

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

Фармацевтичний та медико-профілактичний факультет
Кафедра педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права

На правах рукопису

Тітко Ельвіра Валентинівна

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти
за спеціальністю 053 «Психологія»

**на тему: «Гострий стрес та інші розлади адаптації у ВПО/українських
емігрантів після повномасштабного вторгнення»**

Керівник:

Краснов Володимир Володимирович,

доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права
НУОЗ України імені П.Л. Шупика

Рецензент:

Литвиненко Олена Олександрівна,

доктор психологічних наук, доцент,
завідувач кафедри практичної психології факультету психології, соціальної
роботи та спеціальної освіти Київського столичного університету імені Бориса
Грінченка

Робота містить результати власного дослідження автора. Використані здобутки
інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ Е.В. Тітко

(підпис)

Робота допущена до захисту 02 грудня 2024 року.

Завідувач випускової кафедри

_____ професор В.В. Краснов

(підпис)

Київ – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП	2
РОЗДІЛ 1 ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ В УМОВАХ ЗБРОЙНОЇ АГРЕСІЇ: ТЕОРІЯ, ФАКТОРИ РИЗИКУ ТА КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ.....	8
1.1 Теоретичні підходи тлумачення розладів адаптації у психологічних дослідження зарубіжної та вітчизняної школи.....	8
1.2 Фактори психічної травматизації в українських мігрантів: статистика та специфіка	16
1.3 Клініко-психологічні особливості розладів адаптації у внутрішньо переміщених осіб в умовах збройної агресії.....	22
Висновки до розділу 1	30
РОЗДІЛ 2 ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РОБОТИ З РОЗЛАДАМИ АДАПТАЦІЇ УКРАЇНСЬКИХ МІГРАНТІВ ТА ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ	32
2.1 Методики роботи з депресіями та тривогами (ВПО/українські мігранти)	32
2.2 Специфіка роботи з посттравматичним стресовим розладом (ВПО/українські мігранти).....	50
2.3 Умови профілактики роботи з гострим стресом (ВПО/українські мігранти)	60
Висновки до розділу 2	68
РОЗДІЛ 3 ПОВЕДІНКОВІ ТРАНСФОРМАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ В КОНТЕКСТІ ПОДОЛАННЯ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ: ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ТА ДИНАМІКА ЗМІН	71
3.1 Оцінка та тлумачення результатів дослідження поведінки особистості долаючи розлади адаптації	71
3.2 Динаміка змін показників поведінки особистості долаючи розлади адаптації	84
Висновки до розділу 3	94
ВИСНОВКИ.....	96
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	103

ВСТУП

Актуальність теми дослідження обумовлена сучасними викликами, з якими стикаються внутрішньо переміщені особи (далі – ВПО) та українські мігранти у зв'язку з збройним конфліктом та соціально-економічними потрясіннями. Зростання кількості людей, вимушених залишати свої домівки через війну, створює нові завдання для суспільства, зокрема у сфері психологічної та соціальної підтримки. Переселенці стикаються з багатьма проблемами – від втрати дому та роботи до розриву соціальних зв'язків і труднощів інтеграції в нові громади. Ці фактори суттєво ускладнюють процес адаптації, сприяючи розвитку психічних розладів, зокрема депресії, тривожності та посттравматичного стресового розладу (далі – ПТСР).

Збройний конфлікт, збройна агресія, ведення воєнного стану в Україні спричинила безпрецедентне підвищення рівня стресу, тривожності та інших психічних розладів серед ВПО та мігрантів, що значно ускладнює їхню адаптацію до нових життєвих умов. У таких умовах питання надання психологічної та соціальної допомоги є вкрай актуальним. У сучасних умовах підтримка переселенців та мігрантів стає невід'ємною складовою державної політики та міжнародної допомоги. Однак ефективні методики роботи з ВПО мають базуватися на чіткому розумінні їхніх потреб та проблем, що виникають на різних етапах адаптації. Наше дослідження фокусується на вивченні динаміки адаптації цих груп, аналізуючи фактори, що впливають на їхній психоемоційний стан і соціальну інтеграцію. Актуальність дослідження підкріплюється необхідністю розробки дієвих підходів до надання підтримки, яка враховуватиме не лише психологічні аспекти, але й соціальні, економічні та культурні чинники.

Крім того, дослідження має практичне значення для розробки комплексних програм реабілітації, які можуть бути використані для полегшення адаптації переселенців у нових умовах. В умовах війни та масштабних переміщень населення, ця проблема стає однією з ключових для

забезпечення соціальної стабільності та психічного благополуччя громадян, що підтверджує важливість і своєчасність проведення такого дослідження.

Дослідженням розладів адаптації та психологічних проблем ВПО та мігрантів займалися такі вітчизняні дослідники: Агаєв Н. А., Александров Д. О., Алексеєнко Т. Ф., Антомонов М. Ю., Арефнія С. В., Блажівський М. І., Герасименко Л. О., Дем'яненко Б. Т., Зубовський Д. С., Каленська Г. Ю., Карамушка Л. М., Климчук В. О., Кокун О. М., Лазарус Р. С., Лозінська Н. С., Мазіна Н. Е., Маркова М. В., Марута Н. О., Михайлов Б. В., Моргунов О. А., Наугольник Л. Б., Ніколаєнко С. І., Овчаренко О. Ю., Оніщенко Н. В., Остапчук В. В., Павленко Н. П., Панчук Ю. М., Панько Т. В., Пішко І. О., Пророк Н. В., Путінцев А. В., Рингач Н. О., Самойлова О. В., Саржевський С. Н., Сікора Я. Б., Спринська З. В., Ткаченко В. В., Титаренко Т. М., Трубавіна І. М., Хаустова О. О., Чабан О. С., Чорна В. В., Чугунов В. В., Явдак І. О. та інші. Відповідне питання знайшло своє відображення і у наукових роботах іноземних дослідників, серед них: Бек А. Т., Бріант Р. А., Гарсія-Баріста З. Е., Гоппен Т. Н., Джонстон Б., Дередже Дж., Еверт А., Елліс А., Енжел Дж. Л., Кассеє А., Кенні Д. Т., Моріна Н., Олберг К., Стерн А., Теснір С., Шіелдс М., Шурер С. та інші.

Метою наукової роботи є дослідження процесу адаптації ВПО та українських мігрантів, які були вимушені залишити свої домівки у зв'язку з військовими діями та наслідками збройного конфлікту. Основна мета полягає у вивченні динаміки їхнього психоемоційного стану на різних етапах переселення, визначенні ключових факторів, що впливають на успішність адаптації, а також розробці практичних рекