізації (ITQ)	0,771	0,538
Афективна дисрегуляція (ITQ)	0,597	0, 506

Негативне самосприйняття (ITQ)	0,680	0,522
Порушення у відносинах(ITQ)	0,775	0,674

Примітка: $p < .001$

Було виявлено найбільш значущі зв'язки між симптомами депресії з порушенням самоорганізації ($r=0,771$, $p < 0.01$), депресії з негативним самосприйняттям ($r=0,680$, $p < 0.01$) та депресії з порушенням у відносинах ($r=0,775$, $p < 0.01$). Ці зв'язки вказують, що зі збільшенням рівня порушення самоорганізації, негативного самосприйняття та порушень у відносинах відбувається збільшення рівня депресії.

Також було виявлено найбільш значущі зв'язки між симптомами тривоги та повторним переживанням ($r=0,700$, $p < 0.01$), тривоги та відчуттям загрози ($r=0,694$, $p < 0.01$), а також тривоги з порушенням у відносинах ($r=0,674$, $p < 0.01$). Ці зв'язки вказують, що зі збільшенням рівня повторного переживання, відчуття загрози та порушень у відносинах відбувається збільшення рівня тривоги.

3.3. Загальні рекомендації психологам щодо роботи з вимушеними переселенцями

На підставі отриманих даних проведеного дослідження, можна надати певні рекомендації для здійснення психологічної роботи з вимушеними переселенцями для психологів.

Вкрай важливо, щоб психологічна допомога переселенцям була своєчасною, комплексною та складалася з психологічної та соціальної адаптації.

1) Психологічна адаптація:

- психологічна допомога переселенцям, що перебувають у важких стресових станах, мають симптоми депресії та тривоги;

- психологічна допомога в адаптації до змін і відновлення повсякденного життя в новому оточенні;

- допомога у створенні нових життєвих перспектив та подоланні труднощів.

2) Соціальна адаптація:

Допомога вимушеним переселенцям в адаптації до нового середовища, враховуючи, що травматична ситуація переселення спричинила зміни у психічних станах переселенців, позначившись на афективній та когнітивній сферах, що змінили їх поведінку.

Так як переселенці можуть відчувати стани пригніченості, роздратованості, афективну дисрегуляцію, можуть перебувати у депресивних станах та мати певні когнітивні зміни, які проявляються у погіршенні пам'яті та концентрації уваги, неуважності, зміні життєвих основ та планів на майбутнє, необхідно розробити чіткий план та індивідуальний підхід щодо кожного переселенця, який звернувся за психологічною допомогою, оскільки травматичний досвід кожного переселенця є неповторним.

Для ефективної психологічної допомоги та комплексної підтримки також важливою є співпраця з іншими фахівцями, такими як соціальні працівники та медичні співробітники, волонтери - психологи.

При роботі з переселенцями необхідно використовувати, як індивідуальну, так і групову форми роботи. Групові сесії можуть сприяти зменшенню почуття ізолюваності, відстороненості та відчуття нерозуміння з боку інших людей. В таких групах переселенці відчують підтримку спільноти, мають можливість поділитися власними емоціями та своїм унікальним досвідом.

Психологам, які працюють із переселенцями, слід ознайомити їх з вправами для подолання симптомів стресу, тривоги та депресії. До цих вправ належать вправи із саморегуляції, аутогенне тренування, дихальні вправи, вправи з символдрами.

Доцільним є застосування травмо-фокусованої терапії. Травмо-фокусована терапія, яка передбачає вплив на травматичні спогади та нагадування в уяві або *in vivo*, привертає увагу науковців та практиків і, таким чином, має надійну емпіричну базу, на основі якої можна зробити висновок про її ефективність (Monson & Shnaider, 2014).

Ефективність терапії, орієнтованої на травму, для зменшення симптомів посттравматичного стресового розладу серед осіб, які пережили низку травматичних подій, включаючи травму, пов'язану з бойовими діями, сексуальне насильство, домашнє насильство, автомобільні аварії та жорстоке поводження з дитинством, було добре доведено (Lambert., & Alhassoon, 2015).

Хоча всі види травмо-фокусованої терапії передбачають вплив на травматичні спогади, існує дискусія щодо ступеня корисності різних комбінацій взаємодоповнюючих когнітивних та/або поведінкових компонентів, які сприяють терапевтичним змінам. Терапія тривалого впливу (Foa, Hembree, & Rothbaum, 2007), когнітивна терапія (Resick, Monson, & Chard, 2014) та десенсибілізація та переробка рухів очима (EMDR); Shapiro, 2001) є одними з найпопулярніших варіацій травмо-фокусованої терапії з різноманітною інтеграцією когнітивних і поведінкових елементів.

Терапія тривалого впливу - це поведінково-орієнтоване втручання, яке поступово залучає клієнтів до впливу стимулів, яких вони бояться, доки інтенсивність пов'язаної з ними тривоги не зменшиться. В основі методу лежить припущення, що люди надають неточне значення ситуаціям страху, які поєднуються з суб'єктивним значенням і несприятливими фізіологічними реакціями через процес класичного обумовлення.

З цієї точки зору, симптоми ПТСР і пов'язані з ним реакції страху підтримуються через негативне підкріплення, пов'язане з емоційним відстороненням, низькою якістю когніцій, пов'язаних з травмою, і мінімальною наративною артикуляцією досвіду (Foa et al., 2007).

Згідно з когнітивною теорією посттравматичного стресового розладу, травмована особа інтерпретує виникнення нав'язливих спогадів катастрофічно. Катастрофічні інтерпретації нав'язливих спогадів можуть відновити симптоми посттравматичного стресового розладу, незважаючи на випадкове звикання після тривалого впливу (терапії тривалого впливу) на сигнали травми.

Існує гіпотеза, що КПТ, яка спрямована як на інтерпретацію втручань, так і на поведінку уникнення при посттравматичному стресовому розладі, буде значно ефективнішою, ніж лікування впливу, яке зосереджується лише на поведінці уникнення (Paunovic, & Ost, 2001).

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) — це когнітивно-орієнтоване втручання, яке залучає клієнтів до випробування помилкових оцінок і атрибуцій, пов'язаних зі стимулами, які викликають страх, доки інтенсивність реакції на травму не зменшиться і не буде сприяно точнішій оцінці себе на події (Monson & Shnaider, 2014; Resick et al.).

Основне припущення в КПТ полягає в тому, що уникнення думок про травматичні події та пов'язані з ними проблемні оцінки сприяють невідновленню. З цієї точки зору, симптоми посттравматичного стресового розладу та відповідні реакції на страх зберігаються через когнітивну асиміляцію та надмірну адаптацію, що сприяє неправильній оцінці та виробленим емоціям (Monson & Shnaider, 2014).

На основі мета-аналізу втручань, розроблених спеціально для травмованих шукачів притулку та біженців, Слободін і де Йонг (2015) дійшли висновку, що когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) і нарративна експозиційна терапія (НЕТ) були двома стратегіями, заснованими на доказах, які виявилися ефективними і підходить для населення біженців. Вони не знайшли достатньо даних для підтвердження або спростування альтернативних підходів, хоча, здається, є деякі попередні докази того, що комбінація десенсибілізації та повторної обробки рухів очей (EMDR) і стабілізації забезпечила позитивні результати.

У методі EMDR (десенсибілізація та переробка рухом очей) клієнт навчається фокусуватися як на тривожному образі чи спогаді, так і на емоціях і когнітивних елементах, пов'язаних з ним. Після того, як клієнт встановлює контакт із тим об'єктом, що викликає занепокоєння, терапевт викликає двосторонню стимуляцію. Звичайний спосіб полягає в тому, щоб рухати пальцями вперед і назад перед обличчям клієнта, після вказівки клієнту стежити за рухом очима. Двосторонню стимуляцію також можна викликати за допомогою слухових або тактильних подразників. Когнітивно-поведінкові методи, спрямовані на травму, такі як конфронтація стимулів і когнітивна реструктуризація, виявилися дуже корисними і часто є методом вибору для осіб із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) (Seidler, & Wagner, 2006).

EMDR виявляється більш ефективним за багатьма параметрами, у порівнянні з різними умовами активного контролю, такими як недиференційовані форми індивідуальної психотерапії та активного слухання. Сім рандомізованих та два нерандомізованих контрольованих дослідження порівнювали EMDR з експозиційною терапією або комбінацією експозиційної та когнітивної (КПТ) терапії. У всіх рандомізованих дослідженнях EMDR виявився відносно еквівалентним за результатами лікування КПТ. У двох дослідженнях була зафіксована значна перевага EMDR над КПТ за субшкалами втручання показників ПТСР, а в одному з досліджень повідомлялося про значну перевагу КПТ над EMDR щодо симптомів вторгнення та уникнення. Більшість досліджень також відзначає, що EMDR вимагає менше часу на лікування завдяки зменшенню вимог до домашніх завдань. Встановлено, що ефекти лікування EMDR добре зберігаються під час подальшого спостереження (Shapiro, & Maxfield, 2002).

Отже, психологічна допомога особам, які зазнали психотравми в умовах вимушеного переселення, повинна зосереджуватись на таких завданнях:

- полегшенні прояву стресу, тривоги та депресії за допомогою психологічних інтервенцій;
- досягнення довіри до оточуючих та встановлення терапевтичного альянсу з психологами;
- сприяння процесу адаптації до нових умов;
- розвитку стратегій подолання труднощів (копінг-стратегій) та виявленню внутрішніх ресурсів, які є життєво необхідними для майбутнього життя переселенців.

Висновки до розділу 3

1. Найбільш поширеними травматичними життєвими події, які трапилися особисто з респондентами за результатами методики «Контрольний перелік життєвих подій (Life Events Checklist for DSM-5, LEC-5)», стали такі події: бойові дії (n=25), фізичне насильство (n=16), дорожньо-транспортні аварії (n=15), тяжкі страждання (n=21), хвороба чи травма з погрозою для життя (n=16), інші стресові події (переїзд, розлучення з близькими).

2. За результатами аналізу методики «Шкала тривоги» А. Бека встановлено, що у переселенців в межах України переважає помірний рівень тривоги (34%), натомість серед вибірки переселенців за кордоном переважає високий рівень тривоги (39%). За результатами аналізу методики «Шкала депресії» А. Бека встановлено, що у переселенців за кордоном України найбільш виражена тяжка форма депресії (30%). Натомість у переселенців в межах України найбільш вираженою є відсутність депресії (40%).

3. Майже більше половини респондентів, які перебувають за кордоном (59%) та переселились в межах України (54,50%) мають ознаки ПТСР за методикою «Міжнародний опитувальник травм (ITQ)». Статистично значущої різниці між проявами ПТСР серед переселенців, що перебувають на території України та за кордоном немає, переселенці з обох груп могли отримати схожий травматичний досвід. Переселенці за кордоном мають більш

виражені ознаки КПТСР (35,20%), ніж особи, які проживають в Україні (18,50%).

4. Було виявлено найбільш значущі зв'язки між симптомами депресії з порушенням самоорганізації ($r=0,771$, $p < 0.01$), депресії з негативним самосприйняттям ($r=0,680$, $p < 0.01$) та депресії з порушенням у відносинах ($r=0,775$, $p < 0.01$). Також було виявлено найбільш значущі зв'язки між симптомами тривоги та повторним переживанням ($r=0,700$, $p < 0.01$), тривоги та відчуттям загрози ($r=0,694$, $p < 0.01$), а також тривоги з порушенням у відносинах ($r=0,674$, $p < 0.01$).

5. Надано загальні рекомендації психологам щодо роботи з вимушеними переселенцями з метою подання наслідків психологічної травми, які включають в себе вправи із саморегуляції, аутогенне тренування, дихальні вправи, вправи з символдрами, а також ефективні напрями психотерапії.

ВИСНОВКИ

1. У дослідженні було здійснено теоретичний аналіз зарубіжних та українських джерел щодо визначення поняття «психотравма», особливостей прояву психотравми серед вимушених переселенців, описано відмінності між посттравматичним стресовим розладом та комплексним посттравматичним стресовим розладом.

Зарубіжні та українські дослідники досліджують психотравму або як стан, або як психотравму, що викликана травматичною подією чи ситуацією. Психотравма, яка викликана ситуацією чи подією, являє собою будь-яку особисто значущу ситуацію або подію, що має потенційно патогенний емоційний вплив на психіку людини, що у разі недостатності захисних механізмів може призвести до виникнення певних психічних розладів. Психотравма як стан, виникає при неспівпадінні між загрозливими факторами ситуації та індивідуальними здатностями їх подолання. Для визначення травми подія повинна бути несподіваною, небезпечною і викликати пригнічення.

Посттравматичний стресовий розлад виникає після фактичної або загрози смерті, серйозної травми або сексуального насильства та визначається різними кластерами симптомів повторного переживання, уникнення, заціпеніння та збудження, що зберігаються більше одного місяця після травми.

КПТСР введений в МКХ-11 має основні симптоми посттравматичного стресового розладу та додаткові три кластери симптомів. Ці додаткові три кластери, які разом називаються «порушеннями самоорганізації» (DSO), призначені для виявлення більш поширених психологічних розладів, які можуть виникнути після травматичного впливу, і включають: афективну дисрегуляцію, що відображає як гіперактивацию і дезактивацию емоційних реакцій; негативна самооцінка, що відображає крайню негативну самооцінку;

і порушені стосунки, що відображає тенденцію уникати міжособистісних стосунків.

2. Дослідження психологічних проблем вимушених переселенців показують, що вони можуть відчувати різні розлади емоційної сфери, такі як апатія, депресія, втрата інтересу до життя, мати агресивну поведінку, дратівливість, неконтрольовані спалахи гніву, підвищення рівню тривоги, психомоторне збудження, швидка зміна настрою, фобічні реакції, порушення сну, можуть мати симптоми ПТСР, комплексного ПТСР.

3. Переміщення може бути зовнішнім (наприклад, біженці) або внутрішнім (наприклад, внутрішньо переміщені особи (ВПО)). Згідно Конвенції ООН про права біженців, «біженець – особа, що внаслідок обґрунтованих побоювань стала жертвою переслідувань за ознаками раси, національності, громадянства, віросповідання перебуває за межами країни своєї громадянської належності або не маючи визначеного громадянства і знаходячись за межами країни свого колишнього місця проживання»

Термін "особи, переміщені всередині країни" визначається як індивіди або групи осіб, які були примушені залишити свої домівки чи місця проживання через необхідність уникнення наслідків збройних конфліктів, ситуацій загального насильства, порушень прав людини, або стихійних лих чи техногенних катастроф. Важливо відзначити, що ці особи не перетнули міжнародно визнаний кордон країни.

4. Найбільш вразливі верстви населення серед біженців – це діти (більше половини всіх українських дітей були змушені покинути свої домівки), жінки, люди похилого віку та ті, хто хворий і не може брати участь у військових діях.

5. Для проведення дослідження було використано: анкету соціально-демографічних показників, Контрольний перелік життєвих подій (Life Events Checklist for DSM-5, LEC-5), Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI), Шкала тривоги Бека (The Beck Anxiety Inventory, BAI), Міжнародний опитувальник травми (International Trauma Questionnaire, ITQ).

6. У дослідженні взяло участь 50 респондентів: 36 жінок (72%) та 18 чоловіків (28%). Вік респондентів становить від 18 до 61 року. Найбільш представленою групою виявилась група від 18-25 років - 58% від усієї вибірки. Вибірка респондентів, що знаходяться за кордоном становить 34% від загальної вибірки. Вибірка респондентів, що стали внутрішніми переселенцями в межах України становить 66% від загальної вибірки.

7. За результатами методики «Контрольний перелік життєвих подій (Life Events Checklist for DSM-5, LEC-5)» всі респонденти хоча б раз в житті зустрічались з однією або декількома травмними подіями в їх житті – були безпосередніми учасниками, стали свідком або ця подія сталася з їхніми близькими родичами чи друзями.

8. Аналіз результатів показав, що майже більше половини респондентів, які перебувають за кордоном (59%) та які переселились в межах України (54,50%) мають ознаки ПТСР. У переселенців в межах України переважає помірний рівень тривоги (34%), натомість переселенців за кордоном переважає високий рівень тривоги (39%). Переселенці за кордоном України мають найбільш виражену тяжку форму депресії (30%). У переселенців в межах України найбільш вираженим показником виявилась відсутність депресії (40%).

9. Було виявлено найбільш статистично значущі зв'язки між симптомами депресії з порушенням самоорганізації, негативним самосприйняттям та порушенням у відносинах. Ці зв'язки вказують, що зі збільшенням рівня порушення самоорганізації, негативного самосприйняття та порушень у відносинах відбувається збільшення рівня депресії.

Також було виявлено найбільш статистично значущі зв'язки між симптомами тривоги та повторним переживанням, відчуттям загрози, а також порушенням у відносинах. Ці зв'язки вказують, що зі збільшенням рівня повторного переживання, відчуття загрози та порушень у відносинах відбувається збільшення рівня тривоги.

10. Статистично значущих відмінностей між особливостями прояву психотравми у вимушених переселенців за кордоном та вимушених переселенців в межах України не виявлено. Війна чинить однаково травмуючий вплив для обох категорій переселенців.

11. Надано загальні рекомендації психологам щодо роботи з вимушеними переселенцями з метою подання наслідків психотравми у вимушених переселенців, описано напрями психотерапії (терапія тривалого впливу, когнітивна терапія та десенсибілізація та переробка рухів очима), які є найбільш ефективними згідно з науковими дослідженнями.

Головною ідеєю психологічної роботи з вимушеними переселенцями є переосмислення травми, допомога в адаптації до нових умов життя, формування нового погляду на подальше життя, що призводить до формування його нових цілей, цінностей і сенсу життя, пошуку відповідних життєвих ресурсів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Балакірева, О.М. (Ред.). (2016). Вимушені переселенці та приймаючі громади: уроки для ефективної суспільної адаптації й інтеграції (Наукова доповідь). ДУ «Ін-т екон. та прогнозув. НАН України». Київ.
2. Герман, Дж. (2015). Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів: Видавництво Старого Лева. (Переклад з англ. О. Лизак, О. Наконечна, О. Шлапак).
3. Грандт, В.В. (2023). Психологія травмуючих ситуацій: навчальний посібник для здобувачів вищої освіти другого магістерського рівня за освітньо-професійною програмою «Психологія». Запоріжжя: ЗНУ, 110 с.
4. Гуляєва, А.С. (2017). Психологічні особливості вимушеного переселення. Проблеми сучасної психології: зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка; Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Кам'янець-Подільський: Аксіома, Вип. 37, с. 66-75.
5. Завгородня, О., & Краєва, О. (2023). Психологічні проблеми осіб, вимушено переміщених внаслідок російської агресії. *Вісник Національного університету оборони України*, 73(3), 73–82. <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2023-73-3-73-82>.
6. Заграй, Л.Д. (2015). Концептуалізація «Я» і психологічна травма. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Психологічні науки*. Вип. 128, с. 108–111.
7. Зливков, В. Л., Лукомська, С. О., Котух, О. В., & Мельник, О. В. (2019). Міжнародний опитувальник травми (ІТQ): адаптація україномовної версії та можливості використання для діагностики комплексного і відтермінованого ПТСР. *Актуальні проблеми психології*, 2(14), 145-161.

8. Карамушка, Л.М. (2022). Психічне здоров'я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати: Метод. рекомендації. Київ: Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України, 52 с.
9. Карамушка, Л., & Карамушка, Т. (2022). Емпіричне дослідження особливостей психічного здоров'я вимушених «внутрішніх» переселенців в умовах війни. *Організаційна психологія. економічна психологія*, 2(26), 48-59. <https://doi.org/10.31108/2.2022.2.26.6>.
10. Карачевський, А.Б. (2016). Адаптація шкал та опитувальників українською та російською мовами щодо посттравматичного стресового розладу. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, м. Київ. http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/.
11. Кісарчук З. Г., Омельченко Я. М., Лазос Г. П., Литвиненко Л. І, Царенко Л. Г та ін. (2015). Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник. Київ. : Видавництво “Логос”, 207 с.
12. Кісарчук, З. Г., Омельченко, Я. М., Лазос, Г. П. та ін. (2020). Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу. З. Г. Кісарчук (Ред.). Київ: Видавничий Дім «Слово».
13. Кузікова С. Б., Зливков В. Л., Лукомська С. О (2023). Особливості травмивного досвіду мешканців деокупованих територій України. Інсайт: психологічні виміри суспільства. № 9. С. 228–243. <https://doi.org/10.32999/KSU2663-970X/2023-9-13>.
14. Кузікова С.Б., Зливков В.Л., Лукомська С.О. (2022). Вікові особливості переживання травм війни: інтегративний підхід. *Вісник ХДУ. Серія Психологічні науки*. №.2. С. 64-70. <http://pj.journal.kspu.edu/index.php/pj/article/view/1272>.
15. Леонова, І.М. (2015). Теоретичний аналіз проблеми соціально-психологічної адаптації вимушених переселенців в Україні. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*, № 4(29), 94–100.

