

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

**Зв'язок симптомів тривоги та депресії із посттравматичним зростанням
українських біженок**

Кваліфікаційна робота

Студентки 2 року ОР Магістр

(спеціальність 053 «Психологія»,

освітня програма «Клінічна психологія з основами психотерапії»)

Андрійчук Анни Русланівни

Науковий керівник:

Асистент кафедри психодіагностики та клінічної психології, кандидат

психологічних наук

Вавілова Альона Сергіївна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №2

Протокол № _____ від _____ року

Завідувач кафедри психодіагностики та клінічної психології

_____ **Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА**

Київ – 2023

ЗМІСТ

<u>ВСТУП</u>	<u>3</u>
<u>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ БІЖЕНЦІВ ТА МОЖЛИВОСТЕЙ ЇХНЬОГО ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ.....</u>	<u>6</u>
<u>1.1. Сутність та особливості посттравматичного зростання</u>	<u>6</u>
<u>1.2. Особливості психологічного стану біженців</u>	<u>17</u>
<u>1.3. Особливості прояву посттравматичного зростання у біженців</u>	<u>25</u>
<u>1.4. Особливості прояву тривожних та депресивних симптомів у біженців</u>	<u>25</u>
<u>Висновки до розділу 1</u>	<u>28</u>
<u>РОЗДІЛ 2.ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ</u>	<u>30</u>
<u>2.1. Емпірична модель дослідження.....</u>	<u>30</u>
<u>2.2. Вибір та обґрунтування методик дослідження.</u>	<u>32</u>
<u>2.3. Опис процедури та вибірки дослідження</u>	<u>36</u>
<u>Висновки до розділу 2</u>	<u>41</u>
<u>РОЗДІЛ 3.АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.....</u>	<u>43</u>
<u>3.1. Аналіз розподілу даних</u>	<u>43</u>
<u>3.2. Особливості прояву взаємозв'язку симптомів тривоги та депресії із посттравматичним зростанням</u>	<u>49</u>
<u>3.3. Пошук відмінностей між проявами посттравматичного зростання та проявами симптомів тривоги та депресії у біженок за кордоном та ВПО</u>	<u>54</u>
<u>3.4. Результати дослідження зв'язку за соціально обумовленими факторами та віком, їхня інтерпретація.....</u>	<u>54</u>
<u>3.5. Рекомендації для психологів щодо роботи з біженцями</u>	<u>62</u>
<u>Висновки до Розділу 3</u>	<u>64</u>
<u>ВИСНОВКИ</u>	<u>68</u>

<u>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</u>	<u>71</u>
<u>ДОДАТКИ</u>	<u>75</u>

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Повномасштабне вторгнення РФ (російської федерації) в Україну 24 лютого 2022 року змусило багатьох українців покинути свої домівки і стати біженцями за кордоном або внутрішньо переміщеними особами, що негативно вплинуло на психічне здоров'я цих людей. Особливо зросли тривожність та депресивна симптоматика. Усі переміщені особи переживають почуття втрати і травми. Українці, які змушені були покинути свої домівки, везуть із собою цей емоційний багаж, який впливає на їхню інтеграцію в нових місцях проживання та на можливість приймати зважені рішення.

Посттравматичне зростання як позитивний наслідок травматичного досвіду сприяє змінам в житті людини після травматичних подій і включає в себе зміну світогляду, перегляд життєвих цінностей, зростання особистої міцності та взаємодії з іншими людьми. Також посттравматичне зростання може виявлятися у вигляді збільшення почуття зв'язку зі світом, збільшення самоповаги та емоційної стійкості. Очевидно, що такі зміни є корисними для психічного здоров'я особистості біженця. Детальне дослідження цих змін може дати нам змогу більш ефективно сприяти посттравматичному зростанню та зниженню проявів тривоги та депресії у біженців під час психологічних консультацій або психотерапії.

Об'єкт дослідження: посттравматичне зростання

Предмет дослідження: посттравматичне зростання біженців у зв'язку з симптомами тривоги та депресії.

Мета і завдання дослідження.

Метою дослідження є виявлення зв'язку посттравматичного зростання із симптомами тривоги та депресії в українських біженок.

Завдання дослідження:

- 1) Здійснити теоретичний аналіз проблеми посттравматичного зростання (у біженців) у психологічній вітчизняній та зарубіжній літературі;
- 2) Визначити взаємозв'язок між симптомами тривоги та депресії і посттравматичним зростанням в українських біженок;
- 3) За результатами емпіричного дослідження виявити та описати специфіку та особливості прояву симптомів тривоги та депресії в українських

біженок;

4) Порівняти прояви симптомів тривоги та депресії у осіб з найвищими та найнижчими показниками посттравматичного зростання;

5) Розробити рекомендації зі зниження проявів тривоги та депресії біженців у контексті посттравматичного зростання.

Теоретико-методологічні основи дослідження: вивченню явища посттравматичного зростання і його зв'язку із тривожно-депресивними симптомами було присвячено досить обмежену кількість досліджень іноземних та вітчизняних науковців. До найважливіших з них належать роботи таких дослідників: Р. Тадеші, Л. Колхаун, В. Климчук, С. Джозеф, Лінлі П., Зельнер Т., Маеркер А. та ряд інших. Вони досліджували різні концепції посттравматичного зростання у різних категорій населення, які перенесли певні психотравмуючі події, а аспекти і фактори прояву цього зростання та його зв'язок із рівнем стресу, тривогою та депресією. Водночас важливою для моєї наукової роботи є і база досліджень у сфері психологічної/психотерапевтичної роботи з біженцями. Значний доробок праць припадає на долю зарубіжних авторів (Міллер К. Е., Расмуссен А., Руссо К., Драпо А., Корен Е. тощо. Деякі дослідники вивчали також безпосередньо психологічний стан українських внутрішньо переміщених осіб з Донбасу після початку війни в 2014 році, наприклад, Кузнєцова І., Міхеєва О., Бабенко С., Кетлінг Дж., Раунд Дж. та інші. Однак сьогодні все ще залишається потреба дослідження психологічного стану українських біженців та можливостей його покращення, у тому числі і через процес посттравматичного зростання.

Методи дослідження:

ТЕОРЕТИЧНІ: аналіз, синтез, узагальнення та систематизація наукової літератури.

ЕМПІРИЧНІ: використано блок методик, як для визначення симптомів тривоги та депресії, так і на дослідження посттравматичного зростання. Для дослідження симптомів тривоги та депресії використовуватиметься методика: Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), розроблена Zigmond A.S. і Snaith R.P. Посттравматичне зростання буде вимірюватись за допомогою методики: "Опитувальник посттравматичного

зростання" Р. Тадеші, Л. Колхаун.

МЕТОДИ СТАТИСТИЧНОЇ ОБРОБКИ ДАНИХ: регресійний аналіз, кореляційний аналіз, описова статистика

Наукова новизна одержаних результатів полягає у тому, що:

- Розширено теоретичні знання у вітчизняній психологічній науці про особливості посттравматичного зростання у біженців та їхній зв'язок із тривожно-депресивною симптоматикою;

- Була підтверджена наявність непрямих кореляційних зв'язків, які є середніми та слабкими за силою, між посттравматичним зростанням та симптомами депресії українських біженок;

- Суттєво доповнено вже існуючі наукові уявлення про психологічний стан та особливості біженок від війни

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що :

- Надані рекомендації щодо роботи з біженцями з симптомами тривоги та депресії, беручи до уваги особливості прояву посттравматичного зростання;

- Результати дослідження, наведені у роботі, можуть стати поштовхом для розробки нових інструментів для роботи з біженцями, що страждають від тривоги та депресії.

Структура роботи: робота складається зі вступу, 3 розділів , висновку, списку використаної літератури та додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ БІЖЕНЦІВ ТА МОЖЛИВОСТЕЙ ЇХНЬОГО ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ

1.1. Сутність та особливості посттравматичного зростання

Явище посттравматичного зростання було і залишається актуальним для філософії, психології і психотерапії. Загальна думка, що страждання та сильний стрес потенційно можуть призвести до позитивних змін, існує вже тисячі років. Наприклад, деякі з ранніх ідей і писань стародавніх євреїв, греків і ранніх християн, а також деякі вчення індуїзму, буддизму, ісламу містять припущення, що сила страждання може трансформувати особистість, роблячи її більш стійкою, щасливою та усвідомленою. Спроби зрозуміти й відкрити сенс людського страждання є центральною темою багатьох філософських досліджень і з'являються у творах романістів, драматургів і поетів. [1]

Тема страждань, як джерела сенсу і нової людської сили присутня у більшості релігійних вчень, також вона часто з'являється у філософії, наприклад, у Ф. Ніцше, А. Шопенгауера, С. К'єркегора тощо. Як чогось, у чому можна віднайти сенс і що робить людину сильнішою, пронизує більшість релігійних вчень, проявляється у філософії А. Шопенгауера, С. К'єркегора, Ф. Ніцше тощо.

Логотерапія, винайдена австрійським психіатром В. Франклом під час перебування у концтаборі, являє собою психотерапевтичну стратегію, що більшою мірою спрямована на пошук сенсу у людських стражданнях. Сам Франкл говорив, що «потреба в сенсі є ключовою силою, яка змушує нас жити і діє від народження і до смерті. Страждання може бути свого роду трампліном, який спонукає нас шукати і знайти цей сенс» [14].

Починаючи з 1970-х років, деякі вчені розпочали поодинокі наукові дослідження на тему страждань і їхнього впливу на людину, використовуючи емпіричний матеріал і наукові методи. У 1975 році Н. Фінкель (Finkel, N. J., 1975) провів дослідження, яке показало, що студенти з травматичним досвідом розповідають не тільки про негативні наслідки, але також часто згадують

позитивні зміни у своєму житті. Проте до 1980-х років позитивні наслідки негативних подій не були систематично досліджені. Ситуація змінилася після публікації досліджень Р. Тедеші, Л. Калхауна і С. Джозефа. Наприкінці 1980-х років С. Джозеф під керівництвом В. Юле та Р. Вільямса провів дослідження осіб, що 6 березня 1987 року постраждали від катастрофи Herald of Free Enterprise.

У 1987 році пором Herald of Free Enterprise перекинувся після відпливу з порту Зіібрюгге, призвівши до смерті 193 пасажирів та екіпажу через те, що асистент боцмана заснув у своїй кабіні і не закрив ворота у багажному відділенні, де миттєво увірвалася вода. Дослідження, проведене С. Джозефом та його колегами, проаналізувало травму та посттравматичний стрес у постраждалих. Під час останнього обстеження в 1990 році постраждалих запитали, як змінилися їхні погляди на життя після трагедії. З'ясувалося, що 46% постраждалих повідомили про зміни на гірше, але 43% - про зміни на краще. Цей факт залучив увагу науковців, які стали розробляти інструмент для вимірювання як позитивних, так і негативних змін у поглядах на життя після травми. В 1993 році було опубліковано опитувальник, який і зараз використовується як в наукових дослідженнях, так і в психотерапевтичній практиці. 83% постраждалих, що заповнили цей опитувальник, повідомили, що після травми стали жити більш усвідомлено. З того часу тема позитивних змін після травми стала популярною в науковому світі. Наприклад, в 2004 році П. Лайнлі та С. Джозеф провели аналіз позитивних змін після травми на основі 39 досліджень. [16]

Помітивши цей факт, дослідники розпочали розробку інструменту, який дозволив би виміряти і зафіксувати як позитивні, так і негативні зміни у поглядах на життя та ставленні до світу у людей, що пережили травматичні події. В результаті, у 1993 році був опублікований перший інструмент для вимірювання як негативних, так і позитивних змін після травми, який використовується в наукових дослідженнях та психотерапевтичній практиці (The Changes in Outlook questionnaire, розроблений С. Джозефом, Р. Вільямсом та В. Юле). Згодом, відповідно до цього опитувальника, 83% постраждалих від катастрофи осіб, які взяли участь у дослідженні, заявили, що після травми вони стали більш витривалими відносно свого життя. З того часу тема позитивних змін після

травматичних ситуацій або подій стала популярною та є одним із основних інтересів багатьох науковців. Наприклад, у 2004 році П. Лайнлі та С. Джозеф провели аналіз позитивних змін після травм на основі результатів 39 досліджень.[16].

Сам термін "посттравматичне зростання" вперше ввели психологи Річард Тедеші та Лоуренс Калхаун у середині 1990-х років. Вони використовували цей термін для опису позитивних змін, які можуть відбуватися в людях після травматичної або складної життєвої події. Хоча багато людей зі зрозумілих причин відчувають негативні психологічні наслідки після травми, такі як депресія, тривога і посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), деякі люди можуть також відчувати позитивні психологічні зміни. Ці зміни можуть стосуватися таких сфер як покращення стосунків, особистісного розвитку, глибшого відчуття духовності або сенсу життя, більшу вдячність за життя тощо. **[1]**

“Посттравматичне” у даному терміні означає, що концепція посттравматичного зростання зосереджена на змінах, що відбуваються в людях після пережитої події, а не на їхніх реакціях під час самої події. Крім того, посттравматичне зростання не зосереджується на змінах, що відбуваються одразу після події, коли люди можуть реагувати без будь-якого ретельного обмірковування, а майже інстинктивно. Натомість посттравматичне зростання зосереджується на довгострокових змінах, які відбуваються після більш ретельного обмірковування. Посттравматичний період - це, як правило, тривалий період часу, від кількох днів до років, коли люди розвивають нові способи мислення, почуттів і поведінки, оскільки події, які вони пережили, не дозволяють повернутися до базового функціонування. Це важливий спосіб відрізнити посттравматичне зростання від "стійкості", повернення до вихідного стану або опору травмі, а також від "відновлення", які мають схожі конотації.

Однією з важливих особливостей посттравматичного зростання є те, що зміни є трансформаційними. Вони включають позитивні зміни в когнітивному та емоційному житті, які, ймовірно, матимуть поведінкові наслідки; зміни можуть бути глибокими і справді трансформаційними (Tedeschi & Calhoun, 1995). Починаючи з 1995 року, дослідження надали докази позитивних змін у всіх цих

сферах: когнітивній (Calhoun, Cann, Tedeschi, & McMillan, 2000), емоційній (Park, Aldwin, Fenster, & Snyder, 2008) та поведінковій (Shakespeare-Finch & Enders, 2008; Shakespeare-Finch & Barrington, 2012). Особистісний розвиток, зміни, зростання зрілості та зростання є нормативними і відбуваються протягом різних періодів розвитку. Цей тип змін не є посттравматичним зростанням (Tedeschi & Calhoun, 2012). Зміни, характерні для посттравматичного зростання, можуть бути схожими на ті, що спостерігаються при нормальному розвитку, або можуть відбуватися в контексті як нормального розвитку, так і травми. Різниця полягає в тому, як відбуваються зміни. Посттравматичне зростання виникає в результаті боротьби з наслідками серйозної життєвої кризи. Боротьба, яка призводить до зростання, зазвичай спочатку не є боротьбою за зростання або зміни, а скоріше боротьбою за виживання або за те, щоб впоратися. Зростання, як правило, є незапланованим і несподіваним, хоча йому також можуть сприяти певні втручання. [4]

Для позначення посттравматичного зростання використовується саме термін "зростання", а не "переваги". У своїх ранніх роботах 1980-х і початку 1990-х років Тедеші і Калхун описали повідомлення про зростання від людей, які пережили травму, як "сприйняті переваги". Однак, вони прийшли до висновку, що цей термін може вказувати на те, що повідомлення про зростання можуть бути недостовірними, і що зміни можуть бути корисними, не представляючи собою зростання або трансформацію.

Також існують терміни "perceived benefits" і "benefit-finding" ("сприйнята користь" і "знайдена користь"). Найчастіше вони зустрічаються в літературі, яка вивчає фізичне здоров'я і хворобу (наприклад, Antoni та ін., 2001), і ці сприйняті переваги іноді описують як еквівалент посттравматичного зростання. Однак вони включають такі зміни, як поліпшення поведінки щодо здоров'я (наприклад, припинення вживання тютюну), які для більшості людей є корисними, але не сприймаються як особистісні трансформації.

Деякі шляхи можуть передбачати глибокі зміни у поглядах на життя, які сприятимуть змінам у здоров'ї та соціальній поведінці, що призведе до кращих результатів для здоров'я. Інші можуть передбачати зміну життєвих перспектив, які

зменшують реакцію на стрес і впливають на функціонування імунної системи. Інші шляхи до кращого стану здоров'я можуть ґрунтуватися на більш конкретних змінах у стані здоров'я або соціальній поведінці, які приносять користь для здоров'я, без більш загальних особистісних трансформацій.

Зміни, подібні до посттравматичного зростання, також досліджували в контексті змін, що відбуваються після позитивних подій, а також змін, що виникають внаслідок самостійно ініційованого складного досвіду. Наприклад, Суедфельд, К'яргаард і Леон повідомили про особистісні зміни, які відбуваються після космічних подорожей (Suedfeld, Legkaia, & Brcic, 2010), одиночних навколосвітніх подорожей під вітрилами (Kjargaard, Leon, & Venables, 2015) та дослідження Арктики (Kjargaard, Leon, Venables, & Fink, 2013). Ці вчені використовували концепцію посттравматичного зростання і виявили, що люди, які вирішили витримати такі складні умови, можуть змінюватися у спосіб, дуже схожий на ті зміни, про які повідомляють люди, які були змушені пережити травматичні події. [4]

З того часу інтерес до дослідження явища посттравматичного зростання тільки зростає. В психології та суміжних галузях дослідження на цю тему продовжують розширювати наше розуміння потенціалу зростання і стійкості перед обличчям негараздів.

Посттравматичне зростання не означає, що травма не вплинула на людину або що позитивні зміни компенсують негативні наслідки травми. Натомість воно відображає ідею про те, що деякі люди здатні знайти сенс, мету і зростання після пережитого лиха. Посттравматичне зростання є відносно новою галуззю досліджень, але воно має важливе значення для розуміння того, як люди можуть долати негаразди і розвивати стійкість перед обличчям травми. [4]

Разом із тим існують певні застереження щодо посттравматичного зростання. Для того, щоб мати повне уявлення про клінічну перспективу посттравматичного зростання, важливо про них пам'ятати:

- по-перше, посттравматичне зростання відбувається в контексті страждань і значної психологічної боротьби, і фокус на цьому зростанні не повинен відбуватися за рахунок емпатії до болю і страждань людей, які пережили

травму. Для більшості людей, які пережили травму, посттравматичне зростання і дистрес співіснують, і зростання виникає з боротьби з подоланням, а не з самої травми;

- по-друге, травма не є необхідною для зростання. Люди можуть дозрівати і розвиватися у значущий спосіб, не переживаючи трагедії чи травми. трагедії чи травми;

- по-третє, в жодному разі не варто стверджувати, що травма - це "добре". Життєві кризи, втрати і травми є скоріше небажаними і для психічного та фізичного здоров'я краще, щоб людині не доводилося переживати травмуючі життєві події;

- по-четверте, посттравматичне зростання не є ні універсальним ні неминучим. Хоча більшість людей, які переживають широкий спектр дуже складних життєвих обставин, переживають посттравматичне зростання, є також значна кількість людей, які переживають незначне зростання або взагалі не відчують його у своїй боротьбі з травмою. Такий результат є цілком нормальним. Не можна очікувати від людини посттравматичного зростання, перш ніж вона одужає від травми.[2]

Деякі дослідники також висловлюють припущення, що іноді самозвіт про посттравматичне зростання можна розглядати як спосіб, за допомогою якого люди захищають себе від страждань, спричинених травмою. У цьому випадку повідомлення про посттравматичний ріст можуть бути ілюзорними. Була запропонована теорія про конструктивне (реальне) посттравматичне зростання, про яке повідомляють самі люди, та ілюзорне посттравматичне зростання, використовуючи теорію Роджерса та роботи Вайанта. За допомогою цієї теоретичної бази дослідники спробували пояснити, коли повідомлення про посттравматичний ріст можуть бути конструктивними та реальними, а коли такі звіти, швидше за все, представляють собою аспекти ілюзії.

Дослідники вважають, що існує спосіб дослідити конструктивне (реальне) посттравматичне зростання, про яке повідомляють самі учасники, та ілюзорне посттравматичне зростання. Для цього разом з повідомленнями про посттравматичне зростання, слід досліджувати і захисну поведінку. Ми

прогнозуємо, що реальне конструктивне посттравматичне зростання буде досягнуто тоді, коли самозвіти про зростання супроводжуватимуться низькими показниками за шкалами невротичного та незрілого захисту або високими показниками зрілого захисту.[3]

Існують певні проблеми в кількісному вимірюванні посттравматичного зростання. Однією з причин критики, наприклад, опитувальника PTGI та подібних є те, що вони не дозволяють респондентам повідомляти про негативні аспекти травми (Frazier, Oishi, & Steger, 2003; Park & Lechner, цей том). Припускається, що така характеристика шкал може призвести до проблем з валідністю принаймні у двох випадках:

- респонденти можуть розвинути "упередженість позитивних відповідей", що призведе до того, що респонденти повідомлятимуть про позитивні зміни, коли насправді їх не відбулося
- шкала не дозволяє респондентам повідомляти про зміни, про які їх не запитували.

Хоча ідентифікація проблеми можливого упередження позитивних відповідей є обґрунтованою, це питання потребує вимірювання та дослідження.

Загальні самозахисні когнітивні упередження можуть впливати на самозвіти загалом і на повідомлення про зростання зокрема (McFarland & Alvaro, 2000; Tedeschi & Calhoun, 1995), але більшість людей, які повідомляють про позитивні зміни, схоже, не вдаються до якоїсь форми захисного заперечення (Dohrenwend та ін., 2004).

Раніше вже розглядалась можливість того, що посттравматичне зростання може бути пов'язане з певним упередженням щодо самоствердження у деяких людей (Calhoun & Tedeschi, 2004; Tedeschi & Calhoun, 1995).

В дослідницьких вибірках може існувати варіабельність, тому деякі особи в таких вибірках можуть демонструвати таку тенденцію або тенденцію до заперечення негативних аспектів травматичного досвіду. Однак, як повідомляють Dohrenwend та ін. (2004), це може становити дуже малу частку учасників дослідження. Ми також запропонували інший спосіб, яким може діяти аспект самопідсилення (Calhoun & Tedeschi, 2004). Початкова фаза, що характеризується

дещо викривленим позитивним поглядом на травматичну подію або рішучістю позитивно відреагувати на неї, може викликати позитивну реакцію з боку інших, що призведе до чітких, помітних позитивних результатів у довгостроковій перспективі.

Друга проблема, яка була виявлена з поточними вимірюваннями, полягає в тому, що вони не дозволяють респондентам повідомляти про негативні зміни. Основною проблемою є зацікавленість у вивченні негативних змін у сферах посттравматичного зростання, тобто змінених стосунків, нових пріоритетів, зміненої філософії життя і тощо. Завжди бажано мати більше інформації про певне явище. Побудова нових переліків, які включають "негативне зростання" могло би надати більше інформації із певним ступенем корисності. Люди, які зазнали серйозних життєвих криз, дійсно зазвичай зазнають негативних змін, іноді навіть в тій самій сфері, в якій вони відчують зростання (Calhoun & Tedeschi, 1999; Tedeschi & Calhoun, 1995). Але якщо дослідника цікавлять позитивні зміни, яких зазнають люди в результаті боротьби з травматичними подіями, то він мало дізнається про зростання, коли отримає інформацію про негативні зміни.

Існує щонайменше дві стратегії, які можуть вирішити передбачувані проблеми наявних опитувальників: використання біполярних пунктів або надання респонденту можливості зробити висновок про те, чи є певна зміна позитивною чи негативною (Park & Lechner). Обидві ці пропозиції, однак, мають неминучі обмеження - вони ґрунтуються на припущенні, що зміни, яких зазнають люди після великої життєвої кризи, є або позитивними, або негативними. Наявні дані про досвід людей, які борються з наслідками травми, вказують на те, що цей досвід є змішаним, що добре переплітається з поганим (Dohrenwend та ін., 2004). Виглядає, що існують непереборні проблеми зі стратегіями вимірювання, які покладаються на біполярні пункти або які просять респондентів охарактеризувати певну зміну як позитивну чи негативну.

Обидві ці стратегії призводять до більших проблем з інтерпретацією та до більшої втрати даних, ніж у випадку з наявними на сьогоднішній день методами. Окремі показники завжди можна вдосконалити. Але зміни, про які йдеться, і

зміни, що вносяться, повинні ґрунтуватися на міцних емпіричних основах.

Як можна реалізувати зацікавленість у вимірюванні негативних змін за тими самими параметрами, за якими, як правило, повідомляється про зростання, якщо біполярні пункти та пост-судження мають невід'ємні і, на нашу думку, непереборні обмеження? Одне з рішень просте, і воно вже було прийняте багатьма дослідниками - включити встановлені показники негативних посттравматичних реакцій разом з показниками зростання. Друге і "більш валідне" рішення (Tomich & Helgeson, 2004, с. 22), яке є більш складним, полягає в тому, що ми експериментували з побудовою шкали з пунктами, які мають як позитивне, так і негативне формулювання, що дозволяє респондентам повідомляти як про позитивні, так і про негативні зміни в одній і тій же сфері. Цей підхід має свої виклики, але він дозволяє уникнути очевидних пасток біполярних оцінок та категоричних дихотомічних суджень. Люди дійсно повідомляють про позитивні і негативні зміни в одних і тих же сферах, що вони схильні повідомляти про більш позитивні, ніж негативні зміни в цих сферах, і що поєднання позитивних і негативних пунктів може створювати значні проблеми для інтерпретації результатів (Baker, 2005).

Таким чином, шкала, яка включає показники "негативного" зростання, не є необхідною, оскільки існує безліч шкал, які вимірюють скоріше негативні явища, такі як стрес, тривога, депресія тощо без врахування позитивних аспектів або змін.

1.2. Особливості психологічного стану біженців

Безсумнівно, сьогодні переважає погляд на біженців з точки зору теорій травми. Хоча існує безліч різноманітних теорій щодо пов'язаних з ними тем конфлікту, насильства, влади, ідентичності, етнічної приналежності, травми і т.д., здається що існує однастайність щодо одного домінуючого переконання, згідно з яким майже кожен, хто постраждав від воєнного досвіду та політичного гноблення, є "травмованими". Термін "травма" втратив своє специфічне психологічне значення і став синонімом болючого досвіду; широко поширена тенденція, що "травматичним" називають все те, що руйнує, турбує, викликає

тривогу, занепокоєння, тривожні, трагічні та болючі переживання. Яку б гостроту не намагалися надати намагалися надати психологічні визначення, вона була втрачена, оскільки слово "травма" було привласнене журналістами, політиками, соціальними коментаторами та демагогами, які використовують його без розбору, щоб надати респектабельності своїм заявам. Це звучить більш авторитетно, респектабельно і переконливо, коли хтось каже, що людина була "травмована" якоюсь подією, а не каже, що людина була "потрясена" цією подією. Сила слова "травма" полягає в його поширеній (і позірній) зрозумілості, яка, звісно, є оманливою, бо якщо на неї натиснути ті, хто вживає це слово, не зможуть визначити, що саме вони мають на увазі. Це означає, що в суспільстві існує поширений і навіть домінуючий дискурс, який змушує людей дотримуватися переконання, що коли людина піддається впливу несприятливих обставин, вона автоматично травмується. Неминуче, що біженці не уникали цієї огульної настанови, і тому існує особливо сильне переконання, що більшість біженців були травмовані. Більше того, дискурс "травми біженців" має тенденцію бути обмежувальним, оскільки він підкреслює лише один сегмент широкого спектру досвіду біженців. Цей спектр можна розділити щонайменше на чотири фази, які були визначені як:

- Передчуття: коли люди відчують небезпеку, що насувається, і намагаються вирішити, як найкраще її уникнути;
- Руйнівні події : це фаза фактичного насильства, коли ворог нападає і руйнує, а біженці тікають;
- Вживання: коли біженці знаходяться в безпеці від небезпеки, але живуть в умовах тимчасового розміщення і невизначеності;
- Пристосування: коли біженці намагаються пристосуватися до нового життя в приймаючій країні (Papadopoulos, 2000b, 2001a, b). Безсумнівно, дискурс "травми біженців" надає перевагу фазі "руйнівних подій" і відверто применшує або навіть ігнорує наслідки негативного характеру інших фаз. [5]

Наприклад, Едіт Монтгомері (1998) у великому дослідженні за участю дітей-біженців з Близького Сходу виявила, що найчастіше конкретні типи подій або обставин, пов'язаних з насильством, були пов'язані з проживанням у таборі

біженців за межами рідної країни" (92%), а найважливішими індикаторами ризику виникнення тривожності були знову ж таки "проживання в таборі біженців за межами рідної країни". Це означає, що найгірший досвід ці діти мали під час фази виживання, а не під час фази руйнівних подій. Як відомо, велика кількість біженців, можливо, навіть не пережила цю фазу взагалі, тікаючи, не маючи прямого насильницького контакту з ворогом. Проте тиранічна природа дискурсу про "травму біженців" спонукає як біженців, так і робітників схилитися в цьому напрямку, маскуючи болісний вплив усіх інших фаз. [6]

Наукові дослідження показують, що поширеність психічних розладів серед біженців сильно залежить від ступеня травматизації, тривалості перебування у зоні воєнних дій або окупації, а також від доступності професійної фізичної, медичної та психологічної допомоги та підтримки. Дослідження показують, що понад 60% цивільного населення з країн, що перебувають у конфлікті, виявляють симптоми важкої депресії, тривожності та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (Cardozo, Bilukha, Gotway Crawford et al., 2004; Mollica, Donelena, Tor et al., 1993; Murthy & Lakshminarayana, 2006).

Жінки, діти і підлітки, зазвичай, є особливо вразливими і страждають більше, ніж чоловіки. Дослідження показали, що існує значна зв'язок між психологічним станом матері та психічним здоров'ям дитини (Bruce, Walker, Ghorayeb et al., 1989). У дослідженні, проведеному Macksoud & Aber (1996) серед 224 ліванських дітей у віці від 10 до 16 років, було встановлено, що кількість психологічних переживань, пов'язаних з війною, позитивно корелює з симптомами ПТСР.

Узагальнюючи, можна сказати, що тривалість перебування у складних умовах конфлікту, війни або переслідування, а також отримання належної фахової допомоги та підтримки є важливими факторами, що впливають на психічне здоров'я біженців і можуть сприяти зниженню поширеності психічних розладів серед них.

Російська агресія в Україні спричинила одну з найбільших міграційних криз у XXI столітті, в результаті чого понад 6 мільйонів українських громадян

стали біженцями, уникаючи російської агресії. Через обмеження на виїзд з України для чоловіків призовного віку від 18 до 60 років, жінки та діти складають 90% українських біженців.

Основними напрямками міграції українських біженців є Польща, Румунія, Угорщина, Молдова, Словаччина та Німеччина. Польща прийняла більше біженців з України, ніж всі інші європейські країни разом узяті (на 10 травня 2022 року понад 3,3 мільйона українців).

Більшість українських біженців пройшли складний шлях, щоб знайти безпеку у новому місці проживання. Однак, навіть після того, як вони знаходяться в безпеці, багато з них продовжують нести рани та травми війни у своїх серцях.[22]

Недавнє дослідження, яке було проведене агентством Proinsight Lab за підтримки Національної Психологічної Асоціації (НПА), зазначає, що українці, які проживають подалі від зони воєнних дій, більш схильні до тривоги та емоційного стресу. Зокрема, виявлено, що жінки становлять більшу частку звернень за кризовою психологічною допомогою – до 90%. Найвразливішою групою є жінки віком від 18 до 35 років.

Найпоширенішими психологічними проблемами, з якими звертаються люди, є почуття тривоги (62%), провини, синдром вцілілого та травма свідка, страх, сімейні та внутрішні конфлікти, які загострилися через воєнний конфлікт, а також проблеми адаптації в новому середовищі.

До поширених фізичних симптомів, пов'язаних зі стресом, відносяться фізичне виснаження, проблеми зі сном, диханням та концентрацією уваги. На даному етапі дослідження було виявлено, що емоційні симптоми вираженіше проявляються, ніж когнітивні. Вчені припускають, що це може бути пов'язано з травмою свідка, яка виникає під час перегляду новин та почуття безпорадності через перебування в безпечному місці. Деякі люди також можуть відчувати "провину врятованого" і бажають негайного повернення на місце конфлікту.[20]

Також травматичний досвід та труднощі, з якими зіштовхнуться біженці, можуть призвести до порушень цілісності та інтегрованості їх особистості. Цей комплекс проблем, відображаючи особистісні трансформації, можна описати як

кризу ідентичності. Криза ідентичності виникає у біженців як наслідок подій, що призвели до їх переміщення, а також в результаті культурного шоку та процесу адаптації до нового середовища. Через пережиті події руйнується основа ідентичності, що включає у себе картину світу, що формується з самого народження та включає найрізноманітніші образи, уявлення, думки, переконання та відносини.

Прибуваючи до нової країни і незнайомого середовища, біженці не лише відчують соціальний і психологічний дискомфорт, але також можуть представляти певну небезпеку для суспільства, що їх приймає.

Якщо біженець не здатний пристосуватися та адаптуватися до нового середовища, із ним відбуваються негативні зміни. Це може супроводжуватися зміною його психологічного стану, погіршенням фізичного самопочуття, руйнуванням соціальних установок та зміною світогляду та ставлення до людей.

Що стосується воєнних біженців, то очевидно, що війна має негативний вплив на самооцінку здоров'я, фізичні здібності, емоційне та психічне здоров'я всього населення, що потрапило в військовий конфлікт. Деякі фактори, що спричиняють зниження якості життя, включають молодий або похилого віку, низький рівень освіти та доходу, втрату сімейних зв'язків, наявність психічних розладів та тривалість військового конфлікту. У людей, які пережили війну або конфлікт, кожна п'ята особа (22%) може страждати від різних психічних розладів, таких як депресія, тривожність, посттравматичний стресовий розлад, біполярний розлад або шизофренія. Низька якість життя у осіб з посттравматичним стресовим розладом пов'язана з симптомами гіперзбудження. Примусове переміщення також впливає на погіршення якості життя у пізньому віці та на велику відстань. Внутрішньо переміщені особи мають найнижчу якість життя. Військове втручання, як у демократичних, так і в недемократичних країнах, знижує фізичну якість життя до 20% порівняно з показником до втручання. Отримані результати підкреслюють необхідність постійної уваги суспільства до не лише здоров'я, але й до добробуту, житла, зайнятості та загальної якості життя з метою підтримки фізичного, психічного та соціального здоров'я як біженців, так і небіженців у короткостроковій та довгостроковій перспективі. [23]

1.3. Особливості прояву посттравматичного зростання у біженців

Біженці переживають безліч травматичних подій і стресових факторів у своїх країнах походження, під час переселення та адаптації до нового життя. Вплив цих переживань як на їх фізичне, так і на психічне здоров'я добре задокументовано в літературі. Однак потенційно позитивний вплив травми на самопочуття менш добре вивчений. Посттравматичний ріст (PTG) відбувається, коли біженці усвідомлюють та пропрацьовують свій травматичний досвід [13]. В результаті цього процесі деякі відчувають позитивні внутрішньо- та міжособистісні досягнення. Існують фактори, які сприяють посттравматичному зростанню, такі як соціальна підтримка, стилі подолання, релігійність, оптимізм тощо. Дослідження посттравматичного зростання мають важливе значення для сприяння здоровій адаптації та добробуту серед біженців.

Цікаве дослідження було проведено американськими психологами Сарою Хірад та Маріанною Міллер. Вони провели 23 інтерв'ю з сімома парами та 16 особами віком від 25 до 67 років з Афганістану, Іраку, Ірану та Сирії. Це дослідження мало на меті дослідити, як біженці розуміють, сприймають, долають і розвиваються після травми та лиха, які вони зазнали. Основна тема посттравматичного зростання та подолання мала п'ять конкретних тем: підвищення обізнаності про контекст; толерантність до невизначеності; духовна/релігійна налаштованість; увага до інших; та інтеграція в суспільство. Отримані дані проливають світло на складний процес зростання та адаптації після війни та вимушеної міграції.

Ось найважливіші фактори, що сприяли зціленню від травми та посттравматичному зростанню у цієї групи біженців:

- Основна тема *руху вперед* відзначалась біженцями ще під час переміщень, починаючи з їхніх рідних країн і вже потім продовжувалась у транзитних країнах і зрештою у США, де опитані біженці лишилися жити. Наприклад, 41-річна сирійська мусульманка, опитана зі своїм чоловіком, сказала: «Реальність змушує вас рухатися вперед». 48-річна афганська мусульманка визнала: «Проблеми завжди допомагають нам приймати рішення, щоб рухатися вперед. Вони змушують нас рухатися вперед і не зупинятися. Вони змушують нас

змінюватися, рости». 39-річний іранець-зороастрієць сказав: «Ви повинні ... будувати своє життя тут [у США]. Я кажу, що не озирайтеся назад, дивіться вперед».

- Ширше усвідомлення контексту

Учасники цього дослідження описали, як усе більше усвідомлювали контекст у їхніх країнах походження, який змусив їх тікати. Однак підвищення обізнаності про контекст було темою, яка також збереглася в країнах транзиту та житті переселенців. Учасники розмірковували про аспекти ширшого контексту, такі як політична та культурна динаміка та місцевий контекст, включаючи особливості їхнього повсякденного життя. Учасники з усіх країн визнали, як ширші політичні, релігійні та культурні контексти дещо переформували їхні життя та світогляд.

- Поглиблене усвідомлення місцевих умов

Учасники також відзначили підвищення обізнаності про місцевий контекст. Багато учасників говорили про усвідомлення відмінностей між їхніми обставинами в країнах походження та/або транзиту та їхніми обставинами в місцевому контексті в країні переселення. Поглиблене усвідомлення ширшого та місцевого контексту допомогло цим учасникам-біженцям розширити свої світогляди та передбачувану реальність, що є центральним компонентом посттравматичного зростання.

- Терпимість до невизначеності

Толерантність до невизначеності була темою, яка певною мірою виникала в усіх інтерв'ю з учасниками. Учасники згадали про багато способів, якими вони терпіли невизначеність навколо нестабільного політичного контексту в їхніх країнах походження, включно з погрозами, викраденнями та вбивствами, непередбачуваними авіаударами та браком необхідних ресурсів. Учасники також зазначили, як вони терпіли невизначеність у країнах транзиту та у переселенському житті в США. Деякі з цих переживань передбачали цілеспрямований ризик, що впливає з рішучості чи відчаю, а також управління втратами, щоб вижити та рухатися вперед у житті.

- Цілеспрямований ризик для просування вперед

Учасники визнали серйозні ризики, на які вони йшли у своїх рідних країнах, щоб просто вийти з дому або забезпечити необхідні ресурси для своїх сімей. Ми інтерпретували їхні дії щодо потенційно небезпечних, але цілеспрямованих ризиків як спроби просуватися вперед, щоб покращити життя для себе та своїх сімей. Тим не менш, учасники відзначили, що ризик, що впливає з відчаю чи рішучості, є основою для підвищення самоефективності та просування вперед у своїх подорожах.

- Управління втратою

Більшість учасників обговорювали втрати, яких вони зазнали, включаючи сім'ю, соціальні ролі та стосунки, ідентичність і кар'єру.

Визнаючи ці втрати та необхідність починати заново, деякі учасники відзначили нові можливості, цілі та досвід зростання.

- Увага до інших

Учасники цього дослідження переважно поділилися своєю сильною взаємозалежністю, налаштованістю та увагою до інших. Багато учасників обговорювали, як вони взаємодіяли з іншими та покладалися на них, щоб створити відчуття безпеки та пережити травматичний досвід біженців. Більше того, більшість учасників пояснювали свою наполегливість і зростання завдяки усвідомленню та повазі до когось поза собою, головним чином до членів своєї родини.

- Життя на благо інших

Учасники цього дослідження часто визнавали інших людей центром своїх цілей або причиною свого бажання та сили рухатися вперед. Інші особи, яких згадували учасники, включали дітей, батьків, членів певної групи, спільноти, суспільства чи людства загалом. Різні учасники зазначили, що зосередження на інших допомогло їм подолати труднощі та розвиватися. Більшість учасників, у яких є діти, говорили про жертву собою та перенесення труднощів заради дітей.[17].

Всі ці аспекти посттравматичного зростання можна використовувати у психологічному консультуванні або психотерапії для допомоги біженцям із будь-

яких країн. Разом із тим важливо пам'ятати, що посттравматичне зростання не відміняє наявності негативних наслідків травматичних досвідів. Воно може співіснувати з посттравматичним стресовим розладом (PTSD) та іншими психологічними проблемами. Крім того, рівень посттравматичного зростання може варіювати серед різних біженців, залежно від важкості пережитих подій та особистісних характеристик людини.

Дуже важливою умовою для посттравматичного зростання є здатність адаптовуватись у новому невідомому суспільстві. І. Галицька стверджує, що соціальна адаптація є процесом, що залежить від взаємодії між людиною та її оточенням. Обставини, в яких опиняється людина, впливають на її успішність у пристосуванні до нового оточення, а також на психологічні механізми, що впливають на її поведінку та стратегії пристосування. Люди можуть застосовувати різні стратегії, залежно від рівня їх адаптивності. Оптимальним є підхід, що поєднує прийняття себе та інших, прагнення до розвитку власних ресурсів та відчуття власної ефективності та сенсовості життя.

Соціальна адаптація пов'язана з інтеграцією людини у нове оточення. Це досягається шляхом формування самосвідомості та рольової поведінки, здатності до самоконтролю та адекватних стосунків з іншими людьми. Успішна соціальна адаптація полягає в тому, що людина знаходить компроміс між своїми цінностями та соціальними нормами, зберігаючи при цьому свою індивідуальність.

У соціальній адаптації важливо знайти баланс між індивідом та середовищем, яке вона оточена. Людина може впливати на середовище, але воно також впливає на неї. Здатність до адаптації є інстинктом власного життя та набутою навичкою.[21]

1.3. Особливості прояву симптомів тривоги та депресії у біженців

Депресія у біженців може бути наслідком травматичних досвідів, які вони пережили, включаючи втрату дому, розлучення з рідними, небезпеку під час пересування, дискримінацію та інші форми насильства. Крім того, біженці можуть стикатися з викликами, пов'язаними з адаптацією до нового середовища, відсутністю роботи та освіти, мовними бар'єрами, а також соціальною ізоляцією.

Наприклад у дослідженні (Acarturk, Ceren, 2018), що вивчало прояви ПТСР та депресії серед сирійських біженців у Туреччині, показало, що поширеність депресії становила 37,4%, причому предикторами були жіноча стать, попередні проблеми з психічним здоров'ям, наявність близької людини, яку катували і погані умови життя у таборі для біженців. Дослідження показує високі показники ймовірної депресії серед сирійських біженців і висвітлює такі вразливі місця, як великий ризик психопатології для жінок.[18]

Соціальна ізоляція та відсутність приналежності до якоїсь групи загрожує біженцям більше, ніж іншим групам населення. Цей фактор, як правило, сприяє розвитку депресивних симптомів. Наприклад, у дослідженні розвитку депресії у біженців із Південно-Східної Азії в Канаді показано, що неодружені чи не прив'язані іншим чином до соціуму лаоські та в'єтнамські біженці зазнали високого рівня депресії через 10–22 місяці після прибуття у Канаду. Через два роки після початкового розслідування ця група, яка опинилася в невігідному стані через брак соціальних ресурсів, продовжувала перебувати в більшій депресії, ніж інші біженці.[19]

Симптоми депресії у біженців можуть включати почуття безнадії, втрати інтересу до раніше улюблених речей, відчуття вини, роздратованість, зниження енергії та нездатність сконцентруватися. У разі, якщо депресія не лікується, вона може привести до серйозних наслідків, включаючи самогубство.

Тому дуже важливо, щоб біженці, що стикаються з депресією, отримували професійну допомогу від медичних фахівців. Лікарі можуть запропонувати ліки та психотерапію, які допоможуть покращити стан біженця. Крім того, ініціативи з підтримки, які забезпечують біженців ресурсами, необхідними для їхнього успіху в новому середовищі, такі як працевлаштування, освіта та житло, також можуть бути корисними.

Тривожні симптоми теж часте явище серед біженців. Вони можуть проявлятися по-різному та стосуватись майже всіх аспектів життя.

Наприклад:

- Загальна підвищена тривожність: біженці можуть відчувати постійну тривогу, оскільки вони знаходяться в стані постійної нестабільності та

невизначеності.

- Посттравматичний стресовий розлад: біженці можуть страждати від посттравматичного стресового розладу (ПТСР) внаслідок війни, насильства та інших травматичних подій, які вони пережили.
- Страх та тривожність перед нещасними випадками: біженці можуть відчувати страх та тривогу перед можливими нещасними випадками, такими як пожежі або стихійні лиха.
- Страх перед невідомим: біженці можуть відчувати страх перед невідомим, таким як незнайомі місця та люди.
- Соціальна тривожність та страх перед дискримінацією та насильством: біженці можуть відчувати страх перед дискримінацією та насильством у новому місці, де вони знаходяться.
- Панічні атаки: Біженці можуть стикатися з панічними атаками, які характеризуються раптовим появою інтенсивного страху, підвищеним пульсом, запамороченням та страхом втратити контроль над ситуацією. Ці атаки можуть бути спричинені травматичними подіями, структурними змінами в житті та загальними стресовими умовами.

Деякі дослідники стверджують, що у дорослих біженців висока поширеність тривоги, депресії та посттравматичних стресових розладів порівняно з населенням, яке не є біженцями, а також з населенням, що навіть перебуває у зоні конфлікту або війни. Це свідчить про те, що фактори, які призводять до біженства, а також додаткові труднощі після міграції, можуть підсилити симптоми, пов'язані з травмою, і зробити біженців особливо вразливими до посттравматичних стресових розладів. []

Фактори ризику психічних розладів серед біженців, які часто пояснюються травматичними подіями, які вони пережили перед або під час міграції, а також недостатньою соціальною інтеграцією після переселення в нову країну. Ці фактори впливають на поширеність посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії, тривожних розладів і довгострокової ПТСР серед переселених біженців. Рівень ризику і типи психічних розладів можуть варіюватися в

залежності від різних груп біженців і методів дослідження. Травматичні події, що відбулися перед або під час міграції, можуть значно підвищити вразливість біженців до розвитку психічних розладів. Недостатня соціальна інтеграція в новій країні призводить до погіршення стану психічного здоров'я. Дослідження показують зв'язок між низьким рівнем соціальної інтеграції та вищим ризиком депресії, тривожних розладів і ПТСР. Такі аспекти поганої інтеграції включають соціальну ізоляцію, безробіття і проблеми адаптації до нового оточення.

Недоступність психіатричної допомоги у країні перебування також часто становить проблему для біженців, що іноді призводить до затримки діагностики та лікування психічних розладів, що спричиняє погіршення або хронічність стану.

Висновки до розділу 1

У результаті теоретичного аналізу встановлено, що:

1. Посттравматичне зростання є концепцією, яка описує позитивні зміни, що можуть відбуватися в людях після травматичних або складних життєвих подій. Цей термін був введений психологами Річардом Тедеші та Лоуренсом Калхауном у середині 1990-х років. Хоча багато людей відчують негативні психологічні наслідки після травм, деякі можуть також відчувати позитивні зміни у різних аспектах свого життя.

2. Зміни, пов'язані з посттравматичним зростанням, можуть включати покращення в стосунках, особистісному розвитку, збільшення духовності та почуття сенсу життя, а також більшу вдячність за життя. Вони можуть мати позитивний вплив на когнітивну, емоційну та поведінкову сфери життя людини.

3. Важливо враховувати, що досвід біженців охоплює багато аспектів, які виходять за межі тільки травматичного досвіду. Існує необхідність в більш комплексному та розширеному розумінні досвіду біженців, щоб уникнути загальних стереотипів та спростувати уніфікацію їхньої ідентичності як "травмованих".

4. Жінки, діти і підлітки є особливо вразливими у контексті біженства та конфліктів і страждають більше, ніж чоловіки. Існує значний зв'язок між

психологічним станом матері та психічним здоров'ям дитини. Психологічні переживання, пов'язані з війною, можуть спричинити симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дітей. Тривалість перебування у складних умовах конфлікту, належна фахова допомога та підтримка є важливими факторами, що впливають на психічне здоров'я біженців і можуть сприяти зниженню поширеності психічних розладів серед них.

5. Дослідження в Україні показали, що українці, які проживають подалі від зони воєнних дій, більш схильні до тривоги та емоційного стресу. Жінки віком від 18 до 35 років є найвразливішою групою. Поширеними психологічними проблемами серед біженців є тривога, провина, синдром вцілілого та травма свідка, страх, сімейні та внутрішні конфлікти, а також проблеми адаптації в новому середовищі.

6. Фізичні симптоми, пов'язані зі стресом, включають фізичне виснаження, проблеми зі сном, диханням та концентрацією уваги. Емоційні симптоми зазвичай проявляються сильніше, ніж когнітивні, і можуть бути пов'язані з травмою свідка та почуттям безпорадності через перебування в безпечному місці.

7. Особливості посттравматичного зростання біженців відображають їхню реакцію на травматичні події, період адаптації та процес зцілення після переходу через негативний досвід переслідування, війни або вимушеної міграції. Однією з особливостей посттравматичного зростання біженців є необхідність знаходження нової ідентичності та інтеграції в новому середовищі. Це може бути складним процесом, оскільки біженці можуть стикатися з дискримінацією, відчуттям відокремленості та несприйняттям у новому середовищі.

8. Депресія у біженців є наслідком травматичних досвідів, які вони пережили, і може бути посиленою соціальною ізоляцією, відсутністю ресурсів та викликами адаптації до нового середовища. Ця проблема поширена серед біженців, зокрема сирійських біженців у Туреччині. Симптоми депресії включають почуття безнадії, втрати інтересу, вини, роздратованості та зниження енергії. Важливо, щоб біженці отримували професійну допомогу для поліпшення їхнього стану, включаючи ліки та психотерапію, а також ресурси для успішної адаптації, такі як працевлаштування, освіта та житло.

9. Тривожні симптоми є поширеними серед біженців і можуть виявлятися як загальна підвищена тривожність, посттравматичний стресовий розлад, страх та тривога перед нещасними випадками, страх перед невідомим, соціальна тривожність та страх перед дискримінацією та насильством, а також панічні атаки. Ці симптоми впливають на різні аспекти життя біженців і можуть бути спричинені травматичними досвідами, нестабільністю та невизначеністю, з якими вони зіштовхуються. Важливо забезпечити психологічну підтримку та допомогу біженцям у подоланні тривожних симптомів та стресу, зокрема шляхом надання психотерапії та ресурсів для створення стійкого середовища.

РОЗДІЛ 2

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Емпірична модель дослідження

Цілі дослідження:

- 1) Визначити взаємозв'язок між симптомами тривоги та депресії і посттравматичним зростанням у біженців;
- 2) За результатами емпіричного дослідження виявити та описати специфіку та особливості прояву симптомів тривоги та депресії у біженців;
- 3) За результатами емпіричного дослідження виявити та описати специфіку та особливості прояву посттравматичного зростання у біженців;
- 4) Порівняти прояви симптомів тривоги та депресії у осіб з найвищими та найнижчими показниками посттравматичного зростання.

Емпірична модель дослідження представлена на Рис. 2.1.

5)

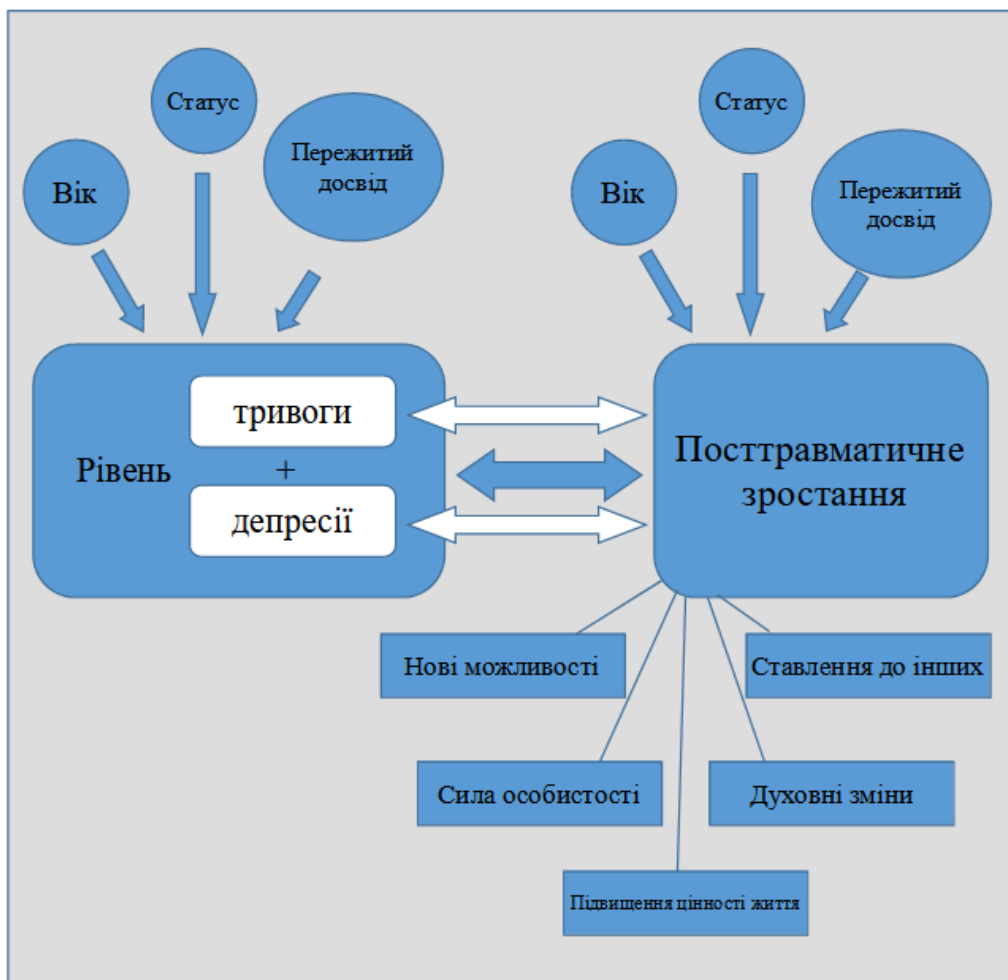


Рис. 2.1. Емпірична модель дослідження

Методичною основою даного дослідження є методики, що містять запитання, спрямовані на: виявлення рівня тривоги та депресії; виявлення посттравматичного зростання за п'ятьма факторами: нові можливості, ставлення до інших, сила особистості, духовні зміни, підвищення цінності життя. Було також здійснене анкетування щодо соціальних та біологічних чинників, які можуть впливати на досліджувані феномени, серед яких є вік, регіон проживання до переміщення, поточний статус та деякі пережиті події.

На першому етапі емпіричного дослідження визначено об'єкт, предмет, завдання дослідження; здійснено підбір досліджуваних; підібрано набір психодіагностичних методик, що підходять для виконання завдань; розроблено план і програму дослідження.

На другому етапі емпіричного дослідження проведено первинну психологічну діагностику вибірки, визначення у загальній вибірці основну групу (особи з високим рівнем посттравматичного зростання) та групу порівняння (особи без низьким або відсутнім рівнем посттравматичного зростання) відповідно до нормативності результатів методик, аналіз отриманих даних, порівняння визначених вибірок, систематизацію фактичних даних, їх статистичну обробку за допомогою критеріїв надійності та кореляційного аналізу (на базі програмного середовища R).

На третьому етапі емпіричного дослідження були підсумовані та систематизовані результати дослідження, сформульовані висновки та деякі рекомендації.

Основою емпіричного дослідження було обрано:

- 1) Госпітальна шкала тривоги та депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS).
- 2) Опитувальник посттравматичного зростання (Post Traumatic Growth Inventory, PTGI)

Усі методики наведені у Додатках А-Е.

2.2. Вибір та обґрунтування методик дослідження.

Госпітальна шкала тривоги та депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS).

Госпітальна шкала тривоги та депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) була розроблена у 1983 році дослідниками Zigmond A.S. і Snaith R.P.[9]

Це вимірювання, яке використовується для скринінгу на наявність симптомів депресії та тривоги. HADS була розроблена, щоб надати клініцистам прийнятний, надійний, дійсний і простий у використанні практичний інструмент для ідентифікації та кількісної оцінки депресії та тривоги. HADS — це дійсна та надійна шкала самооцінки, яка вимірює тривожність і депресію як у лікарні, так і в громадських умовах. HADS дає клінічно значущі результати як інструмент психологічного скринінгу та може оцінити тяжкість симптомів тривожних і депресивних розладів у пацієнтів із захворюваннями та населення в цілому. HADS використовується не як повний діагностичний інструмент, а як засіб для ідентифікації людей, які потребують подальшого психіатричного обстеження та допомоги (Hertmann, 1997)[10].

HADS – одна анкета, що складається з чотирнадцяти питань: сім питань щодо тривоги та сім питань щодо депресії, на які можна відповісти протягом 2-5 хвилин.

Бали для відповідей у кожній субшкалі HADS підсумовуються для отримання оцінки тривожності (HADS-A) або депресії (HADS-D) або може бути додана для отримання загальної оцінки (HADS-T). Кожен елемент оцінюється за 4-бальною шкалою (від 0 = ні зовсім, до 3 = так, безперечно), для загального балу від 0 до 21 для кожної субшкали. Вищий бал свідчить про більший дистрес. Кілька пунктів оцінюються в зворотному порядку (від 3 = ні зовсім до 0 = так точно), включаючи два з HADS-A і чотири з HADS-D.

У своєму нинішньому вигляді HADS тепер розділений на чотири стадії важкості за кількістю набраних балів за кожною шкалою: 0-7 (стан без тривоги/депресії), 8-10 (слабо виражені симптоми), 11-15 (помірні симптоми), 16-21 (важкі симптоми).

Опитувальник посттравматичного зростання (Post Traumatic Growth Inventory, PTGI)

Опитувальник посттравматичного зростання (Post Traumatic Growth Inventory, PTGI) є найпоширенішим опитувальником, який використовується для оцінки позитивних результатів після надзвичайно стресових і потенційно травматичних подій. Може використовуватись особами для оцінки власного посттравматичного розвитку та порівняння їх у два або більше моментів часу, а також психологами, дослідниками.

Опитувальник був створений дослідниками Тадеші і Калхауноум (Tedeschi & Calhoun, 1996) [11]. Оригінальний PTGI має хорошу внутрішню узгодженість і прийнятну надійність і валідність. Новіший PTGI-X (коротша версія опитувальника) також демонструє дуже хорошу внутрішню узгодженість і прийнятну надійність. Деякі переклади PTGI з англійської мови також продемонстрували надійність і валідність. Зокрема і українська версія опитувальника[12]

Модель опитувальника складається з 21 запитання, що згруповані за п'ятьма факторами або загальними категоріями:

- фактор “Нові можливості”. У людини з'явилися нові інтереси, вона спрямувала своє життя новим шляхом, у неї з'явилася впевненість, що вона може зробити своє життя кращим; у неї з'явилися можливості, які не були доступні раніше. Вона з більшою ймовірністю спробує змінити те, що потребує зміни.
- фактор “Ставлення до інших”. Людина стала більше розраховувати на інших людей у скрутну хвилину, відчувати більшу близькість з оточенням, охочіше висловлювати свої емоції. У неї з'явилося більше співчуття до людей, вона стала витрачати більше зусиль на налагодження взаємовідносин з людьми, частіше визнавати, що потребує інших людей, більш високо цінувати їх.
- фактор “Сила особистості”. Людина стала відчувати більшу впевненість у собі, краще розуміти, що може справлятися з труднощами. Вона більшою мірою здатна приймати речі такими, якими вони є, виявила, що вона сильніша, ніж вважала.
- фактор “Духовні зміни”. Людина стала краще розуміти духовні

проблеми, стала більш релігійною.

- фактор “Підвищення цінності життя” У людини змінилися життєві пріоритети, вона стала набагато краще розуміти цінність власного життя, тепер вона більше цінує кожен день свого життя.

Таким чином, випробовувані з високим сумарним балом посттравматичного зростання характеризуються такими рисами:

- після лиха в них змінюється ставлення до інших людей у бік більшої відкритості, позитивності, співчуття

- з'являється відчуття нових можливостей, нових інтересів, бажання змін.

Вони починають відчувати більшу впевненість у собі, відчувати силу, щоб справлятися з труднощами

- вони починають краще розуміти духовні проблеми інших людей.

- загалом у них підвищується цінність життя взагалі і кожного моменту життя зокрема.

Відповіді на питання даються за шкалою від 0 до 5, де 0 означає відсутність змін, а 5 показує значний ступінь змін.

Для даного опитувальника наступні існують норми як для кожного фактору окремо, так і для загального результату:

- норма для фактора “ставлення до інших”

Низькі значення	Середні значення	Високі значення
0-14	15-25	25-35

- норма для фактора “нові можливості”

Низькі значення	Середні значення	Високі значення
0-9	10-15	16-25

- норма для фактора “сила особистості”

Низькі значення	Середні значення	Високі значення
0-7	8-15	16-20

- норма для фактора “духовні зміни”

Низькі значення	Середні значення	Високі значення
0-3	4-7	7-10

- норма для фактора “підвищення цінності життя”

Низькі значення	Середні значення	Високі значення
0-6	7-11	12-15

- норма для індексу “посттравматичне зростання”

Низькі значення	Середні значення	Високі значення
0-32	33-63	64-105

2.3. Опис процедури та вибірки дослідження

Емпіричне дослідження було проведено у січні-квітні 2022 року серед вибірки українських громадян віком від 18 до 59 років, які через вторгнення РФ в Україну були змушені покинути свої домівки та опинилися за кордоном або отримали статус внутрішньо переміщених осіб у межах України. Дослідження проводилось шляхом заповнення гугл-форми та проходження методик онлайн. Окрім вищезазначених методик, у дослідженні було здійснене анкетування для збору соціально-демографічних відомостей.

За статевими характеристиками загальна вибіркова сукупність респондентів поділились наступним чином: 71 жінка (97,3%) та 2 чоловіка (2,7%) (Рис.2.1).

Кількість досліджуваних у загальній вибірці дослідження складає 73 особи, із них 71 жінка, тому було прийнято рішення проводити дослідження, аналізуючи прояви тривоги, депресії та посттравматичного зростання, лише жіночої частини вибірки.

Розподіл загальної вибірки за статтю

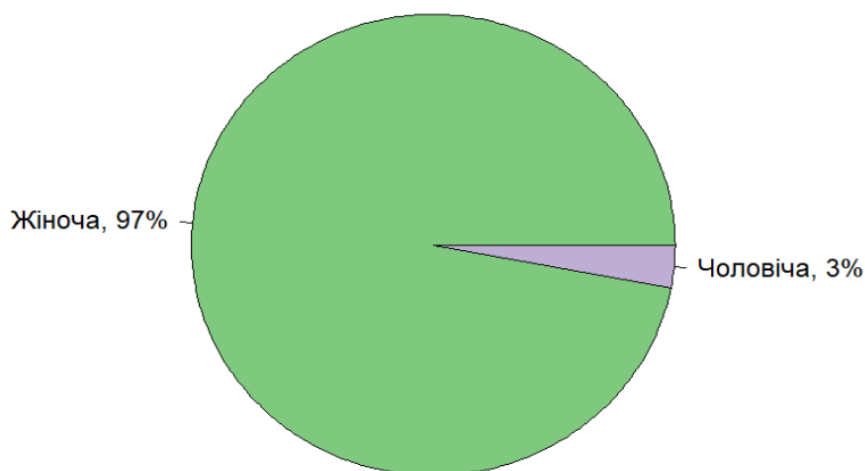


Рис. 2.1. Розподіл загальної вибірки за статтю

Вік досліджуваних жінок становить від 18 до 54 років. У зв'язку зі значною віковою динамікою, було вирішено, що необхідно розподілити респондентів відповідно до вікових категорій. Досліджувані були розділені на наступні вікові періоди: рання дорослість - від 18 до 25 років, середня дорослість – від 26 до 44 років та пізня дорослість – від 45 до 59 років.

Нижче наведено діаграму, що ілюструє розподіл респондентів вибірки на відповідні вікові категорії: респонденти віком від 18 до 25 років (рання дорослість) становлять 12 осіб (17%); досліджувані віком від 26 до 44 років (середня дорослість) становлять більшість – 49 осіб (69%); досліджувані віком від 44 до 59 років (пізня дорослість) становлять 10 осіб (14%). Можна стверджувати, що значну перевагу складають досліджувані середнього дорослого віку. (Рис. 2.2)

Статус досліджуваних, залежно від того є вони внутрішньо переміщеними особами (ВПО) чи знаходяться зараз за кордоном, отримуючи там тимчасовий захист, розподілився наступним чином: 26 респондентів (37%) є внутрішньо переміщеними особами і 45 (63%) досліджуваних змушені були виїхати за кордон.

Нижче представлена діаграма, що ілюструє даний розподіл. (Рис.2.3)

Розподіл за віком основної групи досліджуваних

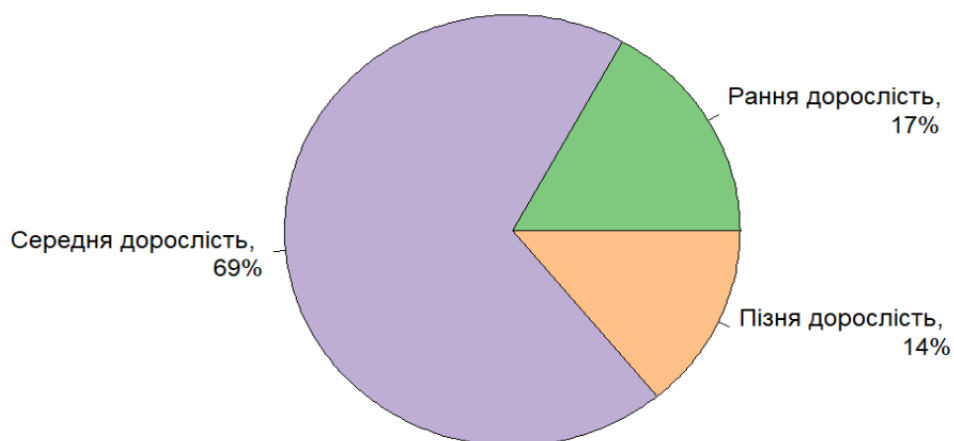
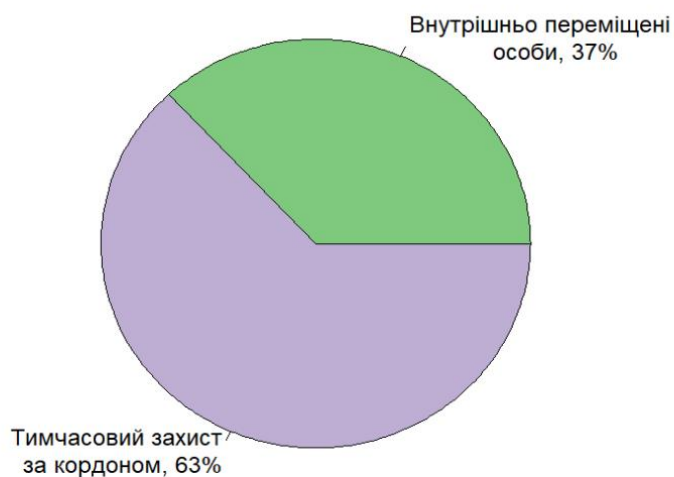


Рис. 2.2

Розподіл за статусом основної групи досліджуваних



Розподіл основної групи досліджуваних за віком

Рис. 2.3. Розподіл за статусом основної групи досліджуваних

Також основну групу досліджуваних було розподілено за регіонами проживання до повномасштабного вторгнення РФ в Україну. Найбільша кількість респондентів — 33 особи (47%), проживала у східних областях України (Донецька, Луганська, Харківська, Запорізька та Дніпропетровська області), дещо менша кількість досліджуваних — 20 осіб (28%), виїхала із півдня України (Херсонська, Миколаївська та Одеська області), 17 респондентів (24%) були змушені покинути центральні на північні регіони України (Сумська, Чернігівська, Київська, Полтавська, Житомирська, Кіровоградська, Вінницька області) та найменша кількість серед досліджуваних — 1 особа (1%), є біженкою із західної частини України. Діаграма розподілу основної групи досліджуваних за регіоном проживання до повномасштабного вторгнення представлена на Рис.2.4

Розподіл основної групи досліджуваних за регіоном проживання до повномасштабного вторгнення

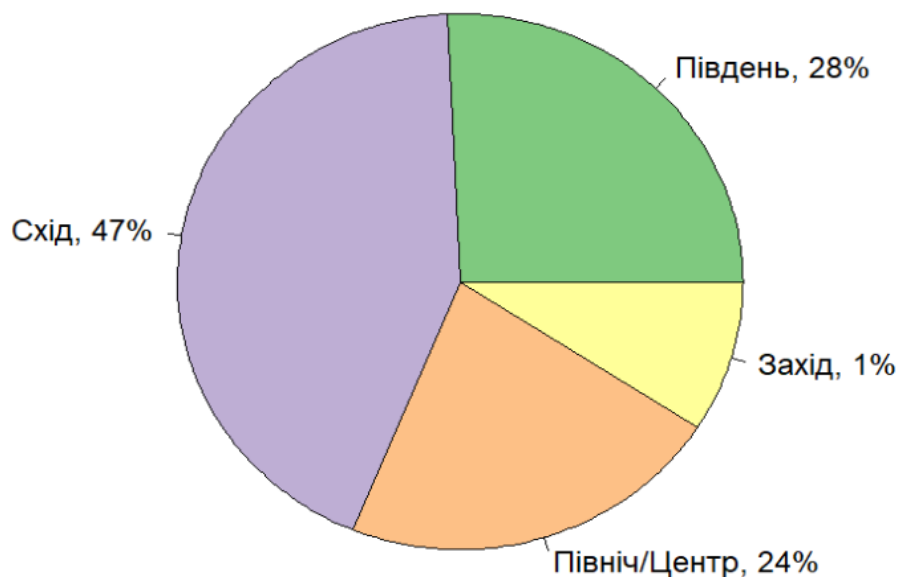


Рис. 2.4 Діаграма розподілу основної групи досліджуваних за регіоном проживання до повномасштабного вторгнення

У опитуванні також були присутні питання щодо пережитого травматичного досвіду (окрім самого вимушеного переміщення) у місцях проживання після повномасштабного вторгнення РФ в Україну, а саме питання щодо проживання в окупації, проживання в зоні активних бойових дій, втрати житла внаслідок обстрілів та поранень середнього або важкого ступеню тяжкості, також були варіанти відповідей “Нічого з цього” та “Не хочу відповідати”. Отже, за результатами відповідей було визначено, що 9 респонденток (13%) якийсь час проживали під окупацією армії РФ, 16 (23%) досліджуваних мають досвід проживання у зоні активних бойових дій та під окупацією армії РФ, 11 респонденток (15%) мали досвід тільки проживання у зоні активних бойових дій, 2 досліджувані (3%) пережили перебування під окупацією російських військ, життя у зоні активних бойових дій та втрату житла внаслідок обстрілів, 4 респондентки (6%) втратили житло внаслідок обстрілів та проживали у зоні активних бойових дій, 29 досліджуваних (40%) не пережили нічого із цього, 1 людина. Поранень будь-якої тяжкості жодна досліджувана не мала. Діаграма

пережитого досвіду досліджуваних наведена нижче на Рис. 2.5

Діаграма пережитого досвіду основної групи досліджуваних



Рис. 2.5 Діаграма пережитого досвіду досліджуваних

Висновки до розділу 2

У розділі 2 було детально розкрито такі теми, як:

1. Описова характеристика діагностичних інструментів, що застосовувались у проведенні дослідження. Було обрано надійні та валідні методики, за допомогою яких можна адекватно виміряти симптоми тривоги та депресії - Госпітальна шкала тривоги та депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) та посттравматичного зростання - Опитувальник посттравматичного зростання (Post Traumatic Growth Inventory, PTGI)
2. Підготовки, та проведення емпіричного дослідження симптомів тривоги та депресій та їхнього зв'язку із посттравматичним зростанням в українських жінок, що вимушено покинули місця свого проживання після повномасштабного вторгнення РФ в Україну.
3. Основні особливості вибірки досліджуваних, її склад та соціально-демографічні характеристики. Кількість досліджуваних у загальній вибірці дослідження складає 71 особу. Вік основної групи досліджуваних становить від

18 до 54 років.

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1 Аналіз розподілу даних

В рамках дослідження було вивчено розподіл результатів за Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS). Загалом, в кількість досліджуваних у вибірці становить 71 особу (N=71).

Розподіл досліджуваних за результатами Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS)



Рис. 3.1 Діаграма розподілу досліджуваних за результатами Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS)

Результати показали, що:

- 14% (n = 10) учасників мали нормальний рівень тривоги/депресії за Госпітальною шкалою HADS.

- 10% (n = 7) учасників мали субклінічно виражений рівень тривоги/депресії.

- 76% (n = 54) учасників мали клінічно виражений рівень тривоги/депресії.

Також було розглянуто даний розподіл окремо на вибірках ВПО та біженок за кордоном (Рис.3.6 та 3.7)

Розподіл внутрішньо переміщених осіб за результатами Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) наступний:

- 23% (n = 6) учасників мають нормальний рівень тривоги/депресії за

Госпітальною шкалою HADS.

- 12% (n = 3) учасників мають субклінічно виражений рівень тривоги/депресії.

- 65% (n = 17) учасників мають клінічно виражений рівень тривоги/депресії.

Розподіл біженців за кордоном за результатами Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) наступний:

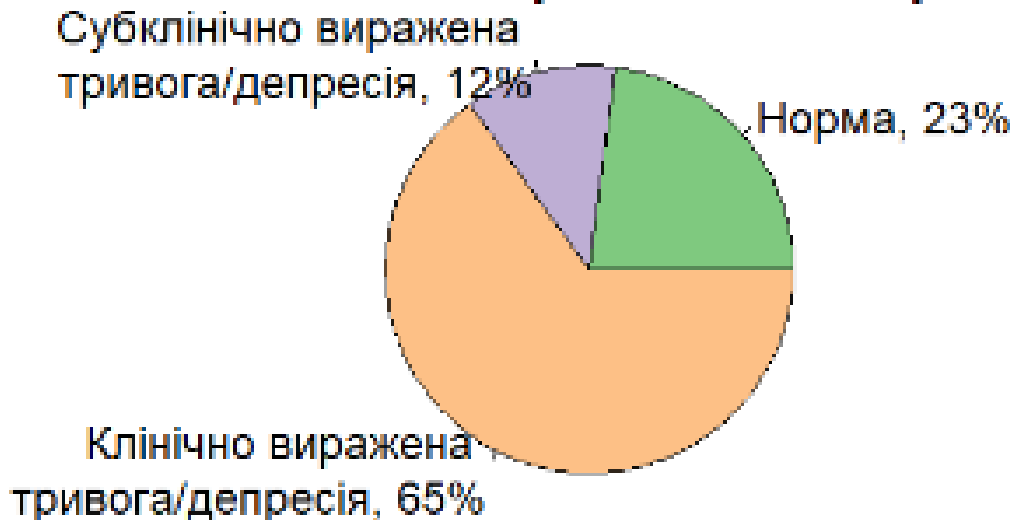
- 9% (n = 4) учасників мають нормальний рівень тривоги/депресії за Госпітальною шкалою HADS.

- 13% (n = 6) учасників мають субклінічно виражений рівень тривоги/депресії.

- 78% (n = 35) учасників мають клінічно виражений рівень тривоги/депресії.

Ці дані свідчать про високу поширеність клінічно вираженої тривоги/депресії серед учасників дослідження, що вказує на значимі проблеми психічного благополуччя у групі біженців загалом і у біженок за кордоном

Розподіл ВПО за результатами Госпітальної шкали тривоги та депресії(HADS)



зокрема.

Рис.3.2 Діаграма розподілу внутрішньо переміщених осіб за результатами Госпітальної шкали тривоги та депресії(HADS)

Розподіл біженок за кордоном за результатами Госпітальної шкали тривоги та депресії(HADS)

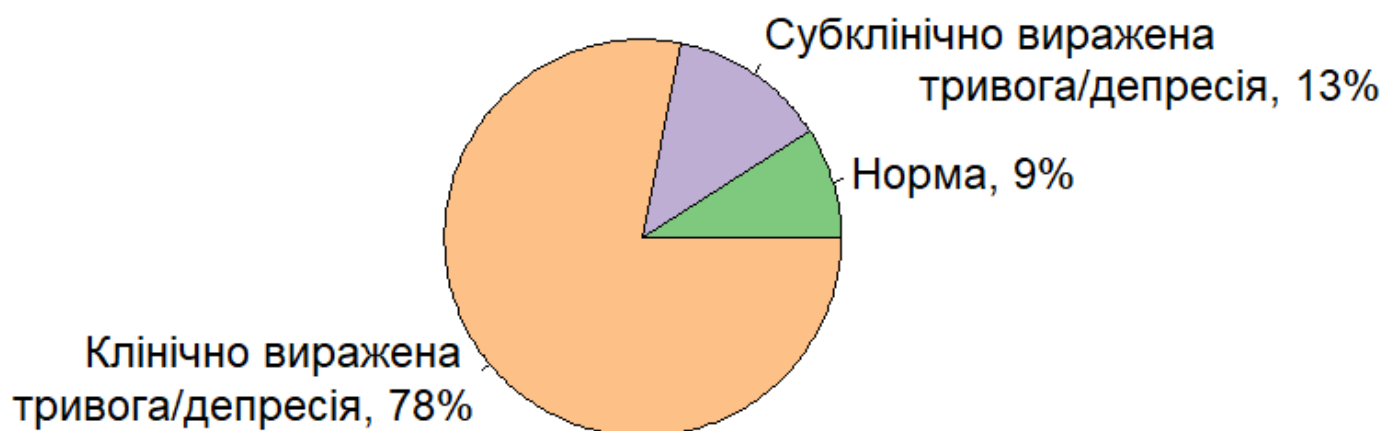


Рис. 3.3 Діаграма розподілу біженок за кордоном за результатами Госпітальної шкали тривоги та депресії(HADS)

Також під час дослідження було розглянуто розподіл результатів за Опитувальником посттравматичного зростання (PTGI) як у загальній вибірці (N=71), так і окремо у вибірках внутрішньо переміщених осіб та біженок за кордоном. Розподіл респондентів загальної вибірки зображено на Рис. 3.4

Розподіл досліджуваних за результатами Опитувальника посттравматичного зростання (PTGI)

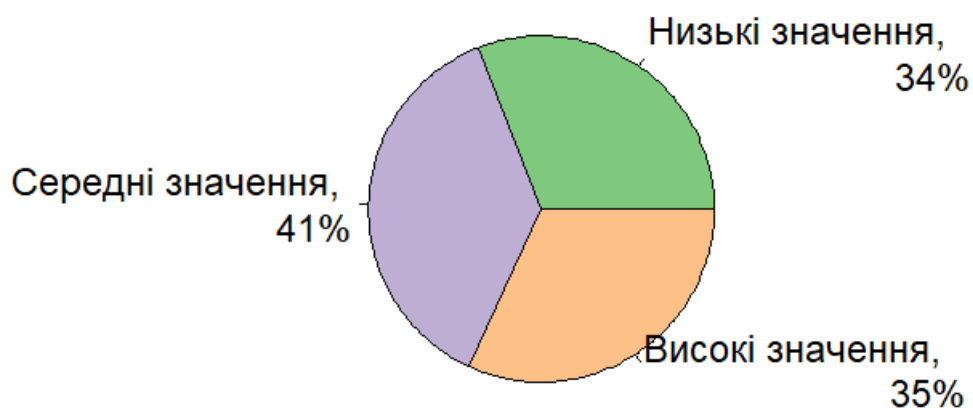


Рис. 3.4 Діаграма досліджуваних за результатами Опитувальника посттравматичного зростання (PTGI)

Розподіл ВПО за результатами Опитувальника посттравматичного зростання (PTGI)

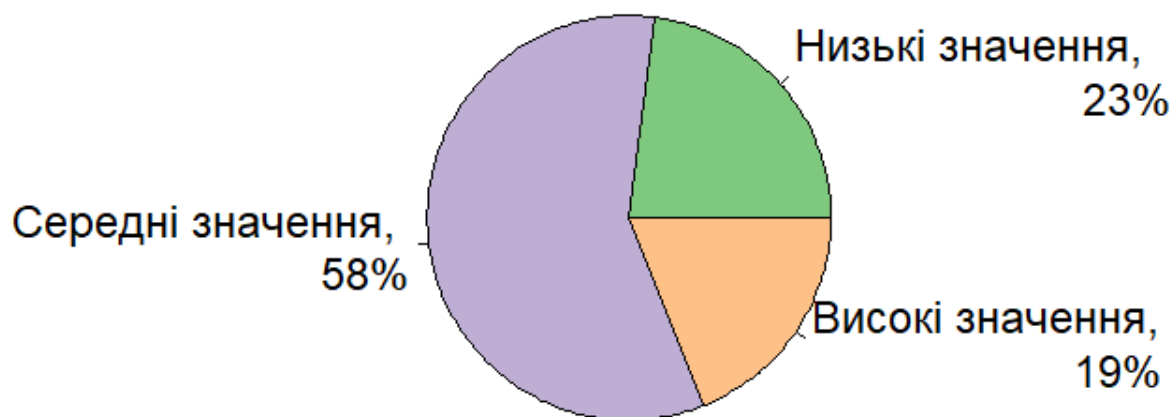


Рис. 3.5 Діаграма розподілу внутрішньо переміщених осіб за результатами Опитувальника посттравматичного зростання (PTGI)

Розподіл біженок за кордоном за результатами Опитувальника посттравматичного зростання (PTGI)

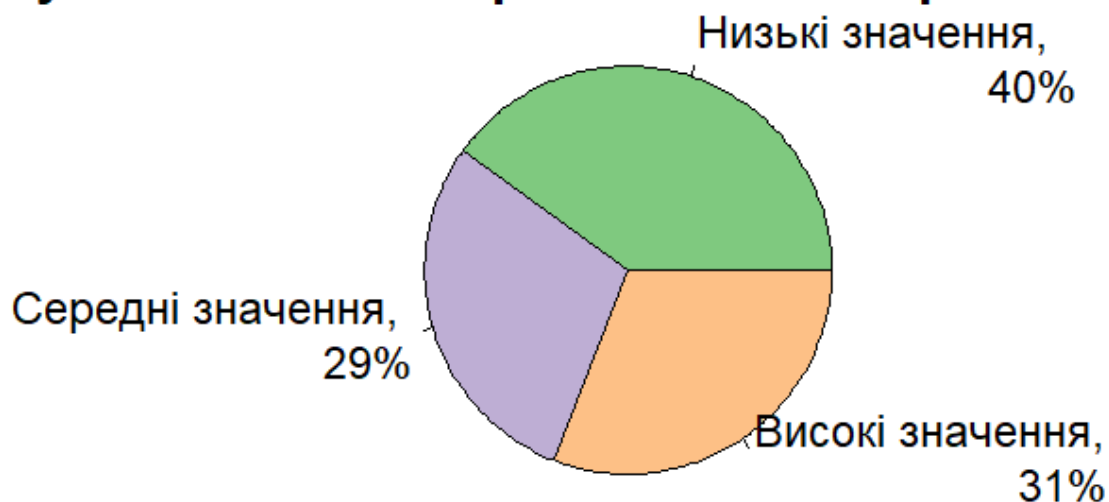


Рис. 3.6 Діаграма розподілу біженок за кордоном за результатами Опитувальника посттравматичного зростання (PTGI)

За результатами дослідження було встановлено такий розподіл загальної вибірки за рівнем посттравматичного зростання (PTGI):

- 34% (n = 24) досліджуваних мали низькі значення посттравматичного зростання.
- 41% (n = 29) досліджуваних мали середні значення посттравматичного зростання.
- 35% (n = 18) досліджуваних мали високі значення посттравматичного зростання.

Ці результати свідчать про різні рівні посттравматичного зростання у досліджуваній групі. Значення "низькі", "середні" і "високі" вказують на інтенсивність та розмаїття посттравматичного зростання серед досліджуваних осіб.

Розподіл у групах досліджуваних за рівнем посттравматичного зростання був наступний:

ВПО (Рис.3.9):

- 23% (n = 6) досліджуваних мали низькі значення посттравматичного зростання за Опитувальником PTGI.
- 58% (n = 15) досліджуваних мали середні значення посттравматичного зростання.
- 19% (n = 5) досліджуваних мали високі значення посттравматичного зростання.

Біженки за кордоном (Рис.3.10):

- 40% (n = 18) досліджуваних мали низькі значення посттравматичного зростання.
- 29% (n = 13) досліджуваних мали середні значення посттравматичного зростання.
- 31% (n = 14) досліджуваних мали високі значення посттравматичного зростання.

Порівнюючи ці два розподіли, стає помітним, що:

- у внутрішньо переміщених осіб найбільш поширеними були середні значення посттравматичного зростання, тоді як у біженок за кордоном найбільше

досліджуваних мали низькі значення.

- високі значення посттравматичного зростання є менш поширеними у ВПО, ніж у біженок за кордоном.

- розподіл посттравматичного зростання відображає різні рівні психологічного пристосування у ВПО та біженок за кордоном після травматичних подій.

Розподіл респондентів залежно від статусу зображено на Рис. 3.5 та Рис. 3.6.

3.3 Особливості прояву взаємозв'язку симптомів тривоги та депресії із посттравматичним зростанням

3.1 Особливості прояву взаємозв'язку симптомів тривоги та депресії із посттравматичним зростанням

Для визначення нормальності розподілу результатів даних було використано два тести: двовибірковий тест Колмогорова-Смірнова та тест Шапіро-Вілка.

Тест Шапіро-Вілка для змінної "Загальний бал посттравматичного зростання" показує, що розподіл цієї змінної не є нормальним ($W = 0.95465$, $p\text{-value} = 0.01193$). Таким чином, вибірка не підпорядковується нормальному розподілу.

Тест Шапіро-Вілка для змінної "Загальний бал симптомів тривожності та депресії" показує, що розподіл цієї змінної може бути нормальним ($W = 0.98526$, $p\text{-value} = 0.5738$). При такому $p\text{-value}$, немає достатніх доказів для відхилення гіпотези про нормальність розподілу цієї змінної.

Результати тесту двовибіркового Колмогорова-Смірнова показують, що є статистично значуща відмінність між розподілами змінних "Загальний бал симптомів тривожності та депресії" і "Загальний бал посттравматичного зростання" ($D = 0.67144$, $p\text{-value} = 1.409e-13$). Альтернативна гіпотеза підтверджує, що розподіли не є ідентичними.

Застосування кореляції Спірмена є доцільним для пошуку зв'язків між цими даними, оскільки кореляція Спірмена є непараметричним методом, який не вимагає нормального розподілу даних. Вона оцінює статистичний зв'язок на основі рангових порядків спостережень. Тому, навіть при відсутності нормального

розподілу, кореляція Спірмена може виявити зв'язок між змінними "Загальний бал посттравматичного зростання" і "Загальний бал симптомів тривожності та депресії".

Взаємозв'язки між загальним балом за Госпітальною шкалою тривоги та депресії та загальним результатом посттравматичного зростання за Опитувальником посттравматичного зростання(PTGI) наведені у Табл.3.1 :

	Симптоми тривоги	Симптоми депресії	Загальний бал тривоги та депресії
Посттравматичне зростання(загальний бал)	-0.1402817, p-value = 0.2433	-0.3443288, p-value = 0.003278	-0.2916433, p-value = 0.0136

Табл 3.1 Взаємозв'язки між загальним балом посттравматичного зростання та симптомами тривоги та депресії

Зв'язок симптомів тривоги і загального балу посттравматичного зростання виявився слабким та незначущим ($\rho = -0.1402817$, $p\text{-value} = 0.2433$). Це означає, що немає статистично значимого зв'язку між рівнем тривоги та загальним посттравматичним зростанням у досліджуваній групі.

Зв'язок симптомів депресії і загального балу посттравматичного зростання виявився помірним та статистично значущим ($\rho = -0.3443288$, $p\text{-value} = 0.003278$). Це означає, що існує статистично значущий зв'язок між рівнем депресії та загальним посттравматичним зростанням. Збільшення рівня депресії пов'язане зі зменшенням загального посттравматичного зростання.

Зв'язок загального балу за Госпітальною шкалою тривоги та депресії і загального балу посттравматичного зростання виявився помірним та статистично значущим ($\rho = -0.2916433$, $p\text{-value} = 0.0136$). Це означає, що існує статистично значущий зв'язок між загальним балом за Госпітальною шкалою тривоги та депресії та загальним посттравматичним зростанням. Збільшення рівня тривоги та депресії пов'язане зі зменшенням загального посттравматичного зростання.

Отже, результати дослідження показують, що існує зв'язок між симптомами депресії та загальним посттравматичним зростанням, але не існує статистично значущого зв'язку між симптомами тривоги та загальним

посттравматичним зростанням.

Взаємозв'язки між симптомами тривоги та та депресії за Госпітальною шкалою тривоги та депресії та окремими факторами посттравматичного зростання за Опитувальником посттравматичного зростання(PTGI) :

Результати кореляційного аналізу Спірмена показали невелику кількість слабких ($r < 0,3$) та середніх ($0,3 < r < 0,7$) зв'язків між симптомами тривоги та депресії (за методикою Госпітальна шкала тривоги та депресії) та проявами посттравматичного зростання (за методикою Опитувальник посттравматичного зростання) (Табл. 3.2).

Фактори посттравматичного зростання	Симптоми тривоги	Симптоми депресії
1. Підвищення цінності життя	0.0523792 та p-value = 0.6644	p-value = 0.1286 -0.1820597
2. Нові можливості	-0.1409149, p-value = 0.2411	-0.2870029*
3. Сила особистості	-0.1836587 ,p-value = 0.1252	-0.3542006**
4. Духовні зміни	-0.03156714 , p-value = 0.7938	-0.3180568**
5. Ставлення до інших	-0.1614827, p-value = 0.1785	-0.3712904*

Примітка: ** - $p < 0,01$; * - $p < 0,05$

Табл. 3.2 Взаємозв'язки між факторами посттравматичного зростання та симптомами тривоги та депресії

Прямий зв'язок помірної сили ($r = 0,052$, $p = 0,664$) між показником тривоги та фактором Підвищення цінності життя. Це означає, що чим вищий рівень тривоги за здоров'я у людини, тим вищий рівень страху смерті і навпаки.

Для змінної "Фактор підвищення цінності життя" встановлено дуже слабку позитивну кореляцію з симптомами тривоги ($r_{ho} = 0.0523792$). Однак, цей зв'язок

є статистично незначущим при $p\text{-value} = 0.6644$.

Змінна "Фактор нові можливості" має слабку негативну кореляцію з симптомами тривоги ($\rho = -0.1409149$). Проте, цей зв'язок також не є статистично значущим при $p\text{-value} = 0.2411$.

