

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

Дипломна робота

На тему:

«Динаміка рівня стресу біженців під час групової терапії»

Виконала:

студентка курсу 4 курсу 5 групи

(спеціальність 053 «Психологія»

Освітня програма «Психологія»

Бордунова Тетяна Євгенівна

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-2025

ЗМІСТ:

Анотація		4
Вступ		5
Розділ 1.	ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПІДХОДІВ ДО ВИВЧЕННЯ ДИНАМІКИ РІВНЯ СТРЕСУ БІЖЕНЦЯ ПІД ЧАС ГРУПОВОЇ ТЕРАПІЇ	9
	1. Поняття стресу. Види стресу. Поняття дистресу	9
	2. Види психологічної терапії. Види групової терапії	12
	3. Переживання стресу біженцями.	18
	4. Психоемоційні проблеми біженців.	21
	5. Групова динаміка рівня стресу біженців під час групової терапії	25
	Висновки до Розділу 1	29
Розділ 2.	МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІКИ РІВНЯ СТРЕСУ БІЖЕНЦІВ ПІД ЧАС ГРУПОВОЇ ТЕРАПІЇ	31
	1. Організація та вибірка дослідження	31
	2. План проведення психологічної групи підтримки	35
	3. Характеристика методик дослідження	39
	Висновки до Розділу 2.	41
Розділ 3.	РЕЗУЛЬТАТ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІКИ РІВНЯ СТРЕСУ БІЖЕНЦІВ ПІД ЧАС ГРУПОВОЇ ТЕРАПІЇ	44
	1. Якісний аналіз зворотнього зв'язку від респондентів	44
	2. Порівняльний аналіз самопочуття респондентів до та після участі в груповій терапії	49

	3. Порівняльний аналіз рівня дистресу до та після у груповій терапії	53
	4. Аналіз копінг-стратегій учасників психологічної групи підтримки	58
	Висновки до Розділу 3.	61
Висновки		64
Джерела		67
Додатки		75

АНОТАЦІЯ

У дипломній роботі досліджено динаміку рівня стресу біженців у контексті участі в груповій терапії. Актуальність теми зумовлена високим рівнем психоемоційного навантаження серед українських біженців, які пережили травматичні події війни та вимушеного переселення. У теоретичному розділі проаналізовано поняття стресу та дистресу, особливості психоемоційного стану біженців, а також можливості групової терапії як ефективного інструменту психологічної підтримки.

Метою дослідження було проаналізувати зміну рівня стресу біженців під час участі у груповій терапії та оцінити ефективність психотерапевтичних інтервенцій. У дослідженні взяли участь 14 українських біженців у місті Кельн. Застосовано шкалу психологічного дистресу Кесслера (К10), методика визначення копінг-стратегій за Д. Амірханом, анкету самопочуття, а також якісний аналіз зворотного зв'язку.

Отримані результати свідчать про позитивну динаміку: зниження рівня дистресу, покращення емоційного стану та виокремлення адаптивних копінг-стратегій. Практична значущість роботи полягає в можливості застосування розробленої програми підтримки для організації психологічної допомоги вимушеним переселенцям.

Ключові слова: стрес, дистрес, біженці, групова терапія, групова динаміка, психологічна підтримка, копінг-стратегії.

ВСТУП

Актуальність:

Наразі в Україні вже 11 років триває війна, українці постійно перебувають у стані стресу та нерозуміння того, що робити для виживання. На момент початку повномасштабної війни у 2022 році, багато людей були вимушені переселитись в інші країни. Українці стикаються з втратою близьких, рідних та знайомих, багато хто втрачає зв'язок з ними через переїзд. Дослідження Громадської організації ОПОРА показало, що за кордоном наразі перебуває понад 8 мільйонів осіб, переважна більшість із них - повнолітні. Ці українці, беззаперечно, переживають стрес, зокрема через втрату живого контакту з рідними, переїзд в абсолютно нові умови існування та соціуму, труднощі у налагодженні свого нового життя за кордоном, у різних країнах.

У таких умовах психічне здоров'я є вразливим до проявів стресу, зокрема дистресу, проявів психоемоційних розладів, що потребує підтримки ззовні. Групова терапія в подібних обставинах стає ефективним інструментом для подолання навантаження, а наявність соціально-психологічної підтримки дозволяє зменшити рівень стресу, покращити адаптацію до нових умов життя та сприяє відновленню цілісної особистості.

В Україні дослідження схожої проблематики займались: кандидат філологічних наук А.Ю. Кобзар, М. І. Сметанська, М. Г. Маковій - вони досліджували особливості психологічного благополуччя в Україні; кандидат психологічних наук та професор В.А. Оверчук та Н.З. Боярський - окреслили особливості надання психологічної підтримки вимушеним мігрантам; доктор філософії Л.М. Бахмутова охарактеризувала тему характерних психологічних порушень. Міжнародні науковці, які досліджували тематику групової терапії: доктор філософії Boris Drozdek - досліджував ефективність групової терапії серед біженців та шукачів притулку; Wegdan Hansha, Jannicke Igland - їхнє дослідження присвячене оцінці ефективності групової терапії серед сирійських біженців;

Pascal Schlechter - розширив поняття психологічного дистресу серед біженців; Fareeda Abo-Rass - провела дослідження групи підтримки поміж однолітками серед іммігрантів та біженців.

Тож актуальність роботи полягає, в першу чергу, у дослідженні динаміки рівня стресу, що виникає при вимушеному переселенні та впливає на психоемоційний стан біженців. Групова терапія, групи психологічної підтримки та дослідження ефективності вищезазначених методів терапії є важливими для розробки ефективних психосоціальних інтервенцій та спеціальних програм для відновлення психологічного благополуччя української нації, залежно від місця їх перебування.

Мета: Проаналізувати динаміку рівня стресу біженців під час групової психотерапії та з'ясувати ефективність психологічних інтервенцій під час групової терапії.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз динаміки рівня стресу біженців під час групової терапії.
2. Проаналізувати рівень стресу та самопочуття біженців з України, які проживають в Німеччині.
3. Встановити ефективність впливу групової психотерапії на зниження рівня стресу та покращення самопочуття.
4. З'ясувати домінуючі копінг-стратегії в біженців з України.

Об'єкт: стрес як психологічний феномен

Предмет: динаміка рівня стресу у біженців під впливом групової терапії

Методи:

1. Теоретичне пізнання: аналіз, синтез, узагальнення наукових підходів та літератури до вивчення стресу, групової терапії, динаміки рівня стресу під час групової терапії;

2. емпіричні методи: шкала психологічного дистресу Кесслера (K10), індикатор копінг-стратегій за Д. Амірханом, розроблена анкета самопочуття, аналіз зворотного зв'язку.

3. математико-статистичні методи обробки даних: непараметричні методи аналізу даних, якісний аналіз зворотнього зв'язку, контент-аналіз, парний Т-Тест Стьюдента, тест Вілкоксона, порівняльний аналіз динаміки рівня стресу.

Дослідницька вибірка: у дослідженні прийняли участь 14 українських біженців, які перебували в місті Кельн. Вони брали участь у психологічній групі підтримки, яку було проведено від психологічного проекту благодійного центру Blau-Gelbes Kreuz. Вік учасників від 27 до 50 років, переважно жінки.

Наукова новизна: У межах дослідження було уточнено розуміння впливу групової терапії на динаміку рівня стресу українських біженців, які перебувають в умовах вимушеного переселення. У роботі акцент зроблено на емпіричному вивченні змін психоемоційного стану учасників під час участі у відкритій психологічній групі підтримки. Отримані результати розширюють уявлення про ефективність групових психотерапевтичних інтервенцій у роботі з біженцями. У дослідженні набули подальшого розвитку положення про динаміку рівня дистресу, як показника психоемоційного стану в межах психотерапевтичного процесу.

Практичне значення: Отримані результати можуть бути використані при організації психологічної допомоги біженцям. Запропонована програма сесій та психодіагностичні інструменти можуть бути адаптовані під запит короткострокового групового психологічного втручання для подальшої боротьби із занепадом психологічного стану біженців.

Достовірність і обґрунтованість результатів: Достовірність отриманих результатів забезпечується використанням надійних і валідизованих методів збору емпіричних даних, що дозволяють точно оцінити рівень стресу та психологічного стану учасників. Зокрема, у дослідженні застосовувалися такі

інструменти, як: шкала психологічного дистресу Кесслера (К-10) та методика визначення копінг-стратегій за Д. Амірханом — обидві методики адаптовані та перевірені в українських умовах, що гарантує їх наукову обґрунтованість. Також, було розроблено спеціальну анкету для оцінки самопочуття, яка дозволяє відстежувати зміни у стані учасників до і після кожного заняття. Збір даних здійснювався послідовно та систематично протягом усього періоду дослідження. Дотримано етичні принципи проведення психологічного дослідження.

Структура роботи: Робота складається із анотації, вступу, трьох розділів, висновків, списку джерел та додатків. Для написання роботи було використано 54 джерела. Основний зміст роботи викладено на 66 сторінках. Робота вміщує в собі 3 рисунки із результатами по методикам, 6 таблиць з результатами та 5 додатків. Загальний обсяг роботи 78 сторінки.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПІДХОДІВ ДО ВИВЧЕННЯ ДИНАМІКИ РІВНЯ СТРЕСУ БІЖЕНЦЯ ПІД ЧАС ГРУПОВОЇ ТЕРАПІЇ

1. Поняття стресу. Види стресу. Поняття дистресу

За даними Київського міжнародного інституту соціології в Україні зафіксовано, що наразі найбільша кількість з 2000 року людей, у 2024 році переживали принаймні 1 з видів стресової події. Це 87% людей, тільки 10% українців не переживають певний стрес та не знаходяться у стані постійного виснаження через це. Цифри неприємно вражаючі: 39% населення України пережили обстріли, 30% - довготривала розлука з близьким, 26% - смерть близьких людей, 23% - пережили важку хворобу близьких, люди у 2023 - 2024 році переживали 2-3 стресові ситуації, що може негативно впливати, як на психологічне здоров'я, так і на фізичне здоров'я (Піонітто, Новікова, 2025).

У сучасному світі люди постійно стикаються із впливом стресу на них, стрес виникає як захисна природна реакція на зовнішні подразливі чинники різної природи. Стрес є механізмом, за допомогою якого людина пристосовується до нових умов існування, що здійснюється за рахунок нейрогуморальних реакцій. Наразі в Україні йде війна і багато людей стикається з таким стресом та такими умовами існування, які до теперішнього моменту не доводилось переживати. Через це у людини виникає більш серйозний та тяжчий для переживання підвид стресу, що називається дистрес. Дистрес виникає на фоні довготривалого впливу стресу на організм та через незвичайні умови життя, неможливість людиною отримати звичайні продукти, комфорт, воду, тепло, світло. Також дистрес може виникати внаслідок непередбачуваних обставин, які шокують людину, наприклад, війна, смерть близької людини, втрата важливих для людини аспектів життя. Варто зазначити, що стрес є короткотривалим явищем, а дистрес постійно й довготривало впливає на психіку людини та спричиняє негативний вплив на організм та психіку людину, що врешті призводить до психофізіологічних

захворювань. Дистрес є виснажливим для організму явищем, так як впливає на організм постійно та деструктивно (Нечитайло, Мирославська, 2022); (Голярдик, Стецюк 2019).

Поняття дистрес запропонував Ганс Сельє, від описав такий адаптаційний механізм як стрес, за що був кілька раз номінований на Нобелівську премію, його дуже поважали в науковому суспільстві. Ганс Сельє почав працювати над розв'язанням питання виникнення стресу із 1936 року, почав проводити дослідження на щурах. За Сельє стрес – це неспецифічна нейрогуморальна відповідь організму на дію стресових факторів різної природи (фізичних, хімічних, біологічних, соціальних), які діють на людину одночасно. Ганс Сельє поділив стрес на: еустрес, який позитивно впливає на людину, та який можна порівняти з ейфорією, він є корисним для організму та діє від позитивних подразників; також дослідник виділив поняття дистрес - цей вид стресу виникає у людини через негативні подразники, тривогу, такий стрес негативно впливає на людину та може викликати психічні захворювання. Але науковець зазначав, що обидва види стресу допомагають людині вижити та формують адаптаційний апарат. Послідовники продовжували вивчати вплив та природу стресу, і дослідники, і науковці дотепер вивчають цю тему (Даниляк, Маринець, Заячківська, 2016).

Дистрес витікає із стресу при дії певних чинників. До таких чинників можна віднести: неякісність та непередбачуваність певної ситуації, яка виникла та викликає стрес, завідома негативний результат певної події, яка викликала стресову реакцію, відчай та нерозуміння майбутнього, безпорадність перед проблемою, також до цього переліку можна додати те, що чинник стресу перевищує можливості організму адаптуватися до теперішньої проблеми і виснажує організм. Повне виснаження стресового апарату діє через довготривалий вплив стресу. Дистресу характерна нервово-емоційна напруга, через що вкрай зменшується працездатність людини та загальна активність, людина відчувається пригнічено, напружено. та повністю виснажуються

енергетичні ресурси. Людина в такому стані є емоційно нестійкою, можуть почати розвиватися психічні хвороби, неврози та фізичні захворювання. Варто зазначити, що дистрес вкрай негативно впливає не тільки на саму людину, а ще й впливає на соціальні зв'язки людини. Згодом вона знаходиться безпосередньо під впливом дистресу, можуть руйнуватися близькі стосунки та соціальні стосунки, через це, як висновок, людина може почуватися ще гірше, більш пригнічено та, начебто, опиняється у безвихідній ситуації, хоча для людини така положення речей так і відчувається (Наугольник, 2015).

На прикладі тварин, дистрес проявляється через дезадаптивну поведінку, тобто через довготривалий вплив подразника, стресу. У тварини притупляються адаптивні механізми. Такий дистрес виникає через довготривалу дію тривожності, страху, болі (Gebhart, 2000).

Варто виокремити види стресу окрім еустреса та дистресу. Налічується сім окремих різновидів - за специфікою протікання та способу набуття. За даними Національної бібліотеки медицини: перший вид - гострий стрес, який характеризується тимчасовими фізіологічними змінами, наприклад, ускореним серцебиттям, викидом адреналіну тощо, внаслідок дії стресового фактору; хронічний стрес - виникає внаслідок тривалої дії стресора на людину та може призводити до психологічних та фізіологічних проблем; далі варто зазначити про епізодичний гострий стрес - він виникає при переживання гострих стресових факторів, може впливати на ритм життя та негативно впливає на психологічний та фізіологічний стани; травматичний стрес - у людини з'являється внаслідок пережитої травматичної події, наприклад, природної катастрофи, аварії, насильницької дії, може спричинювати симптоми посттравматичного стресового розладу; вслід зауважимо екологічний стрес - виникає на фоні несприятливих умов навколишнього середовища, може спричиняти відчуття тривоги, психологічного та фізичного дискомфорту; потрібно звернути увагу і на психологічний стрес - розвивається внаслідок когнітивних та емоційних

факторів, далі має вплив на психічне благополуччя особистості; останній вид - фізіологічний стрес, який утворюється через дію певних зовнішніх або ж внутрішніх чинників на організм та провокує порушення гомеостазу (Chu, Marwaha & others, 2024).

2. Види психологічної терапії. Види групової терапії

Наразі виокремлено велика кількість видів психічної терапії та психологічної підтримки. Американська асоціація психологів виокремлює п'ять категорій у психотерапевтичній допомозі. (Encyclopedia of Psychology, 2009)

1. Психоаналіз та психодинамічний підхід. Характеризується зміною почуттів, думок, установок, сенсів, поведінки через виявлення та аналіз несвідомих процесів, мотивації та установок. Процес терапії проходить в тісних пацієнто-терапевтичних стосунках, де пацієнт переживає та розуміє природу своїх дій за допомогою психоаналітичних прийомів. Цей підхід базується на ідеях Зігмунда Фрейда, але був доповнений та переосмислений його послідовниками. Психодинамічний підхід включає в себе багато інтервенцій та методів допомоги з інших підходів, це, так би мовити, не уніфікований метод, який включає в себе теорії розвитку людини, психопатології, клінічні методології та техніки (Barold, Schechter, 2014).
2. Поведінкова терапія. Підхід сфокусований на дослідженні розвитку нормальної та аномальної поведінки. Значимими дослідниками, які вплинули на становлення цього підходу є Іван Павлов, який виявив поведінкові реакції на їжу у собак, а також Торндайк - запровадив оперантне обумовлення. Поведінкова терапія орієнтована на дії, де фокус уваги сконцентрований на поведінці, як проблемі. В процесі терапії, впроваджуються нові моделі поведінки для вирішення проблеми (Orland, Tortico, 2025).

3. Когнітивна терапія. Базує свої принципи на тому про що люди думають, а не роблять. Тобто, через зміну думок, можна змінити свої відчуття та дії. Основні постаті - Аарон Бек та Альберт Елліс. Цей вид терапії допомагає людям позбутися стратегій поведінки, які перешкоджають покращенню психічного здоров'я та впливають на наявність високого рівня стресу, тривоги чи інших психічних проявів. Зокрема, когнітивно-поведінкова терапія допомагає змінити помилкові переконання, тим самим, допомагаючи людині (Nakao, Shiotsuki, Sugaya, 2021).
4. Гуманістичний підхід. Ґрунтується на тому, що людина здатна робити раціональні висновки та має здатність максимально розвинути свій творчий потенціал. Основоположниками є гуманістичні філософи, наприклад, К'єркегор. У цей підхід входить гештальт терапія, екзистенційна терапія та клієнтоцентрична терапія. Цей підхід ґрунтується на індивідуалізованих якостях та благополуччя особистості, що сприяють розвитку творчого потенціалу та здоровому розвитку (Bland, Derobertis, 2017).
5. Інтегративна або холістична (цілісна) терапія. Ідея полягає в тому, що терапевти поєднують елементи з різних підходів та знаходять для кожного клієнта особливий й унікальний вид допомоги. Це додатковий підхід до лікування, де поєднується зв'язок між тілом, розумом та духом, з метою досягти єднання та благополуччя особистості. В цьому підході терапевт зосереджується не на симптомах, а на людині в цілому (Kakarla, 2024).

Крім вищезазначених підхів терапії, варто виокремити деякі підходи, які ефективно допомагають справлятися зі стресом. Перш за все, це когнітивно-поведінкова терапія, яка поєднує в собі дослідження думок та поведінки. Терапевт допомагає змінити думки, що в свою чергу знижує рівень негативних емоції та деструктивної поведінки.

EMDR - терапія десенсибілізації та переробки руху очей. Це техніка, яка призвана допомогти людям з ПТСР (посттравматичний стресовий розлад).

Практика завбачує, що людина згадує травматичну подію через рух очей, а потім у роботі з терапевтом заміняє побічні реакції на менш заряджені болісні спогади або позитивні реакції (Naghghi, 2024).

Для лікування хронічного стресу та ПТСР терапевти використовують експозиційну терапію, мета якої полягає в тому, щоб клієнт пережив стресову подію, не виправляючи при цьому нічого та не втручаючись в процес переживання. Така терапія покликана зрозуміти які тригери є у людини. Дослідники, після спостереження та вивчення процедури проведення цієї терапії, зробили висновки на основі метааналізу, що цей підхід може бути корисним при багаторазовій травматизації особистості (Huang, Li, Tan, & others, 2022).

Варто згадати про інтерперсональний підхід в психотерапії, який фокусується на стресових подіях в житті, які переживаються в горі, загостренні існуючих симптомів або ізоляції. Терапевт будує стосунок з пацієнтом. Через міжособистісні зв'язки формує в людини нові адаптивні міжособистісні стратегії для подолання проблем. Цей підхід широко використовувався для лікування депресивних розладів, але згодом при проведенні великого дослідження, інтерперсональний підхід показав свою ефективність і в терапії інших розладів (Cuijpers, Donker, Myrna & others, 2016)

Для зменшення проявів дистресу застосовується емоційно-орієнтована терапія. Підхід базується на роботі зі стосунками та самим собою, своїм self, з погляду на регулювання власних емоцій та емоційних реагувань відносно ситуації. Саме емоції відіграють певну роль у поведінкових реакціях та у запам'ятовуванні. Емоційні прояви також стосуються конфліктних ситуацій, процесів прийняття рішень, комунікації із суспільством. Дослідження показало, що емоційно-орієнтована терапія може ефективно застосовуватись при наявності дистресу. Терапія допомагає покращити саморегуляцію та регуляцію своїх же емоцій стосовно інших (Naderian, Amini, Karimi, Rezaei, 2023).

Потрібно звернути увагу і на діалектико-поведінкову терапію, яка спочатку була створена та підтвердила свою ефективність для жінок з межовим розладом особистості, а потім підтвердила свою ефективність і для інших психологічних симптомів, зокрема дистрес. Основною метою терапії є розвинути розуміння, що життя варте самого життя. Ця мета досягається за допомогою розвитку мотивації до зміни проблемної поведінки, розширенні кордонів можливостей клієнта, впровадженні нових патернів поведінки та імплементації нових стратегій у життя. У дослідженнях цей підхід також показав свою ефективність та результативність (Rizvi, Bitran, Oshin & others, 2024)

Варто зауважити, що існує багато технік, методик, методів, інструментів та способів працювати з людиною та її проблемою, з якою вона прийшла. Головне підібрати людині такого психолога або терапевта, який допоможе саме цій людині, бо клієнт має право вільно це робити. Головною метою роботи терапевта є зменшити страждання на рівні афектів клієнта (Васьківська, 2007).

Групова терапія може бути направлена на вирішення багатьох психологічних проблем та, зазвичай, проводиться за участі одного або двох терапевтів, у групі від п'ятих до п'ятнадцяти учасників. Групові заняття можуть бути направлені на вирішення певної проблеми, наприклад, розлади харчової, депресивний стан, тривожні стани, дистрес, проблеми із залежностями тощо. Групова терапія також допомагає людям, які пережили насильство, втрату, важкі життєві обставини, а також з адаптацією до нових умов проживання, сильних емоційних переживань. Зазвичай психолог надає учасникам інструменти для подолання певної проблеми, наприклад, для групи із проблемами дистресу - методики для зменшення стресу та надання простору для переживання травми (Johnson, 2019).

Доказано, що групова терапія є ефективним методом надання допомоги та направлена на покращення стану учасника та зменшення симптомів проблеми. Важливим у груповій терапії є феномен групової динаміки, це допомагає в

розумінні того, куди рухатись терапевту. Варто зауважити, що для різної проблематики та теми запиту, з якими приходять люди, існують різні види групової терапії (Malhotra, Mars, Baker, 2024).

Є певне розділення в груповій психотерапії. Перш за все це групи без лідера: в цій категорії можна виокремити такі види груп, як “Дванадцять кроків” для людей із наркотичною або алкогольною залежністю тощо. Далі згадано у цій підкатегорії про групи підтримки, де люди збираються для підтримки одне одного у складних життєвих обставинах. Також зауважено про групи самопомоги без лідерів. Виокремлюють психоедукаційні групи для людей, які хочуть отримати підтримку та зрозуміти психологічні причини свого стану, здолати незнання та отримати інформацію. Такі групи можуть бути: групи підтримки для хворих на онкологію, для людей із психічними розладами, групи для людей у кого родич або знайомий залежний або має хворобу, психічний розлад (Rosendahl, Alldredge, Burlingame, Strauss, 2021) .

За видами групової терапії, підходи можуть бути, такі як: групи підтримки, когнітивно поведінкова терапія, інтерперсональна групова терапія, психодинамічна групова терапія. При розгляді груп підтримки можна зазначити, що такі групи є відкритими, тобто в будь-який момент може прийти новий учасник, група не має чітких часових кордонів, немає тривалої підготовки до групи, проблеми обговорюються по мірі їх виникнення. При когнітивно-поведінковій груповій терапії - правила та вимоги до учасників дещо чіткіші: група закрита, є обмежена тривалість по часу, є певна проблема звернення до групи підтримки, наприклад, компульсивні переїдання, тривога, депресія тощо. В інтерперсональному підході групової терапії також є певні обмеження та вимоги: група закрита, обмежена у часі, потребується підготовка до перших груп, а терапевт працює в певною визначеною проблемою, наприклад, панічні атаки, анорексія, дистрес. Далі психодинамічна групова терапія, яка обмежена у часі, але тривалість її зазвичай дуже затяжна, група працює у двох форматах -

закритому та відкритому, працює з різними запитами від учасників (MacKenzie, 2002).

Переважно при груповій терапії стільці розташовуються по колу, так щоб не було перешкод для спілкування та кожен учасник бачив один одного. Група починається з того, що учасники можуть представлятися, якщо це закрита група, то на першій зустрічі, якщо відкрита, то з кожним новим учасником. При постійному відвідуванні групи - на початку учасники розповідають те, що сталося у перерві між зустрічами. Далі, в залежності від виду групової терапії та керуючого психолога, в групі розвивається діалог та імплементуються певні психологічні методики, техніки, практики тощо. Це залежить від мети групової терапії (Cherry, 2024).

Було проведено дослідження, метою якого було встановити чи допомагає групова когнітивно-поведінкова терапія для: подолання стресу, формування стратегій роботи зі стресом, підвищення рівня керування стресом, зокрема за напрямком на зниження рівня депресивності та тривожності. При дослідженні, групи були розділені на три контрольні вибірки: група з найвищими показниками симптомів, група, яка не піддавалась втручанням та остання - група, яка піддавалась втручанням. До проведення групової терапії, впродовж та після було проведено виміри рівня стресу, тривожності та депресивності за трьома опитувальниками. В результаті дослідження було надано висновок, що найбільш зменшились показники рівня стресу у групі із початково найбільшими показниками симптомів, середній рівень змін - у групі із певним втручанням та найменша значимість - у групі без втручання. Але, варто зазначити, що у групі без втручання, натомість, найбільше знизився рівень занепокоєння, водночас у інших двох з'явилися навички управління зі стресом. Зокрема, у дослідників є припущення, що психоосвітні групи, які проводились у межах дослідження, можуть впливати на учасників в довготривалій перспективі та розвивати у них

навички управління та зменшення рівня стресу та тривожності (Daele, Vansteenwegen, 2013).

3. Переживання стресу біженцями

Біженці - це люди, які вимушено покинули місце свого народження та виїхати з рідної країни через військові конфлікти, політичні переслідування, екологічні катастрофи, неможливість проживання в своїй країні. Люди змушені тікати та шукати прихистки. На червень 2024 року міжнародна організація UNHCR налічує близько 43,7 мільйонів біженців по всьому світу. Біженці не можуть повернутися додому та вимушені шукати прихисток, шукати країну нового перебування та переживати стресові та травматичні події, як психологічно, так і фізично (Refugee Agency, 2024).

Біженці переживають значне психічне та фізичне навантаження через: переїзд, абсолютну зміну середовища, соціуму, роботи, навчання, місця проживання, втрату звичайної рутини, запровадження нових звичок у життя тощо. Психологія стресу визначає ці два рівня стресу, як: об'єктивний вид та суб'єктивний вид набуття стресу. Перший вид стресу - об'єктивний, який виникає внаслідок об'єктивних причин, у випадку переселенців - це соціальні фактори середовища, тобто політичні чинники та надзвичайні обставини - війна. У суб'єктивні причини виникнення стресу - це випадки неможливості реалізації актуальних потреб. Ці потреби базуються на теорії Маслоу, тобто від базових до найвищих потреб людини, при такій ненормальній ситуації, як війна, у людей, перш за все, не закривається потреба в базовій безпеці та стабільності, нестачі їжі, води та сну (Наугольник, 2015).

Факторами стресу для українських біженців наразі можна виокремити такі чинники: адаптація до нових умов життя (нова країна, культура, суспільство, тощо), пережитий травматичний досвід (ПТСР, бойові дії, епізоди насилля, тощо), фінансові труднощі, психологічний тиск та дискримінація, соціальні стереотипи, невизначений соціальний статус та юридичні проблеми, втрата дому,

втрата стабільності, порушення соціальних зв'язків та розрив сімейних стосунків. Ці стресові фактори мають вплив на важливі особистісні аспекти, що потім має наслідки у різних сферах життя біженців (Оверчук, 2024).

Війна - це переважно конфлікти між політичними сторонами, що включає масштабні воєнні та довготривалі дії. Соціологи розглядають цей феномен як військові дії, які визначені та ініційовані до соціально визнаних норм. Це екстремально великий комплекс соціальних феноменів, який не може бути поясненим одним підходом або ж одним тільки визначенням (Frankel, 2025).

Війна - це надзвичайно ненормальне положення речей. Людина яка перебуває в стресі, може мати й певну травму, тобто пережити травматичну подію, такою є в даному випадку - переїзд. Вченими була описана решітка за Пападополусом, де описані 3 групи наслідків від травми: позитивна, нейтральна та негативна групи наслідків. Позитивна група наслідків - це певний розвиток та прогрес, який активований стресом. Виокремити цю групу можна за оцінкою позитивних результатів та надбань людини після переживання великого стресового періоду або ситуації. Тобто травматична або ж стресова ситуація стала поштовхом до особистісних змін. Далі - негативна група наслідків після травматичної або стресової події, коли людина після, може набути психічних розладів різного ступеня важкості. При роботі з людьми які мають негативну групу наслідків варто правильно оцінити ступінь важкості страждання людини для подальшої правильної стратегії лікування. І остання група наслідків - це нейтральна група, при якій всі переживання людини залишаються статичними, не змінюються погляди, цінності, емоційний стан. Варто зауважити, що групи можуть змінювати одна одну в процесі роботи з людиною. Найчастіше спочатку йде нейтральна група наслідків, далі негативна і в кінці психологічної роботи - позитивна (Кісарчук, 2015).

Агентство ООН UNHCR у справах біженців зазначає перелік можливих психологічних та поведінкових реакцій переселенця та вимушене переселення,

як реакцію на стрес, травму та втрату. До цього переліку входять такі наслідки, як: почуття провини, у контексті війни та перебування за кордоном в українців може виникати провина, що вижив або того, хто перебуває в безпечному середовищі, на відміну від родичів та знайомих, які перебувають в умовах війни. Далі - відсутність базового почуття довіри, яке веде за собою підвищену підозриливість, тривогу з приводу того, що може статися в майбутньому. Порушення концентрації на справах, які виконувались до травматичної події та загалом на певній діяльності, може проявлятися в перешкодах у навчанні, вразливості до стресу, обмеженості в організованому обміні та отриманні інформації. Таким чином, людина набуває дистресу, його ООН пропонує розпізнавати за певними симптомами: різкі зміни настрою, агресивність, соціальна ізоляція, апатія, збій у режимі харчування та сну, нездатність піклуватися про себе, зниження рівня енергії, пониження самооцінки, впевненості в собі та віри в майбутнє, неможливість піклуватись про себе, підвищена плаксивість. За цими критеріями, впродовж клінічного інтерв'ю або розмови з переселенцем, спеціаліст або волонтер має змогу зрозуміти, яка допомога потрібна людині та її сім'ї в подальшому (Refugee Agency, 2024).

У переселенців виокремлюють три фази стресового переживання при переселенні: передміграційна фаза, фаза під час міграції та фаза після міграції. Передміграційна фаза - охоплює період перед прийняттям рішення переїзду або ж це може бути вимушеною обставиною. Людина могла переживати тортури, окупацію, активні бойові дії, втрату близьких людей у неї на очах, голод, відсутність води, гуманітарну та інформаційну ізоляцію, насилля. Наступна фаза - під час міграції, цей період охоплює період переходу з країни походження до країни переселення. Травматичним досвідом тут визначається: довготривала та важка дорога, може ускладнюватись зовнішніми факторами - небезпекою, обстрілами, загрозою життя, відсутністю гуманітарних коридорів, при виїзді з окупації, тимчасовим проживанням в таборах для біженців або інших місцях,

розлукою з близьким та знайомими людьми. Фаза після еміграції характеризується набуттям стресу від втрати соціального статусу та ролі, економічні труднощі, злидні, невідомість майбутнього, труднощі з документацією та місцем проживання, занепокоєння щодо близьких, які залишились в країні походження, відсутність соціальної підтримки, незнання мови країни перебування. Ці фази є ненормальними умовами для людини, вони викликають стресовий та травматичний досвід, який у свою чергу може призвести до психологічних, психічних та фізичних проблем (Silove, Coello, Kaplan, Minas, 2019).

Було проаналізовано статтю про переживання стресу біженцями, було виокремлено, що багато підлітків та дітей, які були змушені переселятися мають депресивні, тривожні розлади та симптоми ПТСР, особливо це проявлено в порівнянні з дітьми та підлітками, які не є біженцями. У дорослих простежується ще більший рівень та відсоткові значення наявності та переживання тривожного розладу, депресії та симптомів ПТСР в порівнянні з дорослими людьми, які не були змушені переселятися та тікати. Дослідження показує, що один з трьох біженців має підтвержену депресію та/ чи ПТСР, двоє з десяти мають діагностований тривожний розлад. Результати досліджень показують, що біженці мають психологічні труднощі, що ускладнюють можливість до адаптації у нове суспільство та функціонування загалом (Henkelmann, Best, Deckers & others, 2020)

4. Психоемоційні проблеми біженців

У результаті отриманого стресового та травматичного досвіду людина, яка є переселенцем може набути психоемоційних проблем, тобто - труднощів у сфері емоційного стану та психологічного самопочуття, функціонування та роботи всього організму. До психоемоційних проблем відносять: тривожність, депресивні стани, емоційну нестабільність, дистрес, проблеми з самооцінкою, психосоматичні прояви. Цей стан виникає внаслідок переживання дуже

негативних емоцій та дистресу. Причиною розвитку емоційних розладів стає нездатність людиною контролювати та контейнувати власні емоції через виснаженість, тому що психіка вже не є здатною до цього через перенесений стресовий та/або травматичний досвід (Bullis, Boettcher, Sauer, David, 2019).

Наразі за даними досліджень, рівень міграції дуже високий. Люди стикаються з політичними переслідуваннями, військовими конфліктами, екологічними катастрофами. Цей показник й надалі зростає, суспільство стикається з проблемою надання різного типу допомоги біженцям: медичне супроводження, психологічна допомога, а також надання житла, роботи та гуманітарної допомоги. Серед біженців та переселенців простежується найвищий рівень депресивних розладів, тривожних та психосоматичних розладів. У дослідженнях також зазначається, що переселенці які були вимушені покинути свою країну через низький економічний рівень, мають менші показники психоемоційних розладів, ніж ті, хто переїхав через насильницьку та військову ситуацію. Психоемоційні проблеми розвиваються через відсутність соціальної підтримки, незнання мови, економічний дистрес, безробіття та невідомість майбутнього (Sukiasyan, 2024).

Переселенці також стикаються з соціальними проблемами, які викликають кризу ідентичності та нерозуміння ситуації. В результаті міграції виникає проблема зі втратою культурної ідентичності. Втрачаються культурні звичаї, мова, вірування, які мають бути адаптовані людиною під приймаючу країну. Втрата культурних надбань супроводжується кризою ідентичності, низьким рівнем самооцінки та високим рівнем стресу, що в результаті може призвести до розвитку певних психоемоційних розладів, зокрема депресії. Також, зі втратою матеріальних речей, переселенці втрачають символічні сенси, спогади, соціальні зв'язки. Це може призводити до втрати почуття приналежності, сенсу буття та єднання з соціумом, що в свою чергу викликає стрес та психологічний дискомфорт (Anisman, Doubad, Asokumar, Matheson, 2024).

За даними дослідження емоційних станів переселенців у Німеччині Ужгородським національним університетом було встановлено, що переселенці демонструють високі показники тривожності, ригідності та фрустрації. Найвищий показник емоційного стану - це агресивність, наступний - тривожність. Це свідчить про те, що людям у міграції властиві труднощі у взаємодії з оточенням, стан роздратованості, емоційна напруга, перманентне передчуття поганого, також такий емоційний стан має вплив і на фізичний - надмірне потовиділення, прискорене серцебиття тощо. Зокрема, дослідження демонструє занижену самооцінку опитуваних, яка впливає на працездатність. Безперечно, виявлені такі дії, як уникнення труднощів, відмова та відкладання рутинних та важливих задач, вивчення мови, працевлаштування. Через певну ригідність мислення підсвічується і проблема у гнучкості мислення, зміни переконань, думок та установок. Із стресових факторів, дослідження виявило такі фактори, як: непередбачуваність подій, непрогнозованість міграції, нестабільність майбутнього та складнощі в адаптації до німецького суспільства. Зокрема у переселенців було виявлено високі показники провини, страху та сорому, що в подальшому можуть негативно впливати на побудову життя (Педоренко, 2022).

На прикладі іншого дослідження, можна простежити, що ПТСР (посттравматичний стресовий розлад) є доволі поширеним серед біженців, це спостерігається не тільки серед українських біженців, а ще й серед переселенців з Сирії та Афганістану, які, на жаль, мали також цей показник у високому значенні. Зокрема, виокремлюється тривога та депресивні стани, як вже було зазначено раніше. Ці показники з'являються в результаті пережитої травми та як реакція на пережитий стресовий досвід. Травматичним чинником також є мовний бар'єр, більшість людей, які вимушено виїхали за кордон, не знають мови країни, в якій перебувають, що впливає на соціальну адаптацію, пошук роботи та життя в країні проживання (Лемещенко, 2024).

Дітей біженців дослідники розділяють на дві категорії. Перша категорія - це діти, які стикалися з бомбардуванням, небезпечною втечею з місця проживання та насиллям. Друга група дітей - це діти, які підпали під вплив соціальних мереж, батьків, важливих дорослих та дізнались про війну у такий спосіб, хоча також мали виїжджати через військові, політичні конфлікти, або ж екологічні катастрофи. Діти проходять через травматичний досвід разом із кризами дитячого та підліткового віку, що формує глибоке травматичне переживання та стресовий період, який може накласти відбиток на все подальше життя. Діти, які є біженцями, проходять через вторинну ретравматизацію, яка може завадити розвитку дитини. Діти переживають подвійну травму ще через проживання з травматизованими батьками або опікунами, що також має вплив на піклування про дитину, її розвиток та виховання, деякі діти втрачають батьків, що є травмою втрати, яке впливає дуже негативно (Hazer, Gredebäck, 2023).

Міністерство охорони здоров'я України прогнозує, що близько п'ятнадцять мільйонів українців будуть потребувати психологічної допомоги після пережитих стресових подій, більш того приблизно три - чотири мільйони будуть вимагати медикаментозного лікування через травму, яку зазнали. Посттравматичний досвід утворює бар'єр для розвитку та функціонування особистості, з чим варто працювати психотерапевтам та психологам як окремо, так і індивідуально. В гіршому випадку, люди мають спроможність стикатися із наркотичною та алкогольною залежностями через психоемоційне навантаження, що, в свою чергу, ймовірно, може заважати відбудовувати державу та відновлювати суспільство. Також, травми та ПТСР впливають на більш швидке старіння та утворення хвороб, раніше ніж в звичайному та спокійному середовищі, які найчастіше з'являються у людей похилого віку. Таким чином, психоемоційне виснаження відіграє негативну роль у психіці та організмі людини та, безпосередньо, провокує психічні та фізичні порушення. Це було було досліджено посеред сирійських біженців. Вчені зазначають, що з цим може

допомогти посттравматичне зростання, яке наразі активно опрацьовують (Клібайс, Краєва, 2024).

За даними одного із досліджень серед біженців було виявлено, що 52-54% біженців мають підвищений рівень тривожності та депресивності, 15% - мають підвищені показники за симптомами посттравматичного розладу, а також третя частина мають психосоматичні симптоми від пережитого стресу. Зокрема, результати показали набуття агорафобії - 49%, соціальної фобії - 49%, панічних атак - у 41%. Також було виявлено високий рівень коморбідності, тобто у людей, а саме 82%, було встановлено три або більше симптомів різних психічних розладів, причиною якого стала комплексна травма. Множинність хронічних стресових факторів, з якими біженці стикаються при переселенні та пошуці пристанища має вплив на їх психоемоційний стан, можуть загострюватись симптоми посттравматичного стресового розладу протягом адаптації в нових умовах мешкання. В тому числі, сильні сторони особистості, якими раніше керувалась людина для подолання труднощів, можуть зникнути внаслідок отриманої травми або ці паттерни вже не будуть корисними при проживанні в новому суспільстві, що також впливає на перетік стресового переживання, роблячи його ще гірше (Pichler, 2019).

5. Групова динаміка рівня стресу біженців під час групової терапії

Біженці стикнулись з жахливим стресом, який є нормальною реакцією на абсолютно ненормальні реалії, військові дії, виїзд з рідного міста під обстрілами, голод, економічна криза, окупації, насильство, тортури, зникнення рідних та близьких, втрата рідних, розбиті будинки, смерть та нерозуміння майбутнього. При перетині кордону, біженцям була надана допомога, яка і зараз продовжується, але в менших масштабах. Зокрема, була надана можливість відвідувати групи психологічних підтримок та групову терапію. Дослідження встановили, що групова терапія є ефективним методом допомоги біженцям, а саме в науковій роботі підсумовується 19 досліджень, які ефективно впливають

на зниження рівня дистресу, а саме методом соціальної підтримки та колективного копіngu (Kirsch, Kitchens, Kerr, Sivakumaran, 2024).

Безпосередньо, на динаміку стресу під час групової терапії впливають етапи, на яких знаходяться учасники групи. На прикладі дослідження ефективності групової терапії з уявною стабілізацією від симптомів дистресу та ПТСР, дослідники змогли виділити динаміку стресу серед біженців. Таких етапів виділяють три. Перший етап - коли людина тільки прийшла на групову терапію характеризується підвищеною тривожністю, та недовірою до групи. Рівень стресу на початку проведення групових занять є найвищим показником, що свідчить про пережиті, не менше чотирьох, травматичних подій. На другому етапі - учасники були опитані за допомогою відповідної шкали на рівень стресу, результати показали, що поступово розвивається почуття довіри до групи, зазначається зниження рівня тривожності та з'являється бажання до обговорення травматичних подій, які були пережиті. На завершальному етапі - після відвідування групових зустрічей, відзначається підвищення рівня самооцінки, розвиток навичок саморегуляції та загальне зниження симптомів стресу. Тобто техніки уявної стабілізаційної терапії довели свою ефективність на практиці, показали результати з пониження рівня стресу та покращення стану учасників (Zehetmair, Kaufmann, Tegeler & others, 2018).

Наступне дослідження, яке тривало на протязі шести років продемонструвало ефективність моделі Den Bosch, яка застосовувалась до травмованих біженців і шукачів притулку. Було виявлено, що найбільш значуще зниження рівня посттравматичного стресу, тривожності, депресії та інших психопатологічних симптомів спостерігається у групах, де поєднувалися вербальні методи, як групова психотерапія та невербальні методи, як арттерапія, музикотерапія, психомоторна терапія, з інтенсивністю дві-три терапевтичні сесії на тиждень. Учасники таких програм демонстрували - покращення психоемоційного стану, зростання групової згуртованості, зниження відчуття

ізоляції та формування підтримувального середовища. Натомість, підтримувальні групи з меншою інтенсивністю, або без акценту на опрацювання травми, не спричиняли суттєвих змін у психоемоційному стані (Droždek,, Bolwerk, 2010).

На прикладі аналізу статті, яка описує тестування нового підходу для допомоги біженцям з симптомами ПТСР та психосоматичних розладів було проведено групову психотерапію, яка була направлена на подолання симптомів. Для перевірки гіпотези про те, що групова терапія працює, було використано мультимодальний підхід, а зокрема і замір психологічного дистресу. В результаті було отримані такі дані: учасники показали гарну відвідуваність, троє з семи респондентів показали зниження симптомів ПТСР, у двох простежувалося погіршення стану, при цьому соматичні симптоми були відповідні до динаміки симптомів ПТСР. Учасники висловлювали свою задоволеність лікуванням та було досліджено зменшення симптомів психологічного дистресу (Cabrejas, Daverio, 2024).

На прикладі когнітивно-поведінкової терапії було досліджено поліпшення стану біженців з країн Африки, Європи та країн Азії. За допомогою КПТ методів, було досліджено зниження рівня симптомів ПТСР, а також зниження рівня депресивних та тривожних проявів. Зокрема, було протестовано сімейну терапію, десенсибілізації та руху очей (EMDR), мультимодальні втручання та позитивної психології. Всі ці психологічні втручання показали позитивну динаміку - зниження рівня тривожності, депресивних станів, стресових та травматичних переживань та дистресу. Зокрема, учасникам були надані техніки саморегуляції, які також показали результати у зменшенні деструктивних симптомів (Cowling, Anderson, 2023).

В дослідженні, яке проводилось на сирійській біженцях в Норвегії, переважно чоловіках, застосували метод терапії, яка була використана для навчання їх методам саморегуляції та стабілізації стану під час стресу або

травматичних переживаннях. Результати показали, що були присутні поліпшення у психологічному стані, але не простежилось зниження ефекту симптомів травми. Також було зазначено, що хронічні болі залишились. Хоча, результати контрольної та інтервенційних груп показали позитивну динаміку в лонгітюдному дослідженні (Hasha, Iglund, Fadnes, & others, 2022).

Дослідники провели метааналіз для виявлення чи працює групова терапія для зниження депресивних проявів та тривоги. У результаті було отримано дані, які підтвердили ефективність роботи групової терапії, зокрема когнітивно-поведінкової терапії на зниження рівня депресії у біженців, менший ефект для шукачів прихистку. Але дослідники виявили, що на тривожні розлади ефект від групових інтервенцій нижче. Також дослідники зазначили, що є лімітація на дослідження ефективності групової терапії з приводу соматизації після отриманого травматичного та стресового досвідів (Sambucini, Aceto, Begotaraj, Lai, 2020).

Дослідниками була розроблена група підтримки біженців серед однолітків. Лідерами групи стали однолітки, тобто всі присутні біженці у групі були одного віку, з однієї громади та переселенцями. Завдяки груповій терапії, люди знайшли друзів та знайомих, що зменшило рівень соціальної ізоляції, вони знайшли того, з ким можна розділити пережитий досвід, було отримана необхідна підтримка, яку прагнули знайти ці люди. Тож така модель групової терапії та підтримки показала позитивні та значущі результати у покращенні функціонування біженців та мала вплив на появу у них підтримки, спілкування та зменшення проявів соціальної ізоляції. Зокрема, у групі було враховано ідентичність культурних аспектів (Hazer, Gredebäck, 2023).

Висновки до Розділу 1.

У результаті теоретичного дослідження та опрацювання наукових джерел можна зробити висновок, що групова терапія широко застосовується для допомоги біженцям, які були змушені переселятися в інші країни. Із України

виїхало близько восьми мільйонів українців, які поселилися переважно в Німеччині, Польщі, Словаччині та Чехії. Ці країни надають соціальні, гуманітарну та психологічну підтримку. Люди стикнулися з психологічним дистресом, травматичними подіями та наслідками війни, які впливають на психічний та фізичний стан. У подальшому високий рівень стресу може викликати психічні розлади, такі як депресивні стани, тривожні розлади, посттравматичний стресовий розлад та психосоматичні розлади. Загалом, довготривалий стрес негативно впливає на соціальні функції, рутинні справи, адаптацію до нового середовища та соціальну взаємодію, людина може набути алкогольної та наркотичної залежності.

Стрес та травматичний досвід, з яким стикаються біженці, зумовлений пережитими травматичними подіями, які пережили біженці до переїзду, під час переїзду та після прибуття до нової країни. Сюди включають, перебування людини при активних бойових діях, обстрілах, окупації, відсутність зв'язку із зовнішнім світом, відсутність або неможливість закриття базових потреб (їжа, вода, сон, відпочинок, безпека). Під час переїзду біженці стикаються з довготривалою, часом небезпечною, і важкою дорогою та пошуком безпечного місця, нерозумінням куди рухатись та страхом.

Після прибуття до нового місця перебування людина переживає невідомість майбутнього, важкість у пошуку житла, оформлення документів, складність у адаптації до нового середовища, незнання мови країни перебування, соціальну стигматизацію, почуття провини того, хто вижив, страх за близьких та знайомих, які залишилися у країні, де триває війна, кризу ідентичності та відсутність відчуття приналежності до суспільства. Страхів, переживань, тривоги та стресу у біженців налічується вкрай багато, люди знаходяться у невідомості та не розумінні майбутнього.

Волонтерські центри, психологи і психотерапевти організовують психологічні групи підтримки, терапевтичні групи та надають підтримку

біженцям. Можна виокремити різні напрями групової терапії: терапевтичні групи у когнітивно-поведінковому підході, психодинамічному, інтерперсональному, психоедукаційні групи, групи підтримки. Дослідження показують їх ефективність у допомозі біженцям у справлянням з буденними справами та зниженням рівня стресу і тривожності через психоемоційну підтримку та через колективний копінг.

Групова терапія допомагає біженцям з багатьма психоемоційними проблемами: соціальна адаптація, зниження тривожності, рівня стресу, депресивного стану, зниженої самооцінки, опрацювання травматичного досвіду в колі людей, які також подібні події, надання методів для саморегуляції та розуміння свого поточного стану.

Таким чином, групова терапія та групи психологічної підтримки, які складаються та проводяться з використанням вербальних та невербальних методів можуть включати різноманітні інтервенції: проєктивні методики, медитації, тестування тощо. Такі методи мають на меті допомогти біженцям у зниженні рівня тривоги та стресу, формуванні в учасників нових конструктивних стратегій саморегуляцій, справлянні із емоційним навантаженням, стресовими переживаннями, розумінні своїх потреб, відстеження власних поведінкових патернів, психологічного стану та емоцій, підвищення самооцінки, подальшому працевлаштуванні, адаптації до нових умов проживання та побудові планів на майбутнє життя.