16. Лукомська, С.О. (2022). Особливості психологічних травм російсько-української війни у контексті євроінтеграційних процесів. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. Спецвипуск.*
17. Міхеєва О., Серета В. (2015). Сучасні українські внутрішньо переміщені особи: основні причини, стратегії переселення та проблеми адаптації. Стратегії трансформації і превенції прикордонних конфліктів в Україні : збірка аналіт. матеріалів. Львів : Галицька видавнича спілка.
18. Наджафгулієв Рафіг Іслам огли (2013). Адміністративно-правовий статус біженців і вимушених переселенців в Азербайджанській Республіці: канд. юрид. наук: 12.00.07. К., 195 с.
19. Нестеренко, М., & Романко, О. (2023). Адаптація внутрішніх переселенців до нових умов життя. *Collection of Scientific Papers «SCIENTIA»*, (June 16, 2023; Athens, Greece), 181–182.
20. Паливода, Л.І.(2021). Проблема визначення понять «психічна травма», «психологічна травма» і «травма втрати» у психологічних проєкціях. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. Т. 32(71). С. 68-72.*
21. Плєскач, Б. & Уркаєв, В. (2017). Соціально-психологічні аспекти психотерапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам. *Актуальні проблеми психології, 13, (3), с.74-91.*
22. Плєскач, Б.В., & Уркаєв, В.С. (2019). Складові технології психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам спрямованої на подолання травматичного досвіду. *Актуальні проблеми психології: Консультативна психологія та психотерапія. 3(15).*
23. Пророк, Н., Запорожець, О., Креймеєр, Д., Гридковець, Л., Царенко, Л., Ковальчук, О., Невмержицький, В., Кондратенко, Л., Манилова, Л., Чекстєре, О., & Палієнко, Т. (2018). Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. Київ.

24. Путінцев, А. В., & Пашенко, Ю. Є. (2018). Адаптація внутрішньо переміщених осіб в регіонах України: сутність, поняття, підходи. *Економіка. Фінанси. Менеджмент: актуальні питання науки і практики*, 9 (2). 110-121.
25. Слюсаревський, М. М., & Блинова, О. Є. (2013). Психологія міграції. Кіровоград: ТОВ "Імекс ЛТД".
26. Сірант, М.М. (2015). Біженці та внутрішньо переміщені особи: співвідношення понять. *Митна справа*, 2(2), с.154–159.
27. Спринська, З.В. (2018). Психологічні особливості внутрішньо переміщених осіб. *Теорія і практика сучасної психології*, (6). 50–56.
28. Степанов, О.М. (2005). Психологічна енциклопедія. Київ: Академвидав.
29. Титаренко, Т.М. (2001). Психологія особистості: словник-довідник. Київ : Рута.
30. Фрідман, М. Дж. «ПТСР – історія та загальний огляд. Публікація центру ПТСР Міністерства у справах ветеранів США. Пер. 3 англ. 2016.
31. Baird, S., Panlilio, R., Seager, J., Smith, S. and Wydick, B. (2022) 'Identifying psychological trauma among Syrian refugee children for early intervention: Analyzing digitized drawings using machine learning' *Journal of Development Economics* 156: 102822. (<https://doi.org/10.1016/j.jdevec.2022.102822>).
32. Bogic, M., Njoku, A., & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: A systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 15(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9>.
33. Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Rousseau, C., Somasundaram, D., Suzuki, Y., Wessely, S., van Ommeren, M., & Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical psychology review*, 58, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>.

34. De Silva, U., Glover, N., & Katona, C. (2021). Prevalence of complex post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers: Systematic review. *BJPsych Open*, 7(6), E194. doi:10.1192/bjo.2021.1013.
35. Figley, C. R. (Ed.) (1986). *Trauma and its Wake, Volume II: Traumatic Stress Disorders: Theory, Research, and Treatment*. New York: Brunner, Mazel.
36. Herman, J. L. (1992) *Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror*. New York, New York: Basic Books.
37. Hodes M. (2023). Thinking about young refugees' mental health following the Russian invasion of Ukraine in 2022. *Clinical child psychology and psychiatry*, 28(1), 3–14. <https://doi.org/10.1177/13591045221125639>.
38. International Organization for Migration Ukraine. International Organization for Migration. URL: <https://ukraine.iom.int/> (date of access: 10.11.2023)
39. Knipscheer, J. W., Sleijpen, M., Mooren, T., Ter Heide, F. J., & van der Aa, N. (2015). Trauma exposure and refugee status as predictors of mental health outcomes in treatment-seeking refugees. *BJPsych bulletin*, 39(4), 178–182. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.114.047951>.
40. Levine P. (1997). *Waking the Tiger: Healing Trauma*. North Atlantic books, Berkeley.
41. Li, S. S. Y., Liddell, B. J., & Nickerson, A. (2016). The Relationship Between Post-Migration Stress and Psychological Disorders in Refugees and Asylum Seekers. *Current Psychiatry Reports*, 18(9). doi:10.1007/s11920-016-0723-0.
42. Liddell, B. J., Nickerson, A., Felmingham, K. L., Malhi, G. S., Cheung, J., Den, M., Askovic, M., Coello, M., Aroche, J., & Bryant, R. A. (2019). Complex posttraumatic stress disorder symptom profiles in traumatized refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 32(6), 822–832. <https://doi.org/10.1002/jts.22453>.

43. Nikolajchuk M. (2005). The constituent elements of the mechanism of regulation of migration processes of the rural population. *Rehional'na ekonomika*. 3 (37) 105-112.
44. Papadopoulos R. K. (2007) Refugees, trauma and adversity-activated development. *European Journal of Psychotherapy and Counselling* 9(3), 301–312. <https://doi.org/10.1080/13642530701496930>.
45. Perrotta, G. (2019). Psychological trauma: definition, clinical contexts, neural correlations, and therapeutic approaches. *Current Research in Psychiatry and Brain Disorders*. CRPBD-100006.
46. Paunovic, N., & Ost, L. G. (2001). Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour research and therapy*, 39(10), 1183–1197. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(00\)00093-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(00)00093-0).
47. Peconga E. K., Høgh Thøgersen M. (2020). Post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety in adult Syrian refugees: What do we know? *Scandinavian Journal of Public Health*, 48(7). doi:10.1177/1403494819882137.
48. Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA*, 294(5), 602–612. <https://doi.org/10.1001/jama.294.5.602>.
49. Ranasighe, P.D., & Levy, B.R. (2007). Prevalence of and sex disparities in posttraumatic stress disorder in an internally displaced Sri Lankan population 6 months after the 2004 tsunami. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 1(1), 34-41.
50. Roberts, B., Ocaika, K. F., Browne, J., Oyok, T., & Sondorp, E. (2008). Factors associated with post-traumatic stress disorder and depression amongst internally displaced persons in northern Uganda. *BMC psychiatry*, 8 (38). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-38>.
51. Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and

displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 302(5), 537–549.
<https://doi.org/10.1001/jama.2009.1132>

52. Shapiro, F., & Maxfield, L. (2002). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. *Journal of Clinical Psychology*, 58(8), 933–946. doi:10.1002/jclp.10068.

53. Seidler, G. H., & Wagner, F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 36(11), 1515-1522. doi:10.1017/s0033291706007963.

54. Tahan, M., Taheri, H., & Saleem, T. (2021). Review of psychological trauma: theory, practice, policy and research. *Rivista di Psichiatria*, 56(2), 64-73.

55. Uphoff, E., Robertson, L., Cabieses, B., Villalón, F. J., Purgato, M., Churchill, R., & Barbui, C. (2020). An overview of systematic reviews on mental health promotion, prevention, and treatment of common mental disorders for refugees, asylum seekers, and internally displaced persons. *The Cochrane database of systematic reviews*, 9(9), CD013458. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013458.pub2>.

56. Winders, S. J., Murphy, O., Looney, K., & O'Reilly, G. (2020). Self-compassion, trauma, and posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Clinical psychology & psychotherapy*, 27(3), 300–329. <https://doi.org/10.1002/cpp.2429>.

57. Zetl L. & E.Josephs (2001). Self-Regulation Therapy. Canadian Foundation for trauma Research and Education. Vancouver.

ДОДАТКИ

Додаток А
Таблиця А.1

Т-тест независимых выборок

		Статистика	р
Депресія (BDI)	Манн-Уитни U	206	0.127
Тривога (BAI)	Манн-Уитни U	191	0.067
ПТСР(ITQ)	Манн-Уитни U	240	0.406
Порушення самоорганізації (ITQ)	Манн-Уитни U	221	0.222
КПТСР (ITQ)	Манн-Уитни U	223	0.243
Повторне переживання (ITQ)	Манн-Уитни U	263	0.723
Уникнення (ITQ)	Манн-Уитни U	212	0.158
Відчуття загрози (ITQ)	Манн-Уитни U	226	0.263
Афективна дисрегуляція(ITQ)	Манн-Уитни U	240	0.406
Негативне самосприйняття (ITQ)	Манн-Уитни U	229	0.286
Порушення у відносинах (ITQ)	Манн-Уитни U	215	0.175

Примечание. $\mu_{\text{Україна}} \neq \mu_{\text{За кордоном}}$

Таблиця А.2

Описательные статистики группы

	Група	N	Среднее	Медиана	SD	SE
Депресія (BDI)	Україна	33	18.03	19.00	10.26	1.787
	За кордоном	17	24.29	23.00	11.83	2.868
Тривога (BAI)	Україна	33	15.00	14.00	11.00	1.915
	За кордоном	17	22.76	20.00	13.90	3.371
ПТСР(ITQ)	Україна	33	7.64	8.00	5.44	0.947
	За кордоном	17	9.41	8.00	5.42	1.315
Порушення самоорганізації (ITQ)	Україна	33	8.12	8.00	5.76	1.003
	За кордоном	17	10.35	9.00	5.38	1.306
КПТСР (ITQ)	Україна	33	15.76	14.00	9.58	1.668
	За кордоном	17	19.76	17.00	9.97	2.419
Повторне переживання	Україна	33	2.24	2.00	1.98	0.346
	За кордоном	17	2.35	2.00	1.87	0.453

Описательные статистики группы

	Группа	N	Среднее	Медиана	SD	SE
Уникнення	Україна	33	2.76	2.00	2.25	0.392
	За кордоном	17	3.65	4.00	2.00	0.485
Відчуття загрози	Україна	33	2.64	3.00	1.82	0.316
	За кордоном	17	3.41	3.00	2.09	0.508
Афективна дисрегуляція	Україна	33	3.24	3.00	1.92	0.334
	За кордоном	17	3.76	4.00	2.02	0.489
Негативне самосприйняття	Україна	33	2.27	1.00	2.74	0.477
	За кордоном	17	2.94	2.00	2.61	0.633
Порушення у відносинах	Україна	33	2.85	3.00	2.15	0.375
	За кордоном	17	3.65	3.00	1.80	0.437

Таблиця А.3

Тест на нормальность (Шапиро-Уилк)

	W	p
Депресія (BDI)	0.977	0.440
Тривога (BAI)	0.946	0.024
ПТСР(ІТQ)	0.968	0.195
Порушення самоорганізації (ІТQ)	0.960	0.086
КПТСР (ІТQ)	0.974	0.343
Повторне переживання (ІТQ)	0.913	0.001
Уникнення (ІТQ)	0.964	0.127
Відчуття загрози (ІТQ)	0.962	0.105
Афективна дисрегуляція (ІТQ)	0.970	0.226
Негативне самосприйняття (ІТQ)	0.856	< .001
Порушення у відносинах (ІТQ)	0.941	0.015

Примечание. Малое значение p предполагает нарушение предположения о нормальности