Змінна "Фактор сила особистості" показує слабку негативну кореляцію з симптомами тривоги ($\rho = -0.1836587$), але цей зв'язок також не є статистично значущим при $p\text{-value} = 0.1252$.

Змінна "Фактор духовні зміни" має дуже слабку негативну кореляцію з симптомами тривоги ($\rho = -0.03156714$), проте цей зв'язок не є статистично значущим при $p\text{-value} = 0.7938$.

Змінна "Фактор ставлення до інших" також виявляє слабку негативну кореляцію з симптомами тривоги ($\rho = -0.1614827$), але цей зв'язок також не є статистично значущим при $p\text{-value} = 0.1785$.

У випадку змінної "Фактор підвищення цінності життя" і симптомами депресії встановлено слабку негативну кореляцію ($\rho = -0.1820597$), але цей зв'язок також не є статистично значущим при $p\text{-value} = 0.1286$.

Змінна "Фактор нові можливості" виявила помірну негативну кореляцію з симптомами депресії ($\rho = -0.2870029$). Цей зв'язок є статистично значущим при $p\text{-value} = 0.0015$, що свідчить про те, що збільшення фактору "нові можливості" пов'язано зі зменшенням симптомів депресії.

Змінна "Фактор сила особистості" показує помірну негативну кореляцію з симптомами депресії ($\rho = -0.3542006$). Цей зв'язок також є статистично значущим при $p\text{-value} = 0.0024$, що свідчить про те, що збільшення фактору "сила особистості" пов'язано зі зменшенням симптомів депресії.

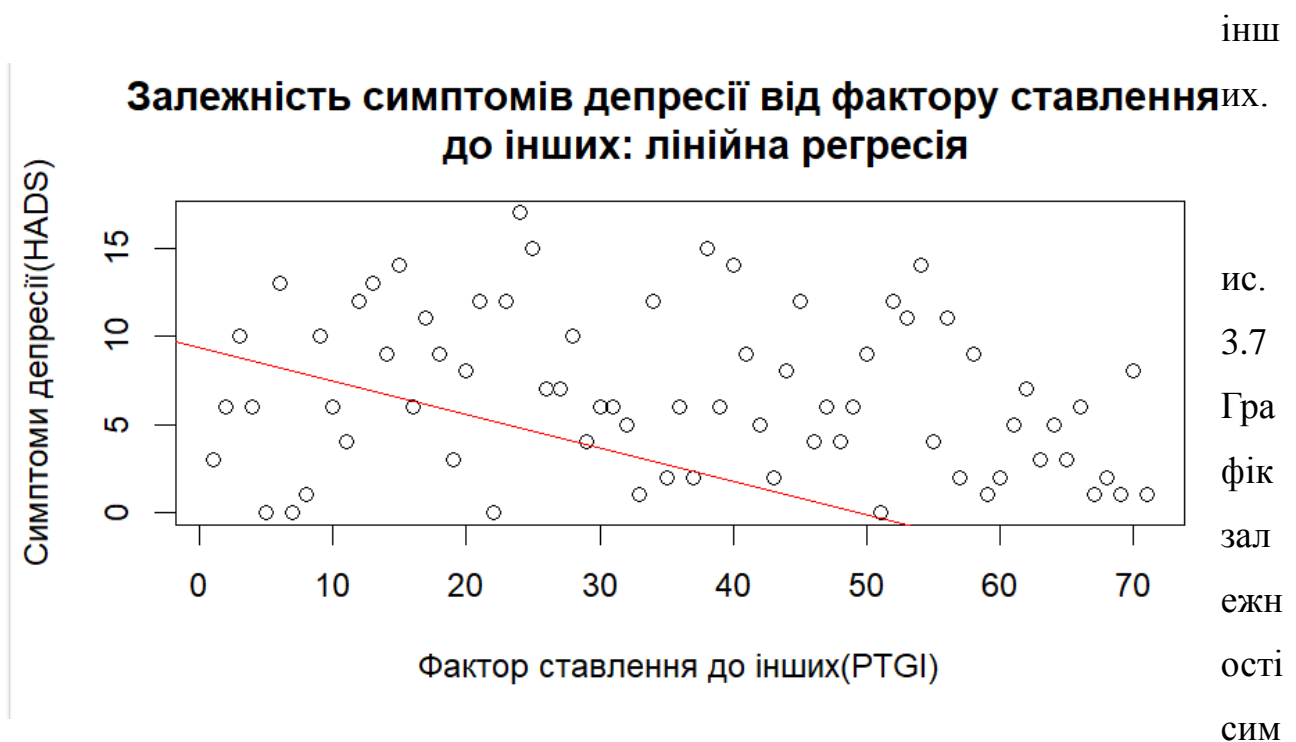
Змінна "Фактор духовні зміни" має помірну негативну кореляцію з симптомами депресії ($\rho = -0.3180568$). Цей зв'язок є статистично значущим при $p\text{-value} = 0.0069$, що показує, що збільшення фактору "духовні зміни" пов'язано зі зменшенням симптомів депресії.

Змінна "Фактор ставлення до інших" також демонструє помірну негативну кореляцію з симптомами депресії ($\rho = -0.3712904$). Цей зв'язок є статистично значущим при $p\text{-value} = 0.001434$, вказуючи на те, що збільшення фактору

"ставлення до інших" пов'язано зі зменшенням симптомів депресії.

Отже, результати дослідження вказують на те, що фактори посттравматичного зростання можуть впливати на симптоми депресії, але не мають статистично значущого впливу на симптоми тривоги.

Оскільки була знайдена статистично значуща кореляція середньої інтенсивності (і вона є найсильнішою між наявними змінними: -0.3712904^*) між фактором ставлення до інших та симптомами депресії, то можна провести регресійний аналіз, щоб дослідити можливу залежність між цими змінними. На Рис.3.7 зображено графік залежності проявів депресії від фактору ставлення до



птомів депресії від фактору ставлення до інших (за опитувальником PTGI): лінійна регресія

Аналізуючи дані лінійної регресії, можна зробити наступні спостереження:

- Коефіцієнт перетину (Intercept) має значення 9.38401 і є статистично значущим ($p < 0.001$). Це означає, що при нульовому значенні фактору "Ставлення до інших" очікуване середнє значення симптомів депресії становить 9.38401.

- Коефіцієнт регресії для фактору "Ставлення до інших" має значення -0.18988 і також є статистично значущим ($p = 0.00168$). Це означає, що з кожним одиницею зменшення в факторі "Ставлення до інших", очікуване середнє значення симптомів депресії зменшується на 0.18988.

- Значення коефіцієнту детермінації (Multiple R-squared) дорівнює 0.1341, що означає, що 13.41% варіації симптомів депресії може бути пояснено фактором "Ставлення до інших".

- F-статистика має значення 10.69 і є статистично значущою ($p = 0.00168$), що свідчить про загальну статистичну значущість моделі регресії.

Загалом, дані лінійної регресії свідчать про наявність статистично значущої залежності між фактором "Ставлення до інших" та симптомами депресії. Однак, значення коефіцієнту детермінації досить низьке (13.41%), що вказує на те, що фактор "Ставлення до інших" не пояснює багато варіації у симптомах депресії.

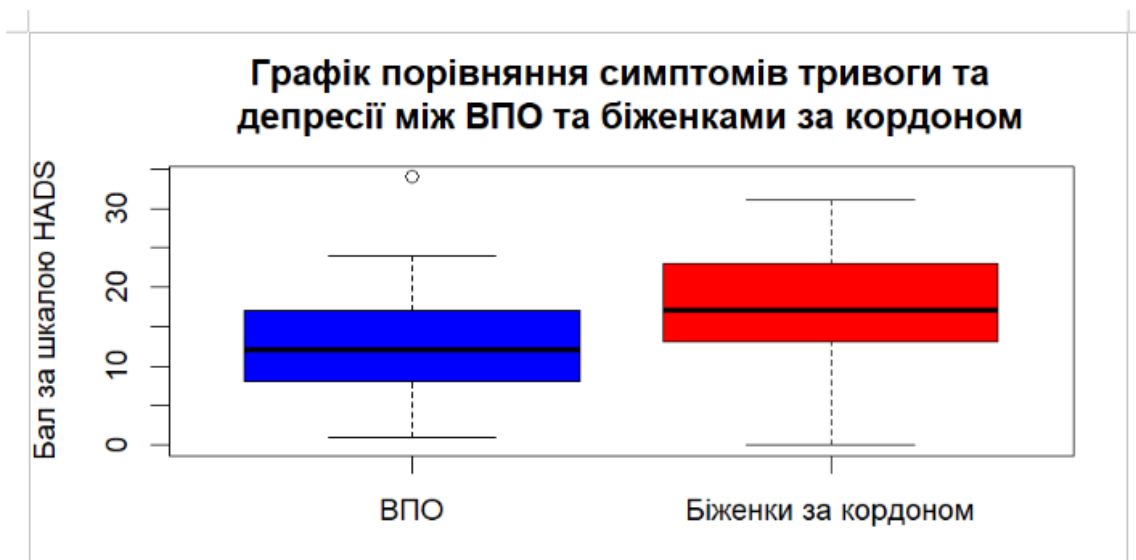
3.3 Пошук відмінностей між проявами посттравматичного зростання та проявами симптомів тривоги та депресії у біженок за кордоном та ВПО

Для порівняння прояву симптомів тривоги та депресії у внутрішньо переміщених осіб та біженок за кордоном було використано t-тест Велча з двома вибірками. Графік порівняння симптомів тривоги та депресії між ВПО та біженками за кордоном зображено на Рис.3.8.

У результаті проведеного t-тесту, отримані такі результати:

t-статистика: -2.4904, p : 0.01571, інтервал надійності на рівні 95%: (-4.6320971, -0.5029456).

Оцінки середніх значень вибірок: Середнє значення x (ВПО) = 5.076923, Середнє значення y (біженки за кордоном) = 7.644444



ис. 3.8 Графік порівняння загального балу симптомів тривоги та депресії між ВПО та біженками за кордоном

На підставі цих результатів можна зробити висновок про статистично значущу різницю між середніми значеннями двох вибірок x та y . $P\text{-value} = 0.01571$ і є меншим за відповідний рівень значущості (0.05), що також свідчить про наявність статистично значущої різниці. Крім того, інтервал надійності показує, що різниця між середніми значеннями з великою ймовірністю знаходиться в діапазоні від -4.6320971 до -0.5029456.

Оскільки існує статистично значуща різниця між середніми значеннями у цих двох вибірок, то доцільно також окремо порівняти їхні середні значення за шкалою тривоги та за шкалою депресії. Графіки порівняння за цими двома шкалами зображені на Рис. 3.9 та Рис. 3.10

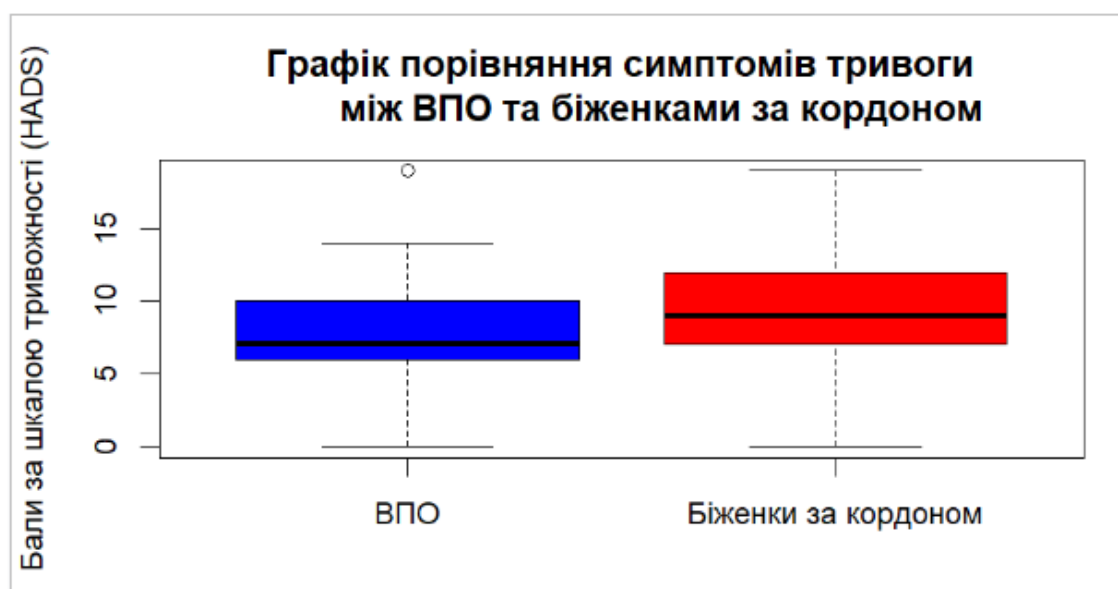
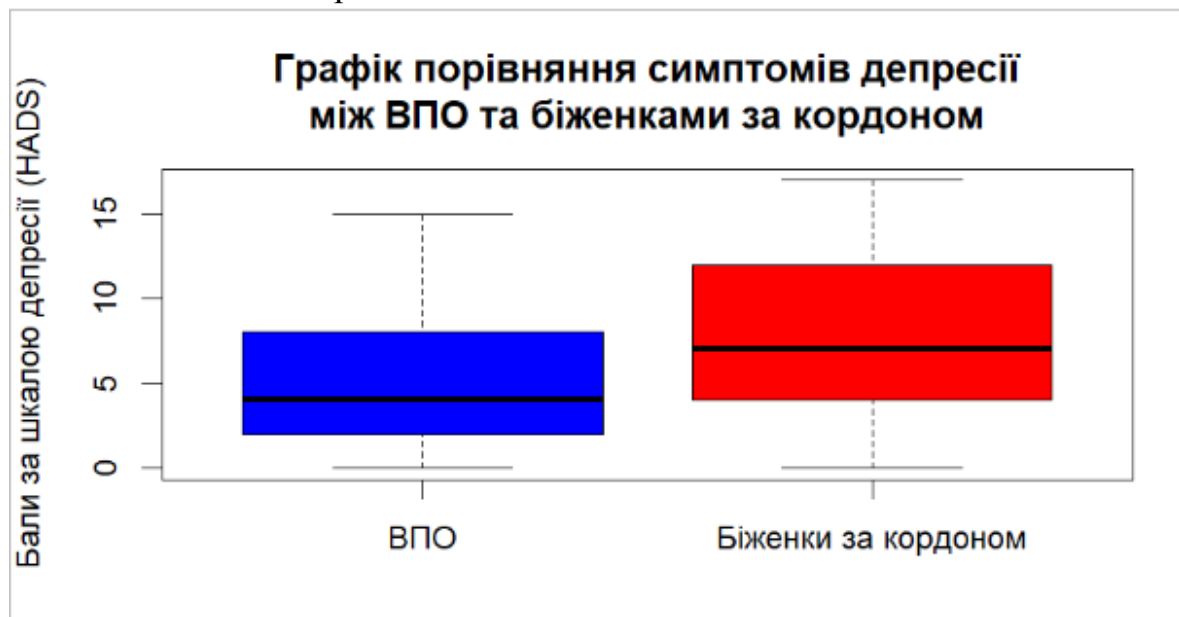


Рис. 3.9 Графік порівняння балу за шкалою симптомів тривоги (HADS) між ВПО та біженками за кордоном



ис. 3.10 Графік порівняння балу за шкалою симптомів тривоги (HADS) між ВПО та біженками за кордоном

У результаті проведеного t-тесту, отримані такі результати:

t-статистика: -1.3901, p-значення: 0.1702, інтервал надійності на рівні 95%: (-3.3939088, 0.6144216)

Оцінки середніх значень вибірок: Середнє значення x (ВПО) = 8.076923, Середнє значення y (біженки за кордоном) = 9.466667

Отримані результати не дають достатніх доказів для відхилення нульової гіпотези про рівність середніх значень двох вибірок x та y. P-value = 0.1702 і є більшим за відповідний рівень значущості (0.05), що говорить про відсутність статистично значущої різниці. Інтервал надійності включає нуль, що також підтверджує відсутність статистично значущої різниці між середніми значеннями.

З такими результатами можна зробити висновок, що немає статистично значущої різниці у симптомах тривоги між ВПО та біженцями за кордоном, ці симптоми є приблизно однаковими.

У результаті проведеного t-тесту, отримані такі результати::

t-статистика: -2.4904, p-значення: 0.01571, інтервал надійності на рівні 95%: (-4.6320971, -0.5029456)

Оцінки середніх значень вибірок: Середнє значення x (ВПО) = 5.076923,
Середнє значення y (біженки за кордоном) = 7.644444

Дані результати свідчать про наявність статистично значущої різниці між середніми значеннями двох вибірок x та y . P-value 0.01571 - менше відповідного рівня значущості (0.05), що свідчить про статистичну значущість різниці. Інтервал надійності показує, що різниця між середніми значеннями з 95% ймовірністю знаходиться в діапазоні від -4.6320971 до -0.5029456.

Ці результати можна використовувати для підтвердження гіпотези про наявність статистично значущої різниці між симптомами тривоги у ВПО та біженців за кордоном.

Як видно на графіку, внутрішньо переміщені особи мають менший рівень вираженості депресивних симптомів.

Для порівняння вираженості посттравматичного зростання у внутрішньо переміщених осіб та біженок за кордоном було використано t-тест Велча з двома вибірками. Графік цього порівняння зображено на Рис.3.11.

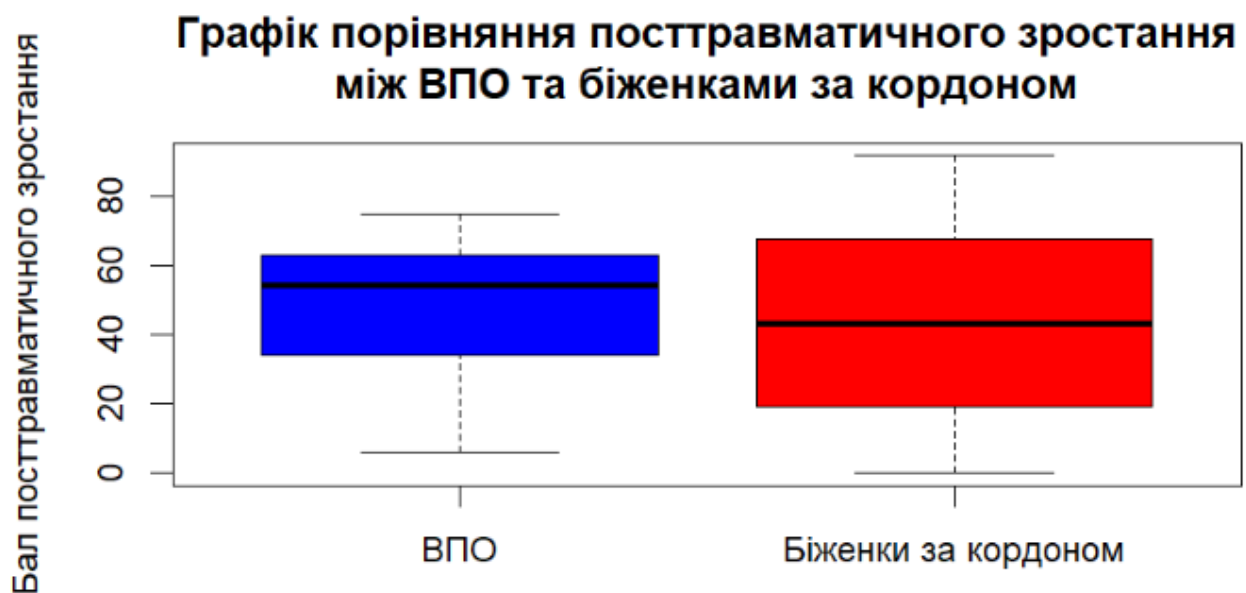


Рис.3.11 Графік порівняння балу за Опитувальником посттравматичного зростання (PTGI) між ВПО та біженками за кордоном

Результаті проведеного t-тесту наступні::

t-статистика: 0.44269, p-value: 0.659, довірчий інтервал 95%: (-9.123035, 14.316198).

Вибіркові оцінки середніх значень: $x = 46.30769$, $y = 43.71111$

Згідно з отриманими результатами, між середніми значеннями змінних "x" і "y" не спостерігається статистично значущої різниці (p-value = 0.6595 > 0.05). Довірчий інтервал показує, що різниця може лежати у діапазоні від -9.123035 до 14.316198 з ймовірністю 95%. Враховуючи даний результат t-тесту можна зробити висновок, що прояви посттравматичного зростання розподілені рівномірно між ВПО та біженками за кордоном.

3.4 Результати дослідження зв'язку за соціально обумовленими факторами та віком, їхня інтерпретація

Також був проведений кореляційний аналіз зв'язку віку респондентів та симптомів тривожності та депресії. Результат наведений у Табл.3.3

	Симптоми тривоги	Симптоми депресії	Загальний бал тривоги та депресії
Вік	0.102 , $p = 0.3962$	0.0999 , $p = 0.4068$	0.1029894, $p = 0.3927$

Табл. 3.3 Взаємозв'язки між віком та симптомами тривоги та депресії у загальної вибірки досліджуваних

За результатами проведеного аналізу, між змінною віку та рівнем тривоги, депресії і загальним балом тривоги та депресії спостерігається дуже слабкий позитивний зв'язок. Значення кореляційних коефіцієнтів Спірмена (ρ) для цих зв'язків становлять від приблизно 0.099 до 0.103.

P-значення (p-value) для всіх трьох аналізів перевищують стандартний рівень значущості 0.05, що означає, що немає достатніх доказів для відхилення нульової гіпотези про відсутність зв'язку між віком та рівнем тривоги та депресії.

Отже, на основі цих результатів можна зробити висновок, що між віком та рівнем тривоги, депресії і загальним балом тривоги та депресії існує дуже слабкий позитивний зв'язок, але ці зв'язки не є статистично значущими.

Кореляційний аналіз зв'язку віку респондентів та проявів посттравматичного зростання. Результат наведений у Табл.3.3

	Факт ор Підвищен ня цінності життя	Факт ор Нові можливост і	Факт ор Сила особистос ті	Факт ор Духо вні змін и	Факт ор Став лення до інших	Зага льне значення посттрав матично го зростання
Вік	- 0.231	- 0.293	- 0.238	- 0.060	- 0.198	- 0.231

Табл.3.4 Взаємозв'язки між віком та посттравматичним зростанням у загальній вибірці досліджуваних

За результатами проведеного аналізу між змінною віку та різними факторами, що впливають на якість життя (змінні Фактор підвищення цінності життя, Фактор нові можливості, Фактор сила особистості), спостерігається помірний негативний зв'язок.

Зв'язок між віком та фактором "Підвищення цінності життя": Коефіцієнт Спірмена (ρ) дорівнює -0.2313917. Р-значення дорівнює 0.05219, що слабко перевищує рівень значущості 0.05. Результати можуть вказувати на наявність негативного зв'язку, але це не є статистично значущим на стандартному рівні значущості.

Зв'язок між віком та фактором "Нові можливості": Коефіцієнт Спірмена (ρ) дорівнює -0.2939333. Р-значення дорівнює 0.01285, що перевищує рівень значущості 0.05. Результати свідчать про наявність помірного негативного зв'язку, який є статистично значущим.

Зв'язок між віком та фактором "Сила особистості": Коефіцієнт Спірмена (ρ) дорівнює -0.2382239. Р-значення дорівнює 0.04544, що перевищує рівень значущості 0.05. Результати вказують на наявність негативного зв'язку, який є статистично значущим.

Зв'язок між віком та фактором "Духовні зміни": Коефіцієнт Спірмена (ρ) дорівнює -0.06082794. Р-значення дорівнює 0.6143, що не перевищує рівень значущості 0.05. Результати не вказують на наявність статистично значущого зв'язку між віком та фактором "Духовні зміни".

Зв'язок між віком та фактором "Ставлення до інших": Коефіцієнт Спірмена (ρ) дорівнює -0.1988058 . Р-значення дорівнює 0.0965 , що слабо перевищує рівень значущості 0.05 . Результати можуть вказувати на наявність негативного зв'язку між віком та фактором "Ставлення до інших", але це не є статистично значущим на стандартному рівні значущості.

Зв'язок між віком та фактором "Фактор психологічного зростання": Коефіцієнт Спірмена (ρ) дорівнює -0.2311735 . Р-значення дорівнює 0.05242 , що незначно перевищує рівень значущості 0.05 . Це означає, що може існувати негативний зв'язок між віком та фактором "Фактор психологічного зростання", проте цей зв'язок не є статистично значущим на стандартному рівні значущості.

Отже, на основі аналізу можна зробити висновок, що існує можливість наявності негативного зв'язку між віком та фактором "Фактор психологічного зростання", але для підтвердження цього зв'язку потрібні додаткові дослідження або більш об'ємний обсяг даних.

Було також досліджено розподіл результатів за шкалою HADS у декількох груп біженок, що пережили різні рівні травматичного досвіду (Рис.3.12-Рис.3.15)

Досліджувана група, що проживала в окупації російських військ

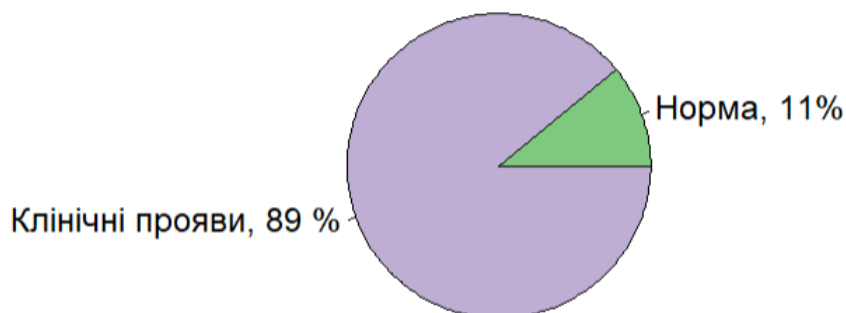


Рис.3.12 Діаграма розподілу симптомів тривоги та депресії (HADS) у групі респондентів, що проживали під окупацією російських військ

**Досліджувана група, що проживала в окупації
російських військ + у зоні активних бойових дій**

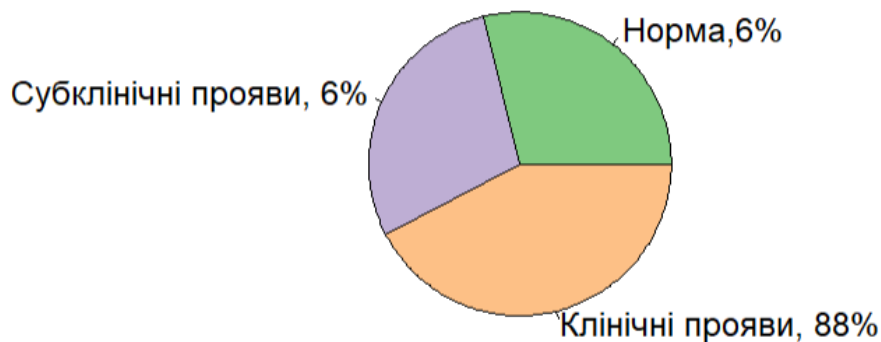


Рис.3.13 Діаграма розподілу симптомів тривоги та депресії (HADS) у групі респондентів, що проживали одночасно під окупацією російських військ та у зоні активних бойових дій

**Досліджувана група,
що проживала у зоні активних бойових дій**

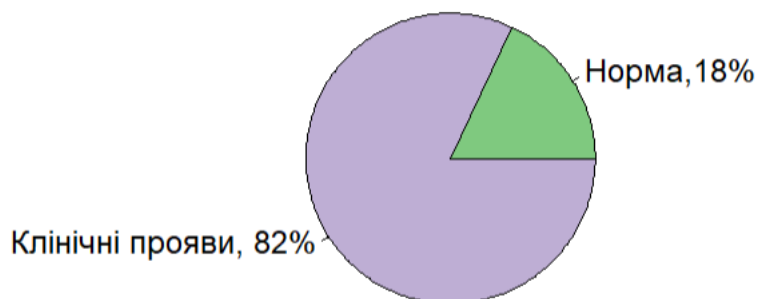


Рис.3.14 Діаграма розподілу симптомів тривоги та депресії (HADS) у групі респондентів, що проживали у зоні активних бойових дій

Досліджувана група, що не переживала додаткового травматичного досвіду

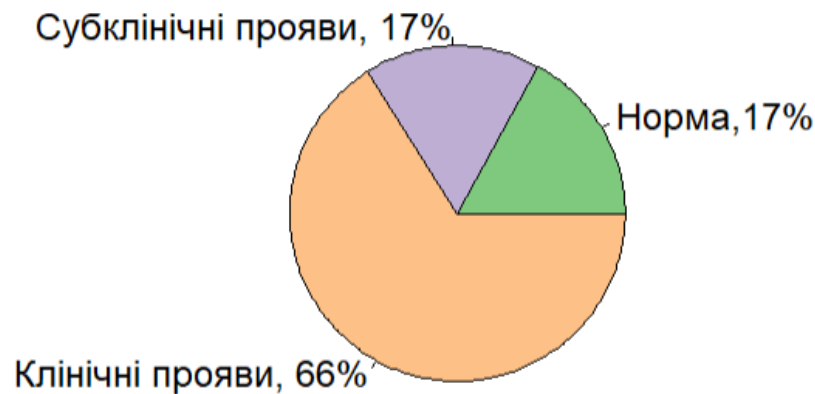


Рис.3.15 Діаграма розподілу симптомів тривоги та депресії (HADS) у групі респондентів, що не переживала додаткового травматичного досвіду

Клінічні прояви тривоги та депресії переважають у всіх груп біженців, проте є деякі відмінності.

Серед біженців, які проживали під окупацією російських військ, клінічні прояви тривоги/депресії спостерігаються у 89% випадків (8 осіб), тоді як нормальний рівень відзначається лише у 11% (1 особа).

У групі біженців, які проживали під окупацією російських військ і жили у зоні активних бойових дій, спостерігаються ще більш високі рівні тривоги та депресії. Клінічні прояви спостерігаються у 88% випадків (14 осіб), субклінічні прояви - у 6% (1 особа), тоді як нормальний рівень виявляється лише у 6% (1 особа).

У біженців, які не пережили додаткового травматичного досвіду, спостерігається значно менший вплив тривоги та депресії. Клінічні прояви виявляються у 82% випадків (9 осіб), тоді як нормальний рівень присутній у 18%

(2 особи).

Для проведення більш глибокого аналізу необхідна більша кількість респондентів, щоб можна було отримати статистично значущі результати, проте і зараз видно, що є різниця в проявах симптомів тривоги та депресії у біженок, що пережили різні рівні травматичного досвіду.

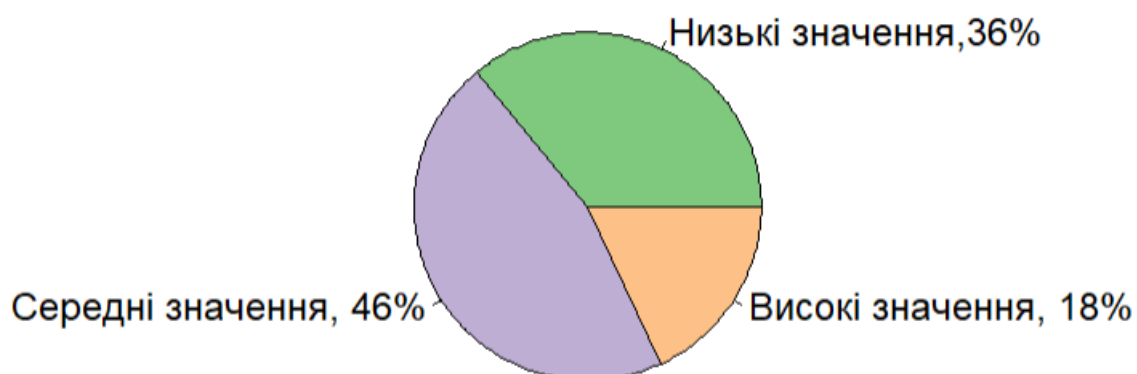
Було також досліджено розподіл результатів за Опитувальником посттравматичного зростання у декількох груп біженок, що пережили різні рівні травматичного досвіду (Рис.3.16-Рис.3.19)



Рис.3.16 Діаграма розподілу результатів посттравматичного зростання у групі респондентів, що проживала під окупацією російських військ

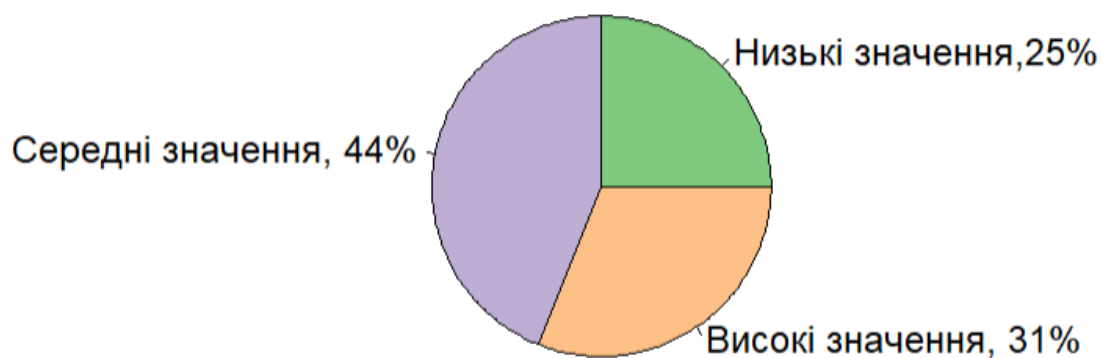
Рис.3.16 Діаграма розподілу симптомів тривоги та депресії (HADS) у групі респондентів, що не переживала додаткового травматичного досвіду

Досліджувана група, що проживала у зоні активних бойових дій



лу результатів посттравматичного зростання у групі респондентів, що проживала у зоні активних бойових дій

Досліджувана група, що проживала в окупації російських військ + у зоні активних бойових дій



результатів посттравматичного зростання у групі респондентів, що проживала під окупацією російських військ та одночасно у зоні активних бойових дій

Досліджувана група, що не переживала додаткового травматичного досвіду

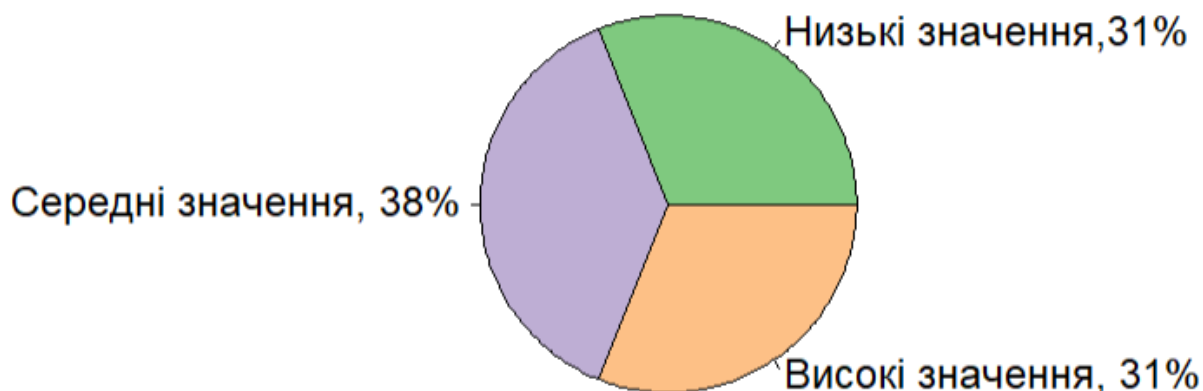


Рис.3.19 Діаграма розподілу результатів посттравматичного зростання у групи респондентів, що не переживала додаткового травматичного досвіду

За наведеними даними про розподіл результатів опитувальника посттравматичного зростання (PTGI) для біженців можна зробити наступні висновки:

У групі біженців, які проживали під окупацією російських військ, 31% (5 людей) мають високі значення посттравматичного зростання (PTGI), 44% (7 людей) мають середні значення, а 25% (4 людини) мають низькі значення.

В групі біженців, які проживали під окупацією російських військ та жили у зоні активних бойових дій, 18% (2 людини) мають високі значення PTGI, 46% (5 людей) мають середні значення, а 36% (4 людини) мають низькі значення.

У групі біженців, які проживали у зоні активних бойових дій, 18% (2 людини) мають високі значення PTGI, 46% (5 людей) мають середні значення, а 36% (4 людини) мають низькі значення.