РОЗДІЛ 2.

МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІКИ РІВНЯ СТРЕСУ БІЖЕНЦІВ ПІД ЧАС ГРУПОВОЇ ТЕРАПІЇ

1. Організація та вибірка дослідження

Для дослідження динаміки рівня стресу біженців була організована група психологічної підтримки для українських біженців у рамках проекту психологічної підтримки від благодійного фонду Blau-Gelbes Kreuz у Кельні, Німеччина. Для отримання даних, які проаналізовані в роботі, учасники були ознайомлені зі згодою на надання особистих даних. Усіх було проінформовано з приводу проведення дослідження, було обговорено конфіденційність та використання результатів виключно в наукових цілях. Згода учасників була обговорена та погоджена усно [Додаток А.].

Психологічна група підтримки проводилась протягом чотирьох місяців. Група була відкрита. Всього було проведено 13 групових зустрічей, які відбувалися за стандартами психотерапії, у певному місці, у призначений час один раз на тиждень. Тривалість групової зустрічі була півтори години, іноді зустрічі тривали до двох годин.

Для дослідження динаміки стресу участь взяли 6 учасників. Опитування на рівень стресу проводилось на початку групи психологічної підтримки та в кінці. Для оцінки ефективності кожної зустрічі було розроблено анкету самопочуття, у цьому опитуванні загалом прийняло участь 13 людей, причому не всі учасники заповнювали анкету кожного разу. Зокрема у групі психологічної підтримки були учасники, які ходили на постійній основі - 5 людей, та ті, які прийшли із цікавості від одного до трьох разів. Всього учасників налічується 14 осіб, із них двоє чоловіків та дванадцять жінок віком від 27 до 60 років. Учасники дізнались про групу психологічної підтримки із груп у соціальних мережах для українських переселенців у Німеччині. Вибірку респондентів можна простежити в таблиці 1. Половина учасників мають дітей, 6 учасників мали досвід психологічної

допомоги, респоденти зазначили цей досвід як позитивний. Не було зібрано інформацію про те, з яких регіонів України вимушені були переселятись учасники, але було проговорено, що більшість учасників перебувають в Німеччині від 3 до 2,5 років. Всі вивчають німецьку мову та отримують допомогу від держави.

Дослідження проводилось у співпраці з благодійним фондом Blau-Gelbes Kreuz, що забезпечило доступ до цільової аудиторії біженців з найбільш наближених міст до Кельна, а також умови для проведення групової терапії, зокрема місце для проведення психологічної роботи та всі необхідні матеріали. Процедура дослідження була реалізована з чітко визначеними цілями, окреслено часові проміжки для виконання поставлених завдань та визначено кроки для кожного етапу.

Етап 1. Підготовчий етап тривав один місяць. Ціль етапу: було проведено підготовку до початку проведення групової терапії. Було проведене теоретичне дослідження феномену стресу, напрямів групової терапії, та попередньо було опрацьовано методики для подальшого імплементації в терапію. Створено інформаційні матеріали для потенційних учасників, які згодом було розповсюджено. Інформування біженців проводилось, використовуючи соціальні мережі, зокрема групи біженців у Кельні та найбільш прилеглих маленьких міст на околицях. Далі було розроблено попередній, пілотний план дослідження та відібрано відповідні психодіагностичних інструментів. Було сформовано первинний зв'язок з учасниками, які проявили зацікавлення, та обрано локацію для проведення групової терапії.

Етап 2. Ознайомчий та вимірювальний етап, тривав 1 зустріч. Ціль етапу: була зібрана інформація про учасників, які прийшли на зустріч. Також було проведено збір даних про рівень стресу та психоемоційний стан учасників, опитано щодо зацікавленості в психологічній групі підтримки, зібрано контактну інформацію та загальні очікування від психологічної групи підтримки. Було

надано повну інформацію про мету та методи дослідження, сеттінг роботи групи підтримки, а також отримано інформовану згоду на участь.

Етап 3. Проведення групової терапії та збір даних. Тривалість 4 місяці, 13 терапевтичних зустрічей. Кожна зустріч тривала 90-120 хвилин. Ціль етапу: психологічне втручання з метою зниження рівня стресу та покращення психоемоційного стану біженців, створення безпечного простору та опрацювання травматичного досвіду за допомогою різних інтервенцій задля покращення психоемоційного стану. Було проведено методика Кеслера (К10) для оцінки рівня стресу на другій зустрічі та тринадцятій. Далі за допомогою методики Амірхана, проведено дослідження на виявлення домінуючих копінг-стратегій на третій зустрічі. Також перед кожною зустріччю та після неї учасникам запропоновано пройти опитування для оцінки психологічного та фізичного самопочуття. Крім того, було занотовано спостереження та індивідуальні реакції учасників, зворотній зв'язок від респондентів, що склав основу для контент-аналізу.

Етап 4. Завершення курсу групової терапії та обробка отриманих даних. Тривалість 2 місяці. Ціль етапу: проаналізувати отримані дані за методиками, які були пройдені респондентами, з метою дослідити вплив групової терапії та простежити динаміку психологічного дистресу та психоемоційного стану учасників групи, оцінити за допомогою контент-аналізу зворотній зв'язок від учасників. Було опрацьовано масиви отриманих даних, їх було розподілено для подальшого аналізу та визначено методи обробки та аналізу результатів.

Таблиця 1. Характеристика вибірки досліджуваних

Учасники	Вік	Стать	Сімейний статус	Наявність/ відсутність дітей	Досвід психологічної допомоги
1	31	жінка	самотня	відсутні	був досвід
2	38	жінка	розлучена	є 1 дитина	не відомо
3	38	жінка	вдова	є 2 дитини	був досвід
4	32	жінка	у стосунках	відсутні	був досвід
5	27	жінка	одружена	відсутні	не відомо
6	60	жінка	вдова	є діти	не відомо
7	48	жінка	розведена	є 1 дитина	не відомо
8	36	жінка	самотня	не відомо	не відомо
9	35	жінка	розлучена	є 2 дитини	був досвід
10	40	жінка	одружена	не відомо	не відомо
11	не відомо	жінка	самотня	є 1 дитина	був досвід
12	42	жінка	заміжня	не відомо	не відомо
13	50	чоловік	розлучений	є 1 дитина	не відомо
14	42	чоловік	самотній	відсутні	був досвід

2. План проведення психологічної групи підтримки

Для проведення психологічної групи підтримки було розроблено програму на 13 сесій. Цей план було погоджено із сертифікованим психотерапевтом та кандидатом психологічних наук. Під час першого відвідування зустрічі учасникам було запропоновано заповнити анкету, яка включала в себе особисті дані (ім'я, прізвище, сімейний стан, рід діяльності (зайнятість, професія), мета відвідування групової терапії, очікування та оцінку свого поточного психологічного стан та фізичного стану). Цю анкету було використано для розуміння того, які методики та інтервенції включати в роботу з учасниками групи, чого очікують та з якими запитамі буде проведена основна робота. Метою проведення психологічних інтервенцій стало зниження рівня стресу біженців, психологічна підтримка учасників, надання ефективних методів саморегуляції, підвищення мотивації у пошуці роботи та розуміння своїх власних потреб [Додаток В.].

Перша зустріч - це знайомство, під час якої учасники представились та розповіли про себе ту інформацію, яка вважалась їм за потрібну. Психологи розповіли про себе та своє навчання. Було представлено сеттінг та мету проведення психологічних груп підтримки. Було визначено, що метою є зниження рівня стресу учасників, покращення їх психологічного стану та відновлення внутрішніх сил для справляння з буденними задачами, полегшення в психологічній адаптації до нової країни, психологічна підтримка учасників.

Друга зустріч була присвячена проведенню тестування на рівень психологічного дистресу, який вимірювався за допомогою шкали психологічного Кесслера. Було проінтерпертовано результати для кожного учасника та визначено їх рівень стресу. Учасники поділились своїми результатами та методами боротьби зі стресом. Після було проведено вправу-медитацію "Безпечне місце", яка може в подальшому може застосовуватись учасниками.

Третя терапевтична зустріч переважно була присвячена психоедукації. Психологи представили невелику доповідь про стрес, види стресу та те, як дистрес може впливати на продуктивність та психологічний стан. Після цього також було розказано про копінг-стратегії та проведено тестування за методикою Індикатор копінг-стратегій за Д. Амірханом. Після було надано інструменти для самопомоги: техніки дихання, техніки самозаспокоєння та заземлення.

На четвертій зустрічі учасникам було представлено доповідь про емоції, їх вплив на життя, як зрозуміти та вербалізації. На початку зустрічі кожен учасник назвав емоцію, яку відчуває прийдшовши на зустріч. Учасникам було запропоновано пройти методику “Діагностика емоційних бар’єрів у міжособистісному спілкуванні за В.В.Бойко”, після чого було проведено шерінг з приводу емоційних переживань та інтерпретацію результатів учасників.

П’яту зустріч було проведено із методикою “Колесо балансу”. Було запропоновано виокремити вісім сфер життя та оцінити кожен від 1 до 10 балів. Кожен учасник отримав папір і олівці та намалював своє колесо, визначивши, в яких сферах є певна недостача. Визначили з якою сферою кожен учасник хотів би працювати, та на чому саме хотілось би сфокусувати увагу. Також, за допомогою колективної підтримки, учасники змогли виокремити свої сильні сторони, за допомогою яких вони здатні покращити сферу. Було надано рекомендації, як покроково покращувати життя та справлятися із прокрастинацією й низькою мотивацією.

На шостій зустрічі психологи працювали з учасниками за допомогою метафоричних асоціативних карт. Цей інструмент допоміг подивитись на проблему під іншим кутом та розгорнути фантазії та асоціації у психологічному колі. Учасники спочатку згадали проблему, яка у них є, потім обрали від двох до трьох карт, що стосуються цієї проблеми, а далі - карти для можливого вирішення. У результаті, за допомогою вільних асоціацій і метафоричного мислення, учасники розробляли стратегію вирішення проблеми.

Сьома зустріч була присвячена тому, як учасники транслюють себе соціуму. Було проведено вправу “Маска”: кожен намалював маску, яка відображає поточний стан та бажаний образ. Далі намальовані картинки були передані іншим учасникам, які описували власника картинки, що вони бачать, як зчитують особистість власника цієї маски. Вправа була спрямована на розуміння учасниками своєї репрезентації суспільству та який стан наразі є найтипівішим для них. Попередньо учасникам було зауважено про правила цієї методики, що людина, яка описує маску, говорить тільки від імені власне маски - аби не скривдити почуттів інших. Приклади масок прикладені у додатках [Додаток С.].

Восьма зустріч була проведена з використання асоціативного теста Юнга. Спочатку було пояснено теорію Юнга та ціль вправи. Кожен учасник обрав проблему, яка турбувала, та написав для неї 16 слів (асоціації, що лежать на поверхні), потім вісім слів (логічно пояснені асоціації), чотири слова (які почуття викликає проблема через асоціації), два слова (корінь проблеми) та одне слово (асоціація з проблемою на несвідомому рівні). Після цього було розібрано почуття учасників на підсвідомому рівні, що для них означає ця проблема та спосіб її вирішення.

На дев'ятій зустрічі було проведено проєктивну методику “Футболка”. Кожен учасник намалював собі образ футболки та написав фразу, яка б читалась при зустрічі з цією людиною, або яку б хотіла демонструвати сама людина. Після цього кожен учасник написав, не бачачи попередньої фрази, своє відображення цієї людини, кожен зробив те саме. Ці фрази мали позитивний характер та добрий посил для демонстрації сили учасника. Далі було проведено шерінг та деякі коментарі з приводу фраз, які могли б бути незрозумілі власнику цієї “футболки”.

На десятій зустрічі учасники писали свою історію та перетворювали її в комікс, а потім історії було розібрано за допомогою Ізраїльського інструменту подолання стресу Basic Ph. У кожного учасника було виокремлено найяскравіший, або декілька, ресурсних каналів. Їх існує шість - віра, емоції,

соціальна підтримка, уява, мислення та фізична активність. Було інтерпретовано історії, а учасники обговорили свої ресурсні канали, поділились своїм досвідом.

Одинадцята зустріч була проведена для того, щоб учасники мали змогу подивитись на себе по новому. В процесі групової терапії запрошений фотограф-волонтер, який теж був учасником групи підтримки, робив знімки кожного учасника, ловлячи їх емоційні реакції та переживання. Потім ці фото було відібрано фотографом та продемонстровано учасникам на роздрукованих знімках. Ця зустріч була для того, аби учасники побачили свої справжні живі емоції та себе. Після цього учасники прокоментували, як вони бачать самих себе та інших, які почуття у них це викликає.

Дванадцята, передостання зустріч, була проведена за допомогою метафоричних асоціативних карт. З ними учасники шукали свої ресурси через асоціативне мислення, фантазій та метафоричне мислення. Учасники витягали по три карти з колоди із заплющеним очима, а потім надавали свої інтерпретації. Інші учасники також могли підключатись до коментарів, надавати свої шляхи мислення для розширення можливостей віднаходження ресурсів при складних обставинах.

Остання, тринадцята, зустріч присвячена прощанню, розтаванню та підбиттю підсумків. На ній учасники поділились своїми відгуками після перебування в групі підтримки. Розповіли, що сподобалось, що не сподобалось, яку інтервенції були найбільш допоміжними. Також було проведено повторне тестування за допомогою шкали психологічного дистресу Кесслера, для простеження динаміки рівня стресу після роботи в терапевтичній групі. Учасники попрощались, а зустрічі підійшли до свого логічного завершення.

Зауважимо, що впродовж груп психологічної підтримки учасники отримували інструментарій для самопомоги та саморегулювання, які можуть застосовуватись й після закінчення зустрічей. Деякі учасники отримали, за потреби та власним бажанням, контакти кваліфікованих психіатрів для

подальшої діагностики психічного стану. Учасникам було надано техніки дихання, техніки заземлення, медитації, наприклад, безпечне місце. Зокрема, всі учасники добровільно та лише за бажанням ділились своїми результатами тестувань та методик.

Варто зазначити, що на кожній зустрічі було виділено час на короткий шеринг щодо психологічного та морального стану, подій та те, що турбувало впродовж тижня. В кінці зустрічі було також виділено час на рефлексію після певних інтервенцій та отримання фідбеку від учасників. Зазвичай, на шеринг та на опитувальник виділялось 30 хвилин на початку та 15 хвилин в кінці зустрічі. Також на початку та в кінці кожної зустрічі було проведено опитування самопочуття за допомогою розробленої анкети з 10 пунктів, що використовувалась для відстеження ефективності групової роботи.

3. Характеристика методів дослідження

Для дослідження динаміки рівня стресу впродовж груп психологічної підтримки було використано два тестування. Перше - для визначення рівня стресу, друге - для визначення копінг-стратегій учасників, а також спеціально створена анкета для відстеження самопочуття. Учасники були попереджені про конфіденційність та те, що результати будуть використані лише в наукових та дослідницьких цілях. Їх особисті дані оприлюднені не будуть. Всю інформацію від учасників було зібрано добровільно.

Перше дослідження було проведено двічі за допомогою шкали психологічного дистресу Кесслера, з метою простеження динаміки рівня стресу. Методика призначена для виявлення дорослих із значним рівнем психологічного стресу, містить 10 питань; кожне питання оцінюється від 1 до 5 балів. Шкала перекладена та валідизована українською мовою й була опублікована у наукових роботах, зокрема у статті “Психічне здоров’я та якість життя хворих на епілепсію під час повномасштабної війни в Україні” за авторства А. Дубенко, В. Харитонов, Р. Мореллі та інші, опублікована в 2024 році в Українському медичному

часописі. Також методику застосовано у статті “Формування резилієнтності студентської молоді методами фізичної терапії” авторства С.Б. Летенко, І.Ю. Хімич, статтю опубліковано в 2024 році в Науковому часописі НПУ імені М.П. Драгоманова. Дані збирались за допомогою аналізу заповнених учасниками бланків.

Друга методика була спрямована на дослідження копінг-стратегій учасників - як вони долають стрес. Це методика “Індикатор копінг стратегій за Д. Амірханом”. Методика містить 33 питання, призначена для діагностики найбільш домінуючої копінг-стратегії. Вона розподіляються на три групи: стратегія вирішення проблеми, стратегія пошуку соціальної та стратегія уникнення. Методика є валідизованою та перекладена українською мовою, широко застосовується в наукових роботах - наприклад, у статті “Психологічні особливості копінг-стратегій у підлітків-перфекціоністів” за авторства А.С. Вавілової, опублікована у 2019 році у Психологічному журналі при академії педагогічних наук України інституту психології імені Г.С. Костюка. Також методика була згадана у Журналі психології у 2015 році науковицею Т.В. Сінельніковою у статті “Психологічні особливості вибору копінг-стратегій в юнацькому віці”. Дані збирались за допомогою аналізу заповнених учасниками бланків.

Для відстеження самопочуття учасників було розроблено анкету самопочуття, яка учасники заповнювали на початку та в кінці зустрічі. Анкету було розроблено з метою оперативної оцінки емоційного та фізичного стану учасників. Анкета була адаптована до короткострокового контексту групової підтримки та до запиту учасників групи, щодо бажання покращити певні критерії психоемоційного стану. Ця анкета дозволяє фіксувати суб’єктивне сприйняття власного стану учасника на початку та наприкінці психологічної групи підтримки. Анкета складається з десяти тверджень, які спрямовані на самостійне оцінювання наступних тверджень: спокійний/схвильований,

працездатний/розбитий, радісний/сумний, сповнений сил/знесилений, задоволений/незадоволений, напружений/розслаблений, бадьорий/млявий, життєрадісний/похмурий, гарне фізичне самопочуття/погане фізичне самопочуття, я відчуваю підтримку від оточення/ я не відчуваю підтримку від оточення. Кожне твердження оцінювалось учасником від 1 до 7 балів, де 1 - поганий психоемоційний стан, наприклад, сумний, а 7 - гарний психоемоційний стан, наприклад, радісний. Зібрані значення використовувались для подальшого аналізу динаміки змін. Результати збиралися через заповнення Гугл Форми[Додаток D].

Висновки до Розділу 2.

У рамках наукового дослідження було ґрунтовно вивчено методичні засади аналізу динаміки рівня стресу біженців під час групової психологічної терапії та розроблено дизайн дослідження. Організація психологічної групи підтримки українським біженцям при благодійному фонді у Кельні, Німеччині, стала центральним елементом дослідження, реалізованого через організацію та проведення циклу групових сесій. Важливим етичним аспектом стало отримання усної згоди учасників, що гарантувало конфіденційність та дотримання прав осіб, які пережили травматичний та стресовий досвід. Усі інтервенції та відвідування групи психологічної підтримки були добровільними та призводили учасників до повторної травматизації. Протягом чотирьох місяців було проведено тринадцять групових зустрічей за певним сетингом, що дозволило спостерігати за довгостроковими змінами у стані учасників. Вибірка дослідження, що включала як постійних, так і епізодичних відвідувачів, надала можливість оцінити ефективність групової роботи для біженців. В основному вибірку склали 12 жінок віком від 27 до 60 років та 2 чоловіки віком 42 та 50 років. У половини учасників групи психологічної підтримки наявні діти.

Розроблена та погоджена з фахівцями програма психологічної підтримки була послідовною та різносторонньою, включаючи етапи знайомства,

психодіагностики, психоедукації, а також застосування різноманітних психологічних інтервенцій, потім - екологічне прощання. Було проведено початкове визначення рівня дистресу за шкалою Кесслера, отримання зворотного зв'язку від учасників, анкетування самопочуття та індивідуальний аналіз копінг-стратегій за Д. Амірханом. Психологічні інтервенції було зібрано з різних психотерапевтичних підходів для пропрацювання різноманітних станів та виявлення глибинних переживань. Кожна сесія була спрямована на поглиблення саморозуміння, роздулення травматичного досвіду з учасниками, комунікації в процесі виконання методик, глибинне розуміння своїх емоцій та надання практичних інструментів самодопомоги. Було впроваджено та використано проєктивні методики з різних напрямів психології, наприклад, "Колесо балансу", техніки з використанням метафоричних асоціативних карт, вправи "Маска", асоціативний тест Юнга, вправа "Футболка" та методика "Basic Ph". Ці психологічні методи дозволили учасникам досліджувати внутрішні переживання, ідентифікувати ресурси та розвивати стратегії подолання труднощів. Постійні шеринги та зворотний зв'язок від учасників забезпечили створення підтримуючої атмосфери та дозволили адаптувати програму до актуальних потреб учасників. При необхідності учасникам було надано контакти кваліфікованих психіатрів, індивідуальних психологів та організацій, які можуть забезпечити благополуччя учасника.

Для об'єктивного відстеження динаміки змін та подальшої обробки даних були обрані та застосовані надійні психодіагностичні методики: шкала психологічного дистресу Кесслера, яка дозволяє фіксувати рівень психологічного дистресу на початку та в кінці курсу, та Індикатор копінг-стратегій за Д. Амірханом, що виявив переважні способи подолання стресу для кожного учасника окремо. Додатково, була розроблена анкета самопочуття, що забезпечувала оперативну оцінку емоційного та фізичного стану учасників до та після кожної зустрічі. Наукова обґрунтованість обраних методик, підтверджена

посиланнями на сучасні дослідження. Таким чином, організація дослідження дає чітку структуру та дизайн дослідження подальшого процесу аналізу даних та напрям самого наукового дослідження.

РОЗДІЛ 3.

РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІКИ РІВНЯ СТРЕСУ БІЖЕНЦІВ ПІД ЧАС ГРУПОВОЇ ТЕРАПІЇ

Для емпіричного дослідження динаміки рівня стресу біженця під час групової терапії було використано непараметричні методи аналізу даних, зокрема контент-аналіз, парний t-тест Стьюдента та критерій Вілкоксона. Вибірка не є великою, а всі дані представлені в порядкових шкалах. Для аналізу було використано шкалу самопочуття, яку учасники заповнювали до та після кожної окремої зустрічі групи психологічної підтримки, рівень психологічного дистресу, а також проведено якісний аналіз зворотного зв'язку від респондентів, зібраного протягом проведення групи психологічної підтримки. Крім того, було виокремлено копінг-стратегії, які найчастіше використовувалися учасниками психологічної групи підтримки.

1. Якісний аналіз зворотнього зв'язку від респондентів

Було проведено якісний контент-аналіз зворотнього зв'язку, тобто аналіз відкритих відповідей, у групі психологічної підтримки. Кожен учасник надав свій зворотній зв'язок після 13 зустрічей. Результати було розділено за тематичною класифікацією, відповіді розподілено на три тематичні групи: позитивні відгуки, нейтральні відгуки та негативні відгуки. Якісний контент-аналіз було зроблено для глибшого розуміння змін психологічного почуття та змін учасників після психологічних груп підтримки, а також оцінки досвіду учасників, які приймали участь в проекті.

Варто зазначити, що в кінці кожної зустрічі проводився шерінг, і учасники ділились своїми почуттями стосовно проведеної обговорюваної теми та проведення певної інтервенції. Також варто зазначити, що після однієї з зустрічей один з учасників написав у спільну групу у соціальній мережі, яка використовувалась для комунікації, що психологи, які проводять групову терапію некваліфіковані, та зазначив, що на цій людині “проводять досліди”.

Також написав, що групова терапія не несе абсолютно ніякої користі. Після цього, цей учасник більше не приходив на зустрічі та вийшов із групи. Інші учасники заперечили йому та проголосували за виключення цього учасника з психологічного процесу. До цього учасник зазначав, що психологічна підтримка йому подобається та несе користь.

Більшість учасників залишили позитивні відгуки про надану психологічну підтримку та інструментарій, який учасники можуть використовувати й надалі. Учасники вказали на конструктивні зміни у своєму стані, розуміння себе та позитивний досвід перебування в групі психологічної підтримки. У частини учасників простежувались негативні відгуки, реакції та незадоволення від процесу, методик та тестувань. Також були присутні нейтральні відгуки, які не демонстрували особливої зацікавленості в процесі та в певних інтервенціях - учасники демонстрували помірний інтерес.

Для контент-аналізу категорії відгуків було сформовано шляхом індуктивного категоризування, тобто через формування змісту відповідей. Було узагальнено ключові сенси тем, які повторювались у відгуках, а цитати представлені в таблиці 2, демонструють прямі висловлювання відгуків учасників. Варто зазначити, що відсотки було обчислено від загальної кількості учасників - всього було 14 респондентів.

Отже, узагальнюючи відгуки та категоризуючи їх, було отримано три види типових відповідей.

- До позитивних відгуків увійшли такі типові фрази: “психологи допомогли мені розібратись у собі”, “групова робота мені допомогла”, “мені стало краще після відвідування зустрічі”, “групова терапія спонукала мене замислитись”, “після різних методик та занять, я зрозумів над чим варто працювати”, “після зустрічі, я почав робити певні кроки”, “я задоволений своєю роботою у групі підтримки”, “мені сподобалась методика, яку сьогодні запропонували”.

- До негативних відгуків увійшли такі типові фрази: “після зустрічі мені стало гірше”, “після групи підтримки мені стало важко виконувати щоденні задачі”, “методика мені не сподобалась”, “медитація викликала в мені тривогу”.
- До нейтральних відгуків увійшли такі типові фрази: “мені було комфортно на зустрічі”, “група підтримки була помірно цікавою”, “проведена методика мене не особливо зацікавила та не викликала емоцій, думок”

Зворотній зв'язок було отримано від 14 учасників за трьома попередньо описаними типами відповідей і розподілено у відсотковому співвідношенні. Позитивних відгуків отримано 50% (7 відповідей), негативних відгуків - 28,6% (4 відповіді), нейтральних відгуків - 21,4% (3 відповіді). Ці результати можна інтерпретувати як свідчення того, що група учасників продемонструвала високу психологічну ефективність, оскільки більшість відгуків позитивні. Зокрема було відзначено ефективність групового процесу, корисність психологічної групи підтримки, позитивну оцінку роботи консультантів, в учасників покращилось самопочуття, розвинулись навички рефлексії, а також учасниками було отримано певні інсайти, які ведуть до покращення психоемоційного стану.

Нейтральні відгуки, які було отримано від трьох осіб, можуть свідчити про групу підтримки як безпечного простору, але не як значущого досвіду, що може вказувати на поверхнєве ставлення до участі та потребу в індивідуальному підході до цих учасників. Учасники зазначили про комфортність групи, проте не було отримано цінності від проведених методик та інтервенції.

Негативні відгуки, що були отримані від чотирьох людей, служать свідченням про емоційну вразливість учасників, особливо емоційну виснаженість після відвідування зустрічей, що також може свідчити про запуск глибинних психологічних процесів та змін в майбутньому, а також служити поштовхом до переосмислення ситуації та досвіду. Зокрема, відгуки вказували на те, що має бути більш ретельна підготовка та відбір методик, технік до зустрічей

зі сторони спеціаліста, впровадження більш індивідуалізованого підходу, занурення в історію учасника.

У процесі дослідження використовувались різноманітні психологічні інтервенції, зокрема: метафоричні асоціативні карти, проєктивні методики, психодіагностичне тестування та рефлексивні обговорення. Для оцінки їх ефективності було проаналізовано зворотній зв'язок від учасників на якісному рівні.

Найбільш ефективною та позитивно сприйнятою технікою виявилось використання метафоричних асоціативних карт, що були використані неодноразово. Спостерігалася висока залученість до процесу. Учасники активно розмірковували про особисті сенси побаченого та було розкрито їх потенціал асоціативного мислення, потім приходили до висновку, де знаходили відповідь на своє питання чи проблему. Також учасники позитивно відгукувались і на психодіагностичні тестування, зазначаючи, що в такий спосіб можуть “більше дізнатись про себе”.

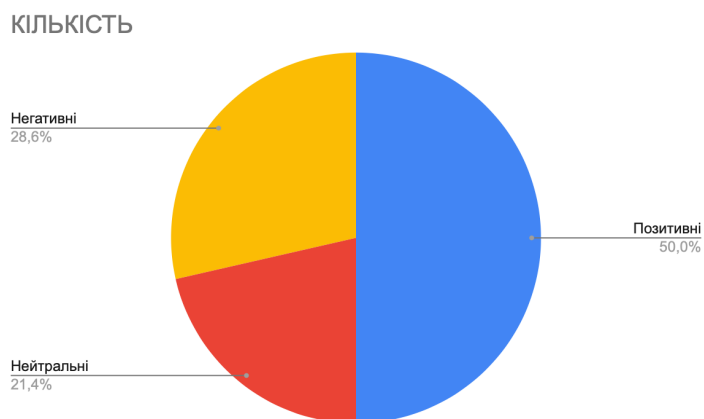
Учасникам найбільше не подобалися проєктивні методики, де від них вимагалось намалювати певний об'єкт чи предмет, бо за відгуками “це вимагало певних зусиль”. Це викликало незручність та певну тривогу в учасників, через необхідність візуального самовираження.

Водночас рефлексивна частина зустрічей викликала активність та зацікавленість. Учасники охоче брали участь в рефлексіях, розповідали про особистий досвід перебування різноманітних ситуаціях, ділились думками та відгукувались на слова інших учасників, висловлюючи емпатію та підтримку.

Таблиця 2. Контент-аналіз зворотнього зв'язку учасників групової терапії

Категорія	Ключові смишли	Приклад цитати	Відсоткове співвідношення	Кількість учасників
Позитивний зворотній зв'язок	Покращення самопочуття, мотивація до саморефлексії, довіра до психолога	“Мені стало краще після відвідування зустрічі” “Після різних методик, я зрозумів над чим варто працювати”	50%	7
Нейтральний зворотній зв'язок	Загалом комфортно, але без значущих ефектів	“Група підтримки була цікавою, але методика не особливо зацікавила”	21,4%	3
Негативний зворотній зв'язок	Недовіра, розчарування та погіршення стану	“Я відчуваю, що на мені ставлять досліди” “Після зустрічі мені стало гірше”	28,6%	4

Рисунок 1. Контент-аналіз зворотнього зв'язку учасників групової терапії



2. Порівняльний аналіз самопочуття респондентів до та після участі в груповій терапії

Для дослідження динаміки самопочуття впродовж групової підтримки було проведено анкетування учасників на початку кожної зустрічі та в кінці. Анкетування включало в себе десять тверджень, які мали на меті дослідити оперативну оцінку емоційного та фізичного стану на кожному етапі психологічної групи підтримки. Анкета була адаптована до контексту короткострокового втручання. Було зафіксовано суб'єктивне сприйняття власного стану учасника та проаналізовано за допомогою парного Т-Тесту для залежних змінних. Таким чином, було отримано такі результати: для всіх шкал було виявлено статистично значущі відмінності між оцінками до та після психологічної підтримки ($p < 0,001$), цей показник свідчить про ефективність групового формату роботи. Було виявлено підвищення рівня благополуччя: при обчисленні різниці “до” та “після”, отримане від’ємне парне число Стьюдента. Лінійний графік змін по кожній шкалі наочно показав позитивну динаміку за всіма шкалами. Ці графіки будуть представлені у додатках - окремо по кожній зі шкал самодіагностики самопочуття [Додаток Е.].

За парним Т-тестом Стьюдента було отримано такі результати за десятима шкалами: спокійний/схвильований ($t = -25,3$), працездатний/розбитий ($t = -27,8$),

радісний/сумний ($t = -29,0$), сповнений сил/знесилений ($t = -35,9$), задоволений/незадоволений ($t = -59,5$), напружений/розслаблений ($t = -29,1$), бадьорий/млявий ($t = -25,0$), життєрадісний/похмурий ($t = -36,2$), гарне фізичне самопочуття/погане фізичне самопочуття ($t = -28,1$), я відчуваю підтримку від оточення/ я не відчуваю підтримку від оточення ($t = -32,3$). Ці результати показують високі від'ємні показники, що визначають статистично значущу різницю між двома залежними змінними, велику стабільну різницю між двома станами, а позитивний вплив на учасників визначається як реальний.

Найбільш виражені покращення отримані по шкалам за різницею середніх Незадоволений/Задоволений: $t = -59,5$, різниця середніх $-1,854$ ($SE = 0,0312$); Знесилений/Сповнений сил: $t = -35,9$, різниця середніх $-1,708$ ($SE = 0,0476$); Похмурий/Життєрадісний: $t = -36,2$, різниця середніх $-1,500$ ($SE = 0,0415$); Погане фізичне самопочуття/ Гарне фізичне самопочуття: $t = -28,1$, різниця середніх $-1,269$ ($SE = 0,0452$). Учасники продемонстрували покращення в емоційному та фізичному стані. Такі показники можуть свідчити про позитивну групову динаміку та можливість висловлюватись в безпечному просторі. Також, варто зауважити, що показник різниці стандартних помилок було отримано в середньому від $0,03$ до $0,05$, що свідчить про надійність показників позитивної зміни стану учасників в процесі психологічної групи підтримки.

Найменш виражені показники отримані по шкалам за різницею середніх: Млявий/Бадьорий: $t = -25,0$, різниця середніх $-0,762$ ($SE = 0,0305$); Сумний/Радісний: $t = -29,0$, різниця середніх $-0,846$ ($SE = 0,0415$); Напружений/Розслаблений: $t = -29,1$, різниця середніх $-0,962$ ($SE = 0,0330$). Ці показники також є статистично значущими та демонструють, що деякі інтервенції були спрямовані на глибокі травматичні спогади, після яких учасники могли знаходитись в стані роздумів, самоаналізу. Можна припустити, що саме це вплинуло на те, що, наприклад, показник напруженості/розслабленості або суму/радісності не є найвищими в результаті. Також, варто зауважити, що показник

різниці стандартних помилок було отримано в середньому від 0,03 до 0,05, що свідчить про надійність показників позитивної зміни стану учасників в процесі психологічної групи підтримки.

Таблиця 3. Результати парного t-критерію Стьюдента для оцінки динаміки самопочуття учасників.

Парні зв'язки Т-Тесту						
Критерії	М(до)	М(після)	Стьюдент t	Рівень значущо сті <i>p</i>	Різниця середні х	Різниця стандарт них помилок <i>SE</i>
Схвильований- спокійний До/Після	4,58	5,78	-25,3	< 0,001	-1,203	0,0475
Розбитий- Працездатний До/Після	3,94	5,39	-27,8	< 0,001	-1,445	0,0520
Сумний- Радісний До/Після	4,25	5,09	-29,0	< 0,001	-0,846	0,0292
Знесилений- Сповнений сил До/Після	3,71	5,42	-35,9	< 0,001	-1,708	0,0476

Таблиця 3. Результати парного t-критерію Стьюдента для оцінки динаміки самопочуття учасників. (Продовження)

Незадоволений -Задоволений До/Після	4,16	6,02	-59,5	< 0,001	-1,854	0,0312
Напружений- Розслаблений До/Після	4,21	5,17	-29,1	< 0,001	-0,962	0,0330
Млявий- Бадьорий До/Після	4,41	5,17	-25,0	< 0,001	-0,762	0,0305
Похмурий- Життєрадісний До/Після	4,45	5,95	-36,2	< 0,001	-1,500	0,0415
Погане фізичне самопочуття- гарне До/Після	4,75	6,02	-28,1	< 0,001	-1,269	0,0452
Не відчуває підтримку- Відчуває До/Після	5,02	6,02	-32,3	< 0,001	-1,000	0,0310

*М - середнє значення самопочуття

Тож усі шкали показали статистично значуще покращення після участі в кожній зустрічі. Отримані результати можна проаналізувати як те, що в учасників покращилось емоційне та фізичне самопочуття через вплив на них певних інтервенцій, групової динаміки, емоційного обміну з іншими учасниками, наявності безпечного простору в групі для розділення досвіду з групою. В учасників простежується зменшення почуття млявості та напруги, що свідчить про зниження емоційного та фізичного навантаження. Тобто, ці результати свідчать про позитивний вплив короткострокової групи емоційної підтримки на самопочуття учасників, саморегуляцію, емоційний стан та почуття підтримки. Варто додати, що результати показують і підтверджують теоретичні уявлення про фактор підтримки в процесі роботи, ефект нормалізації стану учасників та усвідомлення власного стану учасників під час взаємодії. У питання дискусії та продовження цього дослідження результатів можна включити, що в дослідженні не було контрольної групи, тому важко повністю виключити інші чинники впливу на самопочуття, наприклад, уже гарний або поганий настрій впродовж дня, позитивні або негативні зміни впродовж певного періоду тощо. Зокрема, ці дані є самозвітними, що може свідчити про певний вплив соціальної бажаності, зацікавленості в проходженні опитувань та наявність мотивації для участі не тільки в групі, а ще й в науковій діяльності. Також група була невеликою, що обмежує аналіз повноцінного дослідження самопочуття.

3. Порівняльний аналіз рівня дистресу до та після участі в груповій терапії

Для порівняльного аналізу динаміки дистресу до психологічної групи підтримки та після було використано шкалу психологічного дистресу Кеслера, що дає кількісну оцінку рівня стресу та є доповненням до суб'єктивних показників. Це тестування було проведено на 6 учасниках, які відвідували групу підтримки постійно та не пропускали зустрічі, що дає змогу надійно визначити результативність відвідування групи підтримки.

На одній із перших зустрічей від учасників було отримано середній показник психологічного дистресу - 35,2, що визначається, як високий рівень стресу, який може викликати ризик розвитку психоемоційного виснаження або певного депресивного чи тривожного спектру. Наприкінці групової терапії було отримано середній результат - 30,1. Цей показник залишається в зоні підвищеного рівня, але знизився за період зустрічей на 5,1 пункта та наближається до середнього рівня психологічного дистресу. Показники демонструють позитивну тенденцію зниження рівня психологічного дистресу та істотне зменшення суб'єктивного відчуття рівня стресу після участі в групі психологічної підтримки. Це свідчить про позитивний вплив групової терапії та її потенціал як інструменту стабілізації емоційного стану учасників. Варто зазначити, що в учасника 1 найбільше зниження рівня стресу (-19): на початку рівень стресу за методикою був 35, що є рівнем ризику розвитку психоемоційних проблем, а вже наприкінці - 19, що є наближенням до прийняттого рівня психологічного дистресу.

Проте результати були неоднорідними. Для деяких учасників рівень психологічного дистресу підвищився. У таблиці 5 жирним шрифтом виділено підвищений рівень психологічного дистресу для учасників 4 та 5. Наприклад, в учасника на початку групи психологічної підтримки рівень дистресу був 36, в кінці - 38. У другого учасника на початку рівень стресу дорівнює 27, в кінці 35. Це підкреслює потребу в подальшій психологічній роботі. Ці бали знаходяться в зоні ризику розвитку психоемоційних проблем та розладів. Також результат може свідчити про кращу усвідомленість свого стану, розуміння, як розпізнати симптоми тривожності або стану стресу. Після короткострокового психологічного втручання людина також може розпочинати важливі внутрішні зміни, які зазвичай супроводжуються підвищеним рівнем стресу, страху та психологічного дискомфорту. Також варто зауважити, що на початку курсу, можливо, не всі учасники могли відкритись та продемонструвати свої

переживання, бо немає ще довірливого середовища, де вони могли б поділитись своїм станом. Зокрема, на результат могли б повпливати і життєві фактори та зовнішні обставини, наприклад, покращення або погіршення в особистому житті, проте також підкреслюють важливість індивідуального підходу до кожного учасника та необхідність довгострокової підтримки для тих, чий стан залишився критичним або погіршився.

У результаті 4 учасники мають значний рівень зниження психологічного дистресу та двоє, у яких рівень стресу став вищим. Тож можна зробити висновок, що психологічна група підтримки показала результат зниження рівня стресу, оскільки середньостатистичний показник є -5,1 бала. Але присутній неоднорідний результат, де двоє учасників в результаті мають вищий рівень стресу. З цього можна зробити висновок, що цим учасникам потрібно більше часу та більш індивідуалізований підхід. Крім того, в процесі групової роботи піднімалися теми травматичного досвіду, що також може впливати на результати. У теорії було приведено приклад метааналітичного дослідження, де науковці виявили, що групова терапія не так сильно впливає на зниження рівня тривожності в результаті перебування в ній (Sambucini, Aceto, Begotaraj, Lai, 2020).

Для підтвердження статистично значущих змін рівня психологічного дистресу до та після участі в групі підтримки було проведено кілька методів аналізу. Перевірено дані на нормальність розподілу за критерієм Шапіро-Уїлка. В результаті отримано такі показники: до групової терапії: $W = 0,967$, $p = 0,875$; після $W = 0,908$, $p = 0,426$. Обидва p -значення $>0,05$, що свідчить про відсутність статистично значущих відхилень від нормального розподілу. Таким чином, розподіл результатів до та після можна вважати нормальним, що дозволяє використання параметричних t -тестів, зокрема критерію Стьюдента та Вілкоксона. Дані представлені в таблиці 4.

Застосовано одновибірковий t-критерій Стьюдента та непараметричний критерій Вілкоксона для залежних змінних, що не потребує нормального розподілу даних. За t-критерій Стьюдента було отримано статистичну значущість $p < 0,001$, що свідчить про те, що рівень психологічного дистресу суттєво відрізнявся від нульового приросту. Це підтверджує ефективність групового втручання.

За критерієм Вілкоксона, який не вимагає припущення про нормальність розподілу, отримано значущі відмінності: показник р-значення Вілкоксона = 0,031. Це підтверджує значущість за непараметричним тестуванням. Тобто результати цих двох тестувань показують, що середні значення відрізняються від базового рівня. На початку терапії серед учасників простежувався високий рівень дистресу, в кінці показники знизились, і тестування показало статистично значущий результат. Обидва тести вказали на статистично значуще покращення стану учасників після проходження групової терапії. Тобто можна зробити висновок про позитивний вплив групової терапії на зниження рівня психологічного дистресу.

Таблиця 4. Результати статистичної оцінки ефективності групової терапії

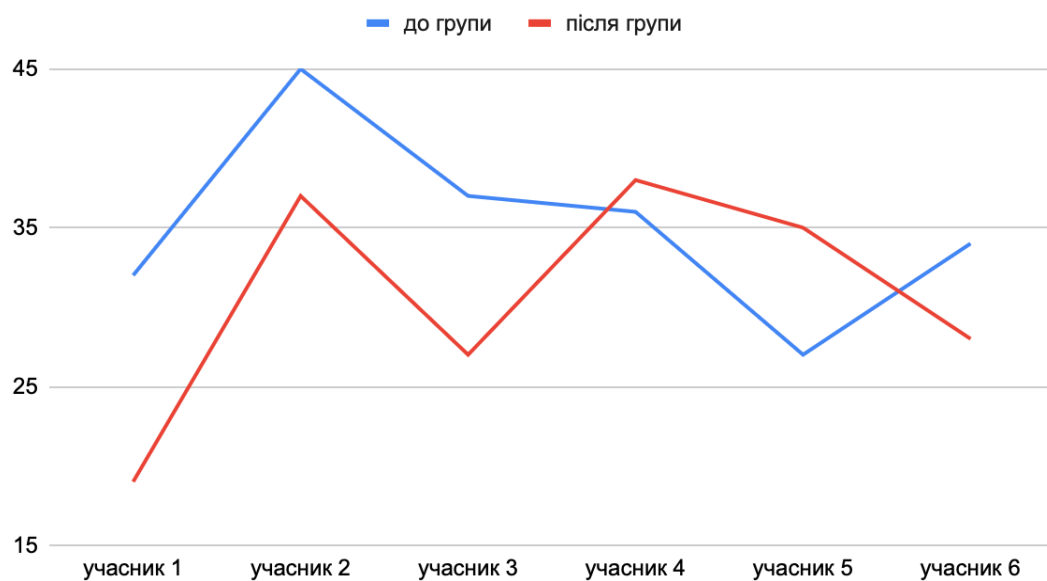
Умова	Критерій Вілкоксона	p (Вілкоксона)	T-критерій Стьюдента	p-значення	Шапіро-Уїлка W	p - значення
До	21,0	0,031	14,4	< 0,001	0,967	0,875
Після	21,0	0,031	10,2	< 0,001	0,908	0,426

Таблиця 5. Рівень психологічного дистресу за тестом Кеслера (К10) для кожного учасника групи психологічної підтримки

№	До	Після	Різниця
Учасник 1	32	19	-13
Учасник 2	45	37	-8
Учасник 3	37	27	-10
Учасник 4	36	38	+2
Учасник 5	27	35	+8
Учасник 6	34	28	-6

Рисунок 2. Рівень психологічного дистресу за тестом Кеслера (К10) для кожного учасника групи психологічної підтримки

до групи и після групи



4. Аналіз копінг-стратегій учасників в психологічній групі підтримки

З метою аналізу стратегій поведінки при підвищеному рівні стресу, оцінки способу подолання стресових ситуацій та виокремлення копінг-стратегій було застосовано методику “Індикатор копінг стратегій за Д. Амірханом”. Тестування містить розподілення відповідей на три шкали, які вказують на те, яким чином для людини типово справлятися з проблемними ситуаціями та певними стресорами, які впливають на людину внутрішньо та зовнішньо. Перша стратегія - це вирішення проблеми, тобто проблемно-орієнтований копінг. Друга - стратегія пошуку соціальної підтримки, яка є емоційно-орієнтованим копінгом. Та третій тип подолання стресових ситуацій - це стратегія уникнення проблеми, цей тип є дезадаптованою стратегією. Результати представлені в таблиці 6 нижче. Найвищі результати виділені жирним шрифтом, це найбільш уживана стратегія справляння зі стресовою ситуацією учасником. Всього в опитуванні взяли участь 5 людей, які постійно відвідували зустрічі, і за таблицею можна простежити, що респондентам притаманне вирішення стресової ситуації за стратегією пошуку соціальної підтримки.

Таблиця 6. Копінг-стратегії учасників психологічної групи підтримки

Учасник	Вирішення проблеми	Пошук соціальної підтримки	Уникнення проблеми
1	26	19	13
2	20	24	15
3	16	28	24
4	17	19	18
5	22	20	26

За результатами можна побачити, що найвищий бал по шкалі вирішення проблеми - 26, найнижчий - 16, це свідчить про те, що учасник вдаються до стратегій подолання стресової ситуації при її виникненні в тій чи іншій мірі. За шкалою пошуку соціальної підтримки в середньому отримано найвищі результати, що демонструє потребу учасників в прийнятті з боку оточення, підтримки від інших людей та емоційної взаємодії з іншими учасниками групи. За результатами третьої шкали - уникнення проблеми, простежується найвищий результат - 26, найнижчий - 13, що демонструє у деяких учасників наявність дезадаптивних стратегій, які спрямовані на емоційне дистанціювання або взагалі уникнення вирішення проблеми, відкладення або ігнорування проблеми, стресових ситуацій.

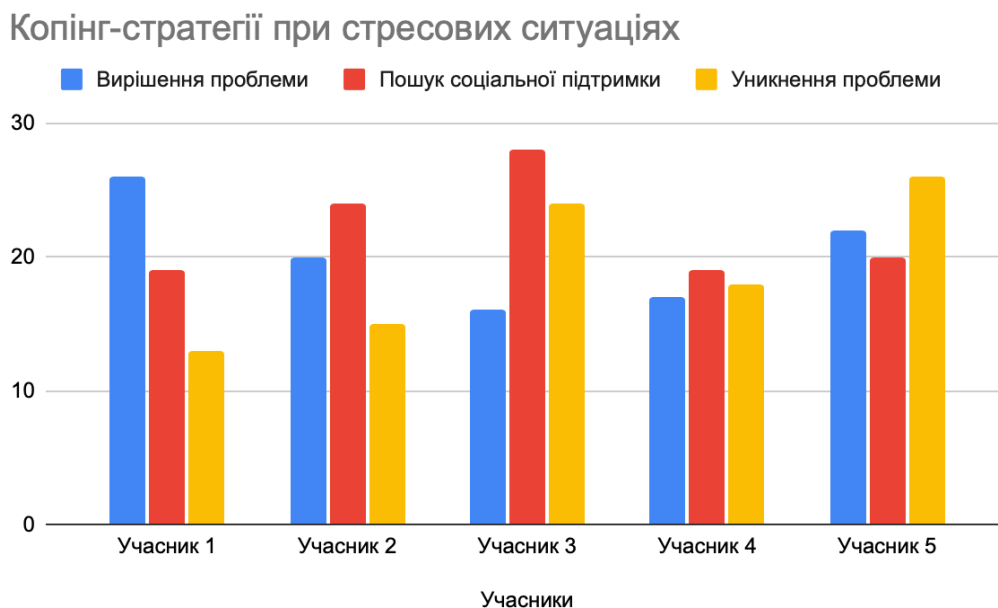
Варто звернути увагу на контекст групової роботи. Учасники прийшли на групу психологічної підтримки в пошуках розуміння себе, своїх проблем, емоцій та переживань. Багато учасників на початку зазначали, що від зустрічей хочуть отримати підтримку, про це було зібрано інформацію усно на початку групової роботи, а також не залишатись на самоті зі своїми думками. Тому участь у групі психологічної підтримки якраз сприяє розвитку соціальних копінг-стратегій. Це особливо простежується у результатах аналізу методики індикатору копінг-стратегій. Учасники мають помітно високі показники пошуку підтримки та прагнуть встановити емоційний зв'язок з людьми, які пережили схожі травмуючі або ж стресові ситуації. Це свідчить про активацію процесу звернення за допомогою, бажання побудувати довірливі стосунки, що вказує на певний фактор емоційного зростання.

Однак, варто зауважити, що високі бали було отримано також за стратегією уникнення проблеми, що вказує на те, що респонденти мають тенденцію до намагання зменшити емоційне навантаження шляхом витіснення проблеми, що є свідченням наявності дистресу, який було досліджено в попередньому пункті 3. Такі результати вказують на наявність складнощів з емоційною саморегуляцією,

ймовірну низьку толерантність до дистресу, а також що учасники потребують подальшу психологічну підтримку для розробки альтернативних конструктивних копінгів для боротьби з труднощами та подоланням стресових ситуацій в житті.

Отже, середньостатистичні високі показники в стратегії пошуку соціальної підтримки свідчать про ефективну роботу психологічної групи підтримки, де учасники отримали можливість перебувати у безпечному просторі, висловлювати свої переживання, почуття та емоції. Також учасники отримали підтримку від психолога та інших учасників, що в подальшому може стати психологічним зростанням для людини та ефективною стратегією подолання проблем та стресових ситуацій. Психологічна група підтримки активізувала різні копінг-стратегії, які залежно від включеності учасника, рівня довіри до групи учасників та психологічної готовності до змін, було виокремлено та піднято на поверхню певні глибинні психологічні процеси, переживання та страхи. Це стало активізацією роботи психологічних захистів та формування ґрунту для змін.

Рисунок 3. Копінг-стратегії учасників психологічної групи підтримки



Висновки до Розділу 3.

З метою реалізації емпіричних завдань дослідження було використано методи якісного і кількісного аналізу. Ці емпіричні дані дали змогу простежити, як змінювався стан учасників на початку зустрічі та в кінці, а також рівень стресу на початку та в кінці проекту. Зокрема, для аналізу було зібрано зворотній зв'язок від учасників, який надав змогу зрозуміти їхнє ставлення учасників до процесу. Водночас дослідження копінг-стратегій дало учасникам розуміння того, як респонденти справляються зі стресовими життєвими обставинами. Ці результати є корисними не тільки для розуміння того, як працює групова терапія та наукового розвитку, а й для самих учасників, що дає змогу їм поглибити знання про самих себе та усвідомити деякі психоемоційні процеси.

Результати якісного зворотнього зв'язку показали, що учасники мають загалом позитивний досвід перебування в групі психологічної підтримки. У кількісних показниках позитивна оцінка складає 50%. Зокрема, були присутні нейтральна та негативна оцінки діяльності групи підтримки. У числовому вираженні: нейтральна оцінка - 21,4%, негативна оцінка - 28,6%. Ці дані свідчать про ефективність роботи групи підтримки та її важливості для відновлення психоемоційного стану для учасників. Водночас нейтральні та негативні відгуки проаналізовано як припущення щодо потреби в індивідуалізованому підході до окремих учасників, адже вони потребують більше часу для саморозкриття, адаптації та наявності відчуття безпеки для розділення особистих переживань та думок. Варто відзначити, що негативні відгуки скеровують на більш ретельний підбір методик та інтервенцій, що в подальшому можуть застосовуватись в подібних проектах. Отже, переважно дослідники отримали позитивні відгуки, що розглядаються як те, що психологічна група підтримки є ефективним інструментом для подолання життєвих складнощів в умовах вимушеного переселення до Німеччини. Учасники мали змогу отримати більш глибокі знання

про себе, усвідомлення психологічних процесів та підтримку, що сприятиме в подальшому їхньому психологічному зростанню.

Кількісний аналіз самопочуття дав змогу оцінити стан учасників на початку кожної проведеної зустрічі та в кінці, що підтверджує гіпотезу про те, що група підтримки працює та особливо позитивно впливає на покращення деяких аспектів самопочуття. Наприклад, найбільш виражені зміни простежувались за шкалами: Незадоволений/Задоволений, Знесилений/Сповнений сил, Похмурий/Життєрадісний, Погане фізичне самопочуття/Гарне самопочуття. Ці результати свідчать про зростання життєвого тону, підвищення рівня енергії та отримання позитивних емоцій після завершення групового процесу. Менш вираженими показниками стали психоемоційні прояви за шкалами: Млявий/Бадьорий, Сумний/Радісний, Напружений/Розслаблений. Ці дані свідчать про наявність болісних переживань групового процесу для деяких учасників, бо було активовано глибокі переживання, що спричиняє тимчасове напруження та впливає на самопочуття. Тож за допомогою аналізу було встановлено ефективність впливу групового процесу, що кількісно підтверджено.

Наступним кроком в дослідженні став аналіз психологічного дистресу та аналіз копінг-стратегій учасників. Рівень стресу в процесі групової терапії для більше ніж половини учасників наблизився до середнього рівня дистресу з критичного, що ще раз підтверджує ефективність роботи групи. На початку, рівень стресу становив 35,2, а вже наприкінці короткострокового втручання знизився до 30,1. Дослідження дало змогу визначити копінг-стратегію Пошуку соціальної підтримки як одну з основних для більшості учасників психологічного процесу.

Узагальнюючи результати, можна стверджувати, що короткострокова психологічна група підтримки позитивно вплинула на учасників: зменшився рівень стресу, покращився рівень самопочуття та зросло почуття рівня підтримки зі сторони оточуючого середовища, почали з'являтися ознаки більшої

усвідомленості та емоційного відновлення. Однак, у дослідженні є обмеження та точки зростання. Перш за все - це відсутність контрольної групи, що унеможливило виключення впливу сторонніх чинників на результат. Варто враховувати і суб'єктивний характер самозвітних анкетувань, особливо анкета самопочуття, на результати якою впливають багато факторів - загальний психоемоційний стан, настрій, різні життєві обставини.

Таким чином, результати дослідження мають свої обмеження, але підтверджують доцільність використання групи психологічної підтримки як інструменту покращення психоемоційного стану біженця в умовах кризових обставин.

ВИСНОВКИ

У результаті теоретичного аналізу наукових джерел стрес визначається як природний механізм реакції на ненормальні умови, зміни, виклики та загрозу, з якою людина стикається в повсякденному житті. Виокремлено, що існує два види стресу: еустрес та дистрес, перший тип - конструктивний, другий - деструктивний та може призвести до розвитку психічних розладів. Тому біженці опиняються в умовах довготривалого стресу, який також має назву дистресу, що впливає на їхню взаємодію зі світом, адаптацію до нових умов існування, справляння з повсякденними справами та підтримку соціальної взаємодії. Усе це спричиняє хронічний стрес, тобто дистрес, який є виснажливим для психіки та тіла, це негативно впливає на всі сфери функціонування людини. Біженці переживають кілька фаз психотравмуючого досвіду: передміграційна фаза, де людина стикається з воєнними діями, втратами, тортурами, насильством, подіями, що несуть загрозу для життя; далі - фаза міграції, коли біженець стикається з довготривалою дорогою, невизначеністю, небезпекою та розлукою з рідними. Остання фаза - постміграційна, де людина постає перед адаптацією в новій країні, нерозумінням майбутнього, мовним бар'єром, економічними труднощами та ізоляцією. Кожна фаза та етап несуть у собі навантаження на психіку, посилення проявів тривожності, депресії, почуття безпорадності, порушення самоідентичності та втрату життєвих орієнтирів.

Згідно з аналізом сучасних джерел, у біженця виникають такі психоемоційні прояви, як емоційна нестабільність, підвищена тривожність, знижений настрій, прояв почуття провини того, хто вижив, апатія, проблеми з саморегуляцією та побудовою адаптивних копінг-стратегій. Також можуть виникати такі стани, як ригідність мислення, емоційна ізоляція та соціальна фобія. Психоемоційне виснаження підвищує ризик розвитку ПТСР, психосоматичних розладів, залежностей та втрати соціальних зв'язків. Таким чином, потреба у наданні психологічної допомоги є необхідною, це може

застерегти біженців від впадіння у стан депресії та розвитку психічних розладів. Це забезпечує психологічну підтримку у нормалізації фізичного стану, формуванні та відновленні ресурсних стратегій, нормалізації психологічного стану, формування ресурсних стратегій та допомога в усвідомленні пережитого.

Аналіз літературних джерел демонструє, що групова терапія є дієвим інструментом у роботі з біженцями. Психологічна група підтримки формує простір безпеки, довіри, відкритості, сприяє емоційному розвантаженню та актуалізації внутрішніх ресурсів, що, у свою чергу, допомагають зменшити рівень психологічного дистресу та покращити самопочуття.

Проведене нами емпіричне дослідження включало в себе розробку психологічної програми, яка містить відповідні інтервенції відповідно до запитів групи. Основними мішенями роботи було визначено підвищений рівень стресу, нерозуміння власного стану, погіршення самопочуття та зниження рівня продуктивності. Група психологічної підтримки проводилась протягом 4 місяців та передбачала 13 зустрічей, у яких взяли участь 14 респондентів. У дослідженні використано наступні методи: контент-аналіз, непараметричні методи аналізу даних за шкалою психологічного дистресу Кесслера (K10), методика “індикатор копінг-стратегій за Д. Амірханом”, спеціально розроблена анкета самопочуття, якісний аналіз зворотного зв’язку., порівняльний аналіз динаміки рівня стресу.

Нами було простежено зміну рівня самопочуття до початку відвідування групової терапії та по завершенню. Зокрема, результати дослідження продемонстрували підвищення показників емоційної стабільності, зниження рівня стресу порівняно з початком групової роботи, виокремлено стратегію пошуку соціальної підтримки, як коупінгу зі стресовими ситуаціями та отримано, у більшості, позитивний зворотній зв’язок від респондентів по завершенню групи, який засвідчив, що групова терапія сприяла створенню безпечного простору, у якому можна ділитись переживаннями, отримувати підтримку та віднаходити особистісні ресурси для подолання труднощів. Серед респондентів

були поширені такі копінг-стратегії: стратегія пошуку соціальної підтримки та стратегія уникнення проблеми.

Отримані результати мають практичне значення, можуть використовуватися в організаціях психологічної підтримки для надання допомоги біженцям. Наприклад, це можуть бути центри тимчасового перебування, соціальні служби, громадські організації, онлайн- та офлайн-групи підтримки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. Вавілова, А. С. (2019). *Психологічні особливості копінг-стратегій у підлітків-перфекціоністів*. Психологічний журнал. https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/29387/1/A_Vavilova_PT_5_IL.pdf
2. Васьківська, С. В. (2007). *Основи психологічного консультування*. Підручник.
3. Голярдик, Н., & Стецюк, Л. (2019). *Теоретичні аспекти дослідження стресорів в юнацькому віці*. Психологічні науки. <https://periodica.nadpsu.edu.ua/article/download/181716/181463/>
4. Даниляк, О., Маринець, С., & Заячківська, О. (2016). *Еволюція знань про стрес*. [27-40]. https://www.researchgate.net/publication/310460821_EVOLUCIA_ZNAN_PRO_STRES_VID_GANSA_SELE_DO_SUCASNIH_DOSAGNEN_THE_EVOLUTION_OF_STRESS_CONCEPTION_FROM_HANS_SELYE_TO_MODERN_ACHIEVEMENTS
5. Дубенко, А., Харитонов, В., Мар'єнко, Л., Марценюк, М., Кадук, Є., Студеняк, Т., Литовченко, Т., Брозь, Р., Блажина, І., & Набока, М. (2024). *Психічне здоров'я та якість життя хворих на епілепсію під час повномасштабної війни в Україні*. Український медичний часопис. <https://umj.com.ua/uk/publikatsia-257167-psihiчне-zdorov-ya-ta-yakist-zhittya-hvorih-na-epilepsiyu-pid-chas-povnomasshtabnoyi-vijni-v-ukrayini>
6. Кісарчук, З. І. (2015). *Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій*. Методичний посібник. <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/705152/1/Lazos%20%282015%29%20Praktyka%20nadannia%20psykholohichnoi%20dopomohy%20riznym%20katehoriyam%20postrazhdalykh.pdf>
7. Клібайс, Т. В., & Краєва, О. К. (2024). *Огляд стану дослідження психоемоційних розладів та посттравматичного зростання біженців*.

<https://journals.spu.sumy.ua/index.php/psy/article/view/317/294>

8. Латенко, С. Б., & Хімич, І. Ю. (2024). *Формування резистентності студентської молоді методами фізичної терапії*. Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. [https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2024.3K\(176\).62](https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2024.3K(176).62)
9. Лемещенко, Ю. (2024). *Особливості психоемоційного стану українських біженців за кордоном*. Матеріали міжнародної наукової конференції [48-51]. <https://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi81/0061145.pdf#page=48>
10. Наугольник, Л. Б. (2015). *Психологія стресу*. Підручник [13-16]; [21-25]; [34]; [42]; [91-102]; [116-125]; [53-71]. https://pedagogy.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2016/10/%D0%9D%D0%B0%D1%83%D0%B3%D0%BE%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B8%D0%BA_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F_%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%83.pdf
11. Нечитайло, І. С., & Мирославська, О. В. (2022). *Психологічний дистрес населення України під час війни*. Особистість, суспільство, війна [85-87]. https://dspace.univd.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/13808/Psykhologichnyi%20dystres_Nechitailo_Myloslavska_2022.pdf?sequence=1
12. Оверчук, В. А. (2024). *Особливості надання психологічної підтримки вимушеним мігрантам*.
13. Піонітто, В., & Новікова, Л. (2025). *Стресові ситуації в житті українців*. Київський міжнародний інститут соціології.
14. Педоренко, В. М. (2022). *Особливості психоемоційного стану переселенців в умовах іншої країни (на прикладі Німеччини)*. Науковий вісник Ужгородського національного університету. <http://psy-visnyk.uzhnu.uz.ua/index.php/psy/article/view/157/248>

15. Сінельнікова, І. В. (2015). *Психологічні особливості вибору копінг-стратегій в юнацькому віці*. Психологія. <http://dspace.pdpu.edu.ua/bitstream/123456789/6205/1/19.pdf>
16. Anisman, H., Doubad, D., Asokumar, A., & Matheson, K. (2024). *Psychosocial and neurobiological aspects of the worldwide refugee crisis: From vulnerability to resilience*. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763424003282>
17. Barold, J., & Schechter, K. (2014). *Psychoanalysis and Psychodynamic Theory*. *Social work*. https://www.researchgate.net/publication/353510929_Psychoanalysis_and_Psychodynamic_Theory
18. Bland, An. M., & Derobertis, E. M. (2017). *The Humanistic Perspective in Psychology*. *Humanistic Perspective*. https://www.researchgate.net/publication/315761695_The_Humanistic_Perspective_in_Psychology
19. Block, Az. M., Aizenman, L., Saad, Ad., Harrison, St., Sloan, Am., Vecchio, S., & Wilson, V. (2018). *Peer Support Groups: Evaluating a Culturally Grounded, Strengths-Based Approach for Work With Refugees*. *ADVANCES IN SOCIAL WORK*. <https://advancesinsocialwork.indianapolis.iu.edu/index.php/advancesinsocialwork/article/download/21634/22056/34717>
20. Bullis, J. R., Boettcher, J. H., Sauer, Sh., & David, B. (2019). *What is an emotional disorder? A transdiagnostic mechanistic definition with implications for assessment, treatment, and prevention*. *Clinical Psychology: Science and Practice*. https://www.researchgate.net/publication/331736039_What_is_an_emotional_disorder_A_transdiagnostic_mechanistic_definition_with_implications_for_assessment_treatment_and_prevention

21. Cabrejas, M., & Daverio, G. (2024). *Multidisciplinary group therapy for refugee patients with PTSD/CPTSD and psychosomatic comorbidity*. FORUM for Group Psychotherapies and Processes. <https://iagpforum.emnuvens.com.br/revista/article/view/78/74>
22. Cherry, K. (2024). *What is group therapy?* <https://www.verywellmind.com/what-is-group-therapy-2795760>
23. Chu, B., Marwaha, K., Sanvictores, T., Awosika, A. O., & Ayers, D. (2024). *Psychology. Stress reaction*. National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541120/>
24. Cowling, M. M., & Anderson, J. R. (2023). *The effectiveness of therapeutic interventions on psychological distress in refugee children: A systematic review*. Clinical Psychology. https://www.jointdatacenter.org/literature_review/the-effectiveness-of-therapeutic-interventions-on-psychological-distress-in-refugee-children-a-systematic-review/
25. Cuijpers, P., Donker, T., Weissman, M. M., Ravitz, P., & Cristea, I. A. (2016). *Interpersonal Psychotherapy for Mental Health Problems: A Comprehensive Meta-Analysis*. American Journal of Psychiatry. <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2015.15091141>
26. Daele, T. V., Aud, Ch. V., & Vansteenwegen, D. (2013). *Effectiveness of a six session stress reduction program for groups*. Mental Health & Prevention. https://www.researchgate.net/publication/259911294_Effectiveness_of_a_six_session_stress_reduction_program_for_groups
27. Drożdżek, B., & Bolwerk, N. (2010). *Evaluation of Group Therapy With Traumatized Asylum Seekers and Refugees—The Den Bosch Model*. Traumatology. https://www.researchgate.net/publication/258193708_Evaluation_of_Group_Therapy_With_Traumatized_Asylum_Seekers_and_Refugees-The_Den_Bosch_Model

28. Encyclopedia of Psychology. (2009). *Different approaches to psychotherapy*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/topics/psychotherapy/approaches>
29. Frankel, J. (2025). *War*. Article History. <https://www.britannica.com/topic/war>
30. Gebhart, G. F. (2000). *Definition of pain and distress and reporting requirements for laboratory animals*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK99533/#:~:text=Distress%20is%20an%20aversive%20state,manifested%20as%20a%20maladaptive%20behavior.>
31. Haghighi, A. S. (2024). *Types of therapy for anxiety, depression, trauma, PTSD and more*. MedicalNewsToday. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/types-of-therapy>
32. Hasha, W., Igland, J., Fadnes, L. T., Kumar, B. N., Heltne, Un. M., & Diaz, Es. (2022). *Effect of a self-help group intervention using Teaching Recovery Techniques to improve mental health among Syrian refugees in Norway: a randomized controlled trial*. International Journal of Mental Health Systems. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36068576/>
33. Hazer, L., & Gredebäck, G. (2023). *The effects of war, displacement, and trauma on child development*. Humanities and Social Sciences Communications. <https://www.nature.com/articles/s41599-023-02438-8>
34. Henkelmann, J-R., de Best, S., Deckers, C., Jensen, K., Shahab, M., Elzinga, B., & Molendijk, M. (2020). *Anxiety, depression and post-traumatic stress disorder in refugees resettling in high-income countries: systematic review and meta-analysis*. National Library of Medicine. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7443922/>
35. Huang, T., Li, H., Tan, S., Xie, S., Cheng, Q., Xiang, Y., & Zhou, X. (2022). *The efficacy and acceptability of exposure therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a systematic review and*

meta-analysis.

BMC

Psychiatry.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9006570/>

36. Johnson, B. (2019). *Psychotherapy: Understanding group therapy*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/topics/psychotherapy/group-therapy>
37. Kakarla, U. (2024). *Holistic Therapy – An Integrative Approach to Physical and Mental Wellbeing*. An International Journal of Biological Research. <https://journals.worldbiologica.com/ib/article/view/89>
38. Kessler, R. C., Baker, P. R., Colpe, L. J., Gfroerer, J. C., & Hipiri, E. (2003). *Screening for serious mental illness in general population*. Arch Gen Psychiatry. https://www.worksafe.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0010/22240/kessler-psychological-distress-scale-k101.pdf
39. Kirsch, J., Kitchens, K., Kerr, Kr., & Sivakumaran, Sh. (2024). *Group-Based Intervention Models in Treating Refugee Mental Health in High-Income Countries: A Systematic Review*. Trauma Violence Abuse. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39143917/>
40. MacKenzie, K. R. (2002). *Group psychotherapy*. Encyclopedia of Psychotherapy [891-906]. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B0123430100001094>
41. Malhotra, A., Mars, J. A., & Baker, J. (2024). *Group Therapy*. National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549812/>
42. Naderian, M., Amini, M., Karimi, M., & Rezaei, Sh. (2023). *The effectiveness of emotion-focused therapy on anxiety sensitivity, distress tolerance and coping strategies in betrayed women*. Journal of Assessment and Research in Applied Counseling. https://www.researchgate.net/publication/378836693_The_effectiveness_of_emotion-

[focused_therapy_on_anxiety_sensitivity_distress_tolerance_and_coping_strategies_in_betrayed_women](#)

43. Nakao, M., Shirotaki, K., & Sugaya, N. (2021). *Cognitive-behavioral therapy for management of mental health and stress-related disorders: Recent advances in techniques and technologies*. BioPsychoSocial Medicine. <https://bpsmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13030-021-00219-w>
44. Opland, C., & Torrico, T. J. (2025). *Behavioral Therapy*. National Library of Medicine. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39536143/>
45. Pichler, E. R. (2019). *Predictors of psychotherapy attrition among refugees*. University of Vermont. <https://scholarworks.uvm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2167&context=graddis>
46. Rizvi, S. L., Bitran, A. M., Oshin, L. A., Yin, Q., & Ruork, A. K. (2024). *The State of the Science: Dialectical Behavior Therapy*. Behavior Therapy. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005789424000303>
47. Rosendahl, J., Alldredge, C. T., Burlingame, G. M., & Strauss, B. (2021). *Recent Developments in Group Psychotherapy Research*. American Journal of Psychotherapy. <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.psychotherapy.20200031>
48. Sambucini, D., Aceto, P., Begotaraj, Ed., & Lai, C. (2020). *Efficacy of Psychological Interventions on Depression Anxiety and Somatization in Migrants: A Meta-analysis*. Journal of Immigrant and Minority Health. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10903-020-01055-w>
49. Saybrook University. (2020). *5 different types of therapy in psychology*. <https://www.saybrook.edu/unbound/5-different-types-of-therapy-in-psychology/>

50. Silove, D., Coello, M., Kaplan, Id., & Minas, H. (2019). *Specific population and trauma. Refugees and asylum seekers*. Phoenix Australia. <https://www.phoenixaustralia.org/wp-content/uploads/2022/08/Chapter-9-7.-Refugees-and-asylum-seekers-1.pdf>
51. Sukiasyan, S. (2024). *The Mental Health of Refugees and Forcibly Displaced People*. Consortium Psychiatricum. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11839216/#:~:text=More%20than%20half%20of%20them,for%20their%20mental%20health%20issues.>
52. UNHCR The UN Refugee Agency. (2024). *Mental health Integrational Handbook*. <https://www.unhcr.org/handbooks/ih/mental-health/mental-health>
53. UNHCR The UN Refugee Agency. (2024). *Who is a “refugee”?*. <https://www.unhcr.org/about-unhcr/who-we-protect/refugees>
54. Zehetmair, C., Kaufmann, Cl., Tegeler, In., Kindermann, D., Junne, Fl., Zipfel, St., Herpertz, S. C., Herzog, W., & Nikendei, Ch. (2018). *Psychotherapeutic Group Intervention for Traumatized Male Refugees Using Imaginative Stabilization Techniques—A Pilot Study in a German Reception Center*. *Front. Psychiatry*. <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2018.00533/full>

ДОДАТКИ

Додаток А.

ЗГОДА НА УЧАСТЬ У ДОСЛІДЖЕННІ

Надається згода на збір необхідних даних для дослідження “Динаміки рівня стресу під час групової терапії” за допомогою психологічних тестувань та методик, клінічного інтерв’ю. Дослідження проводить Бордунова Тетяна під керівництвом кваліфікованого психолога від благодійного фонду Blau-Gelbes Kreuz у межах психологічної групи підтримки. Ваша особиста інформація та персону залишаються конфіденційними. Вся інформація, яка збирається для дослідження буде використана виключно в наукових цілях. В будь-який момент участь у дослідженні можна завершити, участь є добровільною.

Додаток В.

Первинне опитування

Ім’я та прізвище _____

Вік _____

Сімейний стан _____

Рід діяльності (зайнятість, професія) _____

Яка мета відвідування групи?

Які очікування від групи?

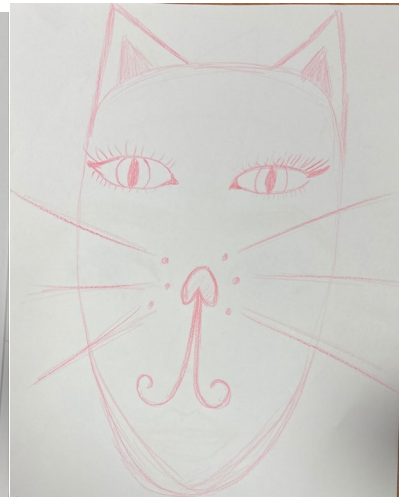
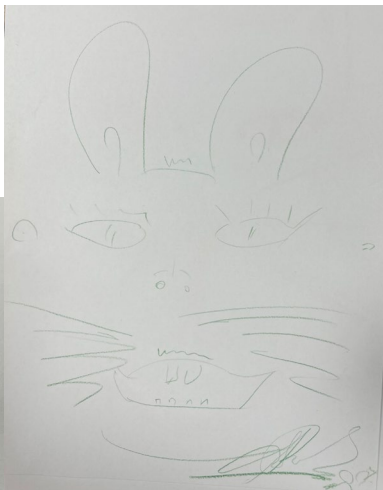
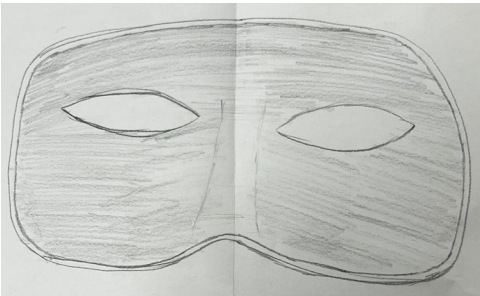
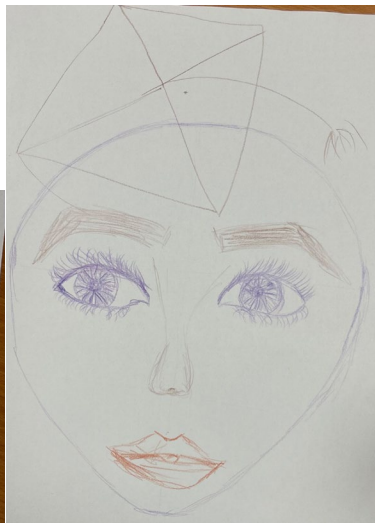
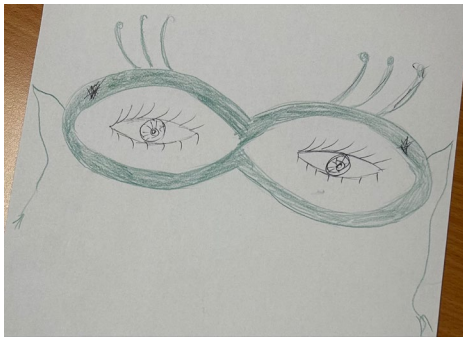
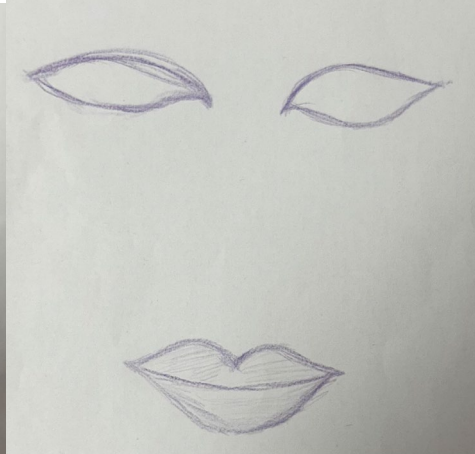
Як Ви оцінюєте свій психологічний стан? (Оберіть те, що найбільше характерно для Вас)

1. Дуже добрий.
2. Досить добрий.
3. Досить поганий.
4. Дуже поганий.
5. Важко сказати.

Як Ви оцінюєте свій фізичний стан? (Оберіть те, що найбільше характерно для Вас)

1. Дуже добрий.
2. Досить добрий.
3. Досить поганий.
4. Дуже поганий.
5. Важко сказати.

Додаток С.



Додаток D.

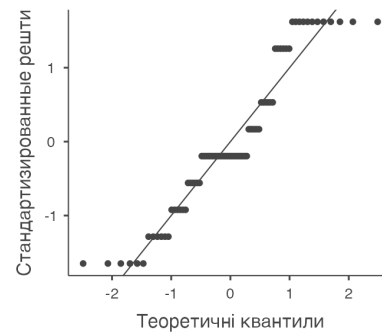
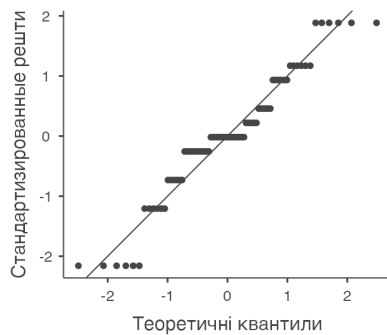
АНКЕТА САМОПОЧУТТЯ

Шановні учасники! Просимо вас відповісти на питання, щоб оцінити ваш емоційний стан. Виберіть варіант, який найкраще відповідає вашому самопочуттю в цей момент.

Спокійний	3 2 1 0 1 2 3	Схвильований
Працездатний	3 2 1 0 1 2 3	Розбитий
Радісний	3 2 1 0 1 2 3	Сумний
Сповнений сил	3 2 1 0 1 2 3	Знесилений
Задоволений	3 2 1 0 1 2 3	Не задоволений
Напружений	3 2 1 0 1 2 3	Розслаблений
Бадьорий	3 2 1 0 1 2 3	Млявий
Життєрадісний	3 2 1 0 1 2 3	Похмурий
Гарне фізичне самопочуття	3 2 1 0 1 2 3	Погане фізичне самопочуття
Я відчуваю підтримку від оточення	3 2 1 0 1 2 3	Я відчуваю підтримку від оточення

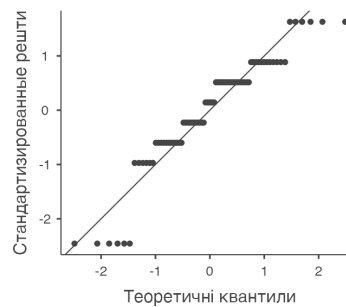
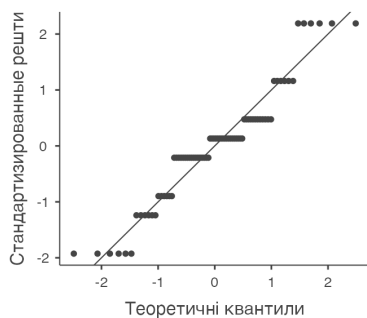
Додаток E.

Знесилений_СповненийСил_До - Знесилений_СповненийСил_Після Незадоволений_Задоволений_До - Незадоволений_Задоволений_Після

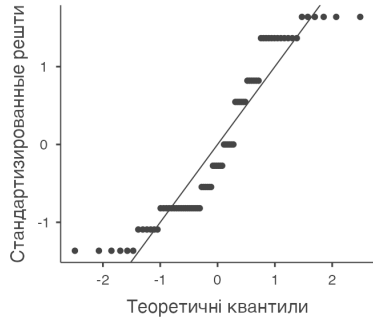


Напружений_Розслаблений_До - Напружений_Розслаблений_Після

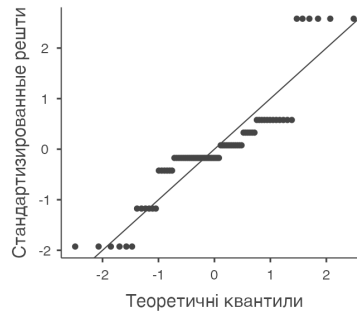
Млявий_Бадьорий_До - Млявий_Бадьорий_Після



Похмурий_Життєрадісний_До - Похмурий_Життєрадісний_Після

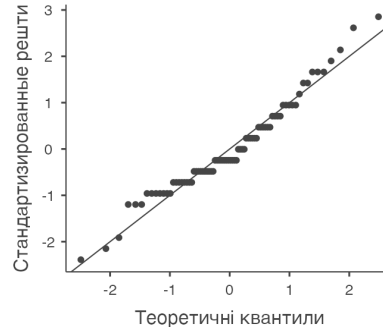
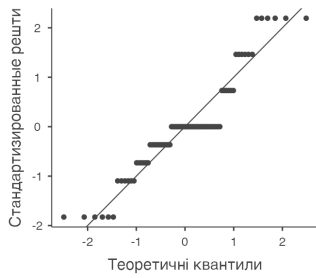


ПоганеФізичне_ГарнеФізичне_До - ПоганеФізичне_ГарнеФізичне_Після

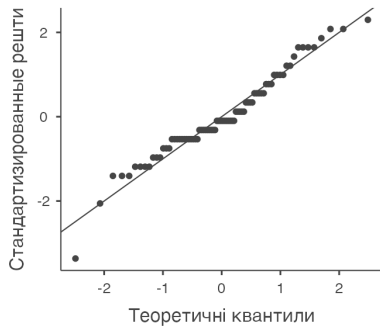


Схвильований_Спокійний_До - Схвильований_Спокійний_Після

НеВідчуваюПідтримку_ВідчуваюПідтримку_До - НеВідчуваюПідтримку_ВідчуваюПідт



Розбитий_Працевдатний_До - Розбитий_Працевдатний_Після



Сумний_Радісний_До - Сумний_Радісний_Після