У групі біженців, які не переживали додаткового травматичного досвіду, 31% (9 людей) мають високі значення PTGI, 38% (11 людей) мають середні значення, а також 31% (9 людей) мають низькі значення.

Загальний висновок з отриманих даних полягає в наступному: біженці, які

пережили окупацію та жили у зоні активних бойових дій, мають вищу ймовірність високих та середніх значень посттравматичного зростання (PTGI) порівняно з біженцями, які не мали додаткового травматичного досвіду. Це свідчить про можливість посттравматичного зростання після досвіду конфлікту та травматичних подій, проте це можна буде перевірити на більших вибірках.

3.5 Рекомендації для психологів щодо роботи з біженцями

На основі даних з дослідження можна розробити рекомендації для психологічної роботи з біженцями. Ось кілька можливих рекомендацій:

1. Надання психологічної підтримки: Зважаючи на високий рівень тривоги та депресії серед біженців, важливо забезпечити доступ до психологічної підтримки. Рекомендується не тільки надавати індивідуальні консультації та психотерапевтичні сесії для виявлення й обробки симптомів тривоги та депресії, а й займатися психоедукацією. Важливо, щоб люди, які були змушені покинути свої домівки, розуміли, що вони не одні, що їх є кому підтримати і вони знають, куди можна звернутися за допомогою.

2. Групові підходи: Створення групових психологічних програм, зустрічей, груп підтримки може бути корисним для біженців, оскільки це може забезпечити їм підтримку спільноти та співпереживання. Групова терапія або групові засідання можуть допомогти учасникам дослідження зменшити почуття ізоляції та розкрити свої емоції та досвід.

3. Розвиток навичок копінгу: Навчання ефективним стратегіям копінгу з тривогою та депресією може бути корисним для біженців. Психологи можуть використовувати методики, такі як когнітивно-поведінкова терапія, щоб допомогти учасникам дослідження розвинути здатність ефективно впоратися з емоційними труднощами.

4. Забезпечення соціальної підтримки: Важливо створити сприятливе середовище для соціальної підтримки серед біженців. Психологи можуть сприяти формуванню груп підтримки або сприяти зв'язкам з локальною спільнотою для забезпечення взаємодії та підтримки соціальних зв'язків. З урахуванням виявленої залежності між ставленням до інших та симптомами депресії, важливо

підтримувати та сприяти позитивним соціальним взаємодіям серед біженців.

5. Терапія біженців є складним процесом, оскільки вони зазнали травматичного досвіду, пов'язаного зі смертельною загрозою або примусовою розлукою від рідних і переміщенням до іншої країни. Цей досвід впливає на їх адаптацію до нового середовища з викликами, такими як фінансові та житлові труднощі, а також обмежений доступ до освіти, адміністративних та медичних послуг.

Ефективна терапія біженців базується на встановленні міцних терапевтичних стосунків і взаємному довірі, що створює основу для зменшення симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та дистресу, а також сприяє їх адаптації та інтеграції в новій країні. Терапевтичний альянс, разом з іншими неспецифічними факторами, має вирішальне значення для досягнення позитивних результатів психологічної допомоги, зокрема психотерапії.

Терапевтичний альянс набуває великого значення в терапії біженців з трьох причин:

- По-перше, через специфічний досвід травми, який може призвести до відчуття ізольованості.
- По-друге, через симптоми дистресу, пов'язані з адаптацією до нового середовища, які також можуть викликати почуття відокремленості.
- По-третє, втрата, розрив або зменшення зв'язку з родиною через смерть або примусову розлуку може посилювати почуття самотності, загубленості, покинутості та туги. Всі ці процеси можуть бути змінені завдяки терапевтичним стосункам

6. Додаткові дослідження: зважаючи на обмежену вагомість фактора "Ставлення до інших" у поясненні симптомів депресії, рекомендується провести додаткові дослідження для виявлення інших можливих факторів, що впливають на появу даних симптомів.

Також існують прості рекомендації для спеціалістів, що працюють із постраждалими від травми людьми і хочуть звернути увагу на посттравматичне зростання:

- Посттравматичне зростання слід розглядати як таке, що

походить із сутності людини, а не від її від травми. Тобто це наслідок важкого шляху боротьби із подіями та обставинами, їхнє переосмислення та бажання створити новий досвід;

- не думайте, що посттравматичне зростання має неминуче статися, або що те, що його не сталося, є наслідком того, що людина нездатна взяти щось зі свого минулого досвіду.
- Не «виписуйте» своїм клієнтам «зростання», вони не захочуть почуватись так, ніби вони змушені зростати
- Натомість краще приділяти достатньо уваги посттравматичному зростанню, коли воно з'являється природньо, само собою
- Дуже важливо вміти помічати позитивні зміни, емпатійно їх віддзеркалювати клієнтові. Це допомагає людям у пошуках інших нових позитивних змін

Висновки до розділу 3

1. На підставі проведеного дослідження за допомогою Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) серед українських біженок було встановлено, що серйозні проблеми психічного здоров'я є широко поширеними в цій групі:

- Результати свідчать про високий рівень клінічно вираженої тривоги та депресії серед учасниць дослідження, що підкреслює необхідність надання психологічної підтримки та інтервенційної допомоги цій вразливій групі. Зокрема, результати показали, що як серед внутрішньо переміщених осіб, так і серед біженців за кордоном висока поширеність клінічно вираженої тривоги/депресії.

- Лише невелика частка учасників мала нормальний рівень тривоги/депресії, тоді як більшість виявила клінічно виражений рівень. Це підкреслює важливість розробки та реалізації ефективних психологічних програм та інтервенцій, спрямованих на зниження рівня тривоги та депресії серед українських біженців.

2. Приблизно одна третина досліджуваних мала низькі та високі значення посттравматичного зростання, тоді як більшість відносилася до середніх значень. Це свідчить про різні рівні адаптації та зростання після травматичних подій у групі біженців.

Порівнюючи розподіл посттравматичного зростання у внутрішньо переміщених осіб та біженок за кордоном, виявлено деякі відмінності:

- Внутрішньо переміщені особи мали найбільшу кількість середніх значень посттравматичного зростання, тоді як біженки за кордоном мали більше низьких значень.

- Високі значення посттравматичного зростання були менш поширеними. Це може свідчити про різні рівні психологічного пристосування в обох групах після травматичних подій.

3. У досліджуваній групі існує зв'язок між симптомами депресії та загальним посттравматичним зростанням, проте немає статистично значущого зв'язку між симптомами тривоги та загальним посттравматичним зростанням.

Дані результати вказують на важливість подальшого вивчення впливу депресії на посттравматичне зростання та розробки ефективних психологічних підходів для поліпшення психічного здоров'я українських біженців після травматичних подій.

4. Помірні негативні кореляції були виявлені між симптомами тривоги та депресії з факторами "Нові можливості", "Сила особистості", "Духовні зміни" та "Ставлення до інших". Значення цих зв'язків є статистично значущими, що свідчить про те, що збільшення цих факторів пов'язано зі зменшенням симптомів тривоги та депресії.

Отже, можна зробити висновок, що існують певні взаємозв'язки між симптомами тривоги та депресії та окремими факторами посттравматичного зростання. Дослідження підкреслює важливість врахування цих факторів при розробці програм та підходів до психологічної підтримки та відновлення після травматичних подій.

5. В результаті проведеного регресійного аналізу було встановлено статистично значущу залежність між фактором "Ставлення до інших" та симптомами депресії. Аналіз показав, що:

- з кожним зменшенням на одиницю в факторі "Ставлення до інших", очікуване середнє значення симптомів депресії зменшується на 0.18988.
- значення коефіцієнту детермінації виявилось низьким (13.41%), що

означає, що фактор "Ставлення до інших" пояснює лише невелику частину варіації симптомів депресії. Іншими словами, існують інші фактори, які також впливають на появу симптомів депресії, і вони не були враховані у цьому дослідженні.

Загалом, висновки регресійного аналізу вказують на те, що фактор "Ставлення до інших" має вплив на симптоми депресії, але його вагомість у поясненні цих симптомів є обмеженою. Для отримання більш повної карти впливу різних факторів на депресію, може бути корисним розглянути інші можливі залежності та врахувати інші змінні, які можуть впливати на розвиток цих симптомів.

Таким чином, протягом цього дослідження було частково підтверджено припущення про взаємозв'язок між симптомами депресії/тривоги та рівнем посттравматичного зростання.

6. На основі проведених аналізів було встановлено наявність статистично значущої різниці між середніми значеннями симптомів тривоги у внутрішньо переміщених осіб та біженців за кордоном. Симптоми тривоги виявились менш вираженими у внутрішньо переміщених осіб. З іншого боку, не було виявлено статистично значущої різниці у симптомах депресії між цими двома групами.

Отже, можна зробити висновок, що у внутрішньо переміщених осіб спостерігається більш помірний рівень тривожності порівняно з біженцями за кордоном, але немає значної різниці в прояві депресивних симптомів між цими групами.

7. Згідно з результатами t-тесту, не виявлено статистично значущої різниці в проявах посттравматичного зростання між внутрішньо переміщеними особами та біженцями за кордоном. Обидві групи мають приблизно однаковий рівень цього показника.

8. Вік не має статистично значущого впливу на рівень тривоги та депресії. Існує дуже слабкий позитивний зв'язок між цими змінними, але його не можна вважати статистично значущим.

Зв'язок між віком та іншими факторами, такими як "Підвищення цінності життя", "Духовні зміни", "Ставлення до інших" та "Фактор психологічного

зростання", не є статистично значущим на стандартному рівні значущості. Це означає, що вік не має впливу на ці аспекти якості життя.

Варто зазначити, що для підтвердження знайдених зв'язків, потрібні додаткові дослідження або більший обсяг даних.

9. З наведених даних розподілу результатів опитувальників видно, що біженці, які проживали під окупацією російських військ та особливо ті, хто також жив у зоні активних бойових дій, мають вищі рівні тривоги та депресії порівняно з тими, хто не переживав додаткового травматичного досвіду. Клінічні прояви тривоги/депресії спостерігаються в цих групах біженців від 82% до 89% випадків.

Однак, треба враховувати, що дані отримані з невеликої кількості респондентів і для більш точних і статистично значущих результатів необхідно провести дослідження на більшому обсязі вибірки. Також, для глибшого аналізу, було б корисно розглянути інші фактори, які можуть впливати на появу тривоги та депресії у біженців, такі як соціальна підтримка, доступ до психологічної допомоги тощо.

В цілому, дані свідчать про наявність психологічних проблем серед біженців, особливо тих, хто був підданий травматичному досвіду. Це важливий аспект для розробки програм та інтервенцій, спрямованих на надання психологічної підтримки та реабілітацію для біженців, які пережили конфліктні ситуації та травматичні події.

ВИСНОВКИ

1. У роботі був здійснений теоретичний аналіз проблеми прояву симптомів тривоги та депресії у біженців та у внутрішньо переміщених осіб та їхній зв'язок із посттравматичним зростанням у психологічній зарубіжній та вітчизняній літературі. У зарубіжній літературі це питання досліджувалось у рамках філософських та релігійних концепцій та у межах екзистенційного напрямку психотерапії та логотерапії. Основні погляди на взаємозв'язок симптомів тривоги/депресії та посттравматичного зростання наступні: посттравматичне зростання може впливати на симптоми тривоги/депресії, зменшуючи їх, водночас, як і довга відсутність будь-якого посттравматичного зростання (осмислення травми) може призвести до посилення симптомів тривоги та депресії. У вітчизняній психологічній літературі особливості прояву посттравматичного зростання загалом та окремо у біженців або внутрішньо переміщених осіб з досліджені недостатньо - більшість складають роботи, що присвячені посттравматичному зростанню військовослужбовців або ветеранів.

2. Були знайдені кореляційні зв'язки середньої і слабкої сили між симптомами депресії та деякими факторами посттравматичного зростання. Зокрема помірні негативні кореляції були виявлені між симптомами тривоги та депресії з факторами "Нові можливості", "Сила особистості", "Духовні зміни" та "Ставлення до інших". Значення цих зв'язків є статистично значущими, що свідчить про те, що збільшення цих факторів пов'язано зі зменшенням симптомів тривоги та депресії.

3. Був проведений регресійний аналіз, який підтвердив статистично значиму залежність між фактором "Ставлення до інших" і симптомами депресії. Загалом, результати регресійного аналізу вказують на те, що "Ставлення до інших" має певний вплив на симптоми депресії, але його роль у поясненні цих симптомів є обмеженою. Для отримання більш повної картини впливу різних факторів на депресію, можна розглянути інші можливі залежності та врахувати інші змінні, які можуть впливати на розвиток цих симптомів.

4. На підставі проведених t-тестів було встановлено, що середні

значення симптомів тривоги виявились статистично значущо нижчими у внутрішньо переміщених осіб порівняно з біженцями за кордоном. З іншого боку, не було виявлено статистично значущої різниці у симптомах депресії між цими двома групами. Отже, у внутрішньо переміщених осіб спостерігається менш виражений рівень тривожності порівняно з біженцями за кордоном, але немає значної різниці в проявах депресивних симптомів між цими групами. Одночасно згідно з результатами t-тесту, не було виявлено статистично значущої різниці у проявах посттравматичного зростання між внутрішньо переміщеними особами та біженцями за кордоном. Обидві групи мають приблизно однаковий рівень цього показника.

5. Статистично значущих кореляційних зв'язків між симптомами тривоги/депресії та між аспектами посттравматичного зростання знайдено не було. Тому у даній вибірці в сучасних умовах вік не впливає ні на посттравматичне зростання, ні на симптоми тривоги або депресії

6. Було досліджено, соціально-демографічні показники, що потенційно можуть впливати на рівень симптомів тривоги та депресії і посттравматичного зростання. Вік не виявив статистично значущого зв'язку з рівнем тривоги та депресії серед біженців. Незважаючи на існування дуже слабкого позитивного зв'язку між цими змінними, він не досяг статистичної значущості.

7. Були розроблені рекомендації щодо роботи психолога з біженцями за кордоном та внутрішньо переміщеними особами. Психологічне консультування або психотерапія біженців є доволі складним процесом. Перш за все слід завжди пам'ятати специфічні особливості, які, як правило, характерні для даної групи населення, а саме: відчуття ізольованості через зміну місця проживання, симптоми дистресу, пов'язані з адаптацією до нового середовища (які також часом викликають почуття відокремленості, втрата, розрив або зменшення зв'язку з родиною(що часто трапляються у біженців) посилюють почуття самотності, покинутості та загубленості. Всі ці процеси можуть бути змінені завдяки терапевтичним стосункам Надзвичайно важливо сприяти соціальній інтеграції та адаптації біженців до нових умов життя, створювати разом із біженцями їхні нові копінг-стратегії для подолання стресу, тривоги, депресії тощо.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. [Trauma and Transformation: Growing in the Aftermath of Suffering.]
2. Tedeschi, Richard G., and Lawrence Calhoun. "Posttraumatic growth: A new perspective on psychotraumatology." *Psychiatric times* 21.4 (2004): 58-60.
3. Boerner, Michaela, Stephen Joseph, and David Murphy. "A theory on reports of constructive (real) and illusory posttraumatic growth." *Journal of Humanistic Psychology* 60.3 (2020): 384-399.
4. Tedeschi, Richard G., et al. *Posttraumatic growth: Theory, research, and applications*. Routledge, 2018.
5. Papadopoulos, Renos K., ed. *Therapeutic care for refugees: No place like home*. Routledge, 2018.
6. Montgomery, Edith. "Refugee children from the middle east: Edith Montgomery: rehabilitation and research centre for torture victims, Copenhagen, department of epidemiology and social medicine, Aarhus University." *Scandinavian journal of social medicine. Supplementum* (1998): 1-152.
7. Calhoun, L., & Tedeschi, R. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*(15), сс. 1-18.
8. De Vanna, M., Causer, M., & Spreafichi, A. (June 1995 p.). Traits of personality in hypochondriacal subjects. *Minerva Psichiatrica*, 36(2), сс. 63-69.
9. Zigmond, Anthony S., and R. Philip Snaith. "The hospital anxiety and depression scale." *Acta psychiatrica scandinavica* 67.6 (1983): 361-370.
10. Herrmann, Christoph. "International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale-a review of validation data and clinical results." *Journal of psychosomatic research* 42.1 (1997): 17-41.
11. Tedeschi, Richard G., and Lawrence G. Calhoun. "The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma." *Journal of traumatic stress* 9 (1996): 455-471.
12. Zubovskiy, Dmitro. "АДАПТАЦІЯ ТА АПРОБАЦІЯ УКРАЇНОМОВНОЇ ВЕРСІЇ МЕТОДИКИ "ОПИТУВАЛЬНИК ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ". " *Psychological journal* 4.7 (2018): 121-135.

13. Chan, K. Jacky, Marta Y. Young, and Noor Sharif. "Well-being after trauma: A review of posttraumatic growth among refugees." *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne* 57.4 (2016): 291.
14. Франкл, Віктор. *Людина в пошуках справжнього сенсу. Психолог у концтаборі*. Family Leisure Club, 2016.
15. Finkel, Norman J. "Strens, traumas, and trauma resolution." *American Journal of Community Psychology* 3.2 (1975): 173.
16. . Linley, P.A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 17. P. 11-21.
17. Hirad, Sara, et al. "Refugee posttraumatic growth: A grounded theory study." *Transcultural Psychiatry* 60.1 (2023): 13-25.
18. Acarturk, Ceren, et al. "Prevalence and predictors of posttraumatic stress and depression symptoms among Syrian refugees in a refugee camp." *The Journal of nervous and mental disease* 206.1 (2018): 40-45.
19. Beiser, Morton. "Influences of time, ethnicity, and attachment on depression in Southeast Asian refugees." *The American journal of psychiatry* (1988).
20. <https://drive.google.com/file/d/1hsNwEdq32p4a5aua24NIQpd61tiyY8mW/view>
21. Галицька І. Психологічні чинники соціальної адаптації. Львів : львівський ун-т ім . Івана Франка (kfpsh@franko.lviv.ua). znc.com.ua веб-сайт. URL : <http://znc.com.ua/ukr/publ/periodic/shpp/2005/1/po91.php> (дата звернення : 15.10.2022).
22. Тімченко, Олександр Володимирович. "Душевні рани війни (психологічна пам'ятка для роботи з українськими біженцями)." (2022).
23. Bielikova, Nataliia, et al. "Якість життя населення, яке постраждало від військових дій." *Physical education, sport and health culture in modern society* 1 (57) (2022): 3-9.
- 24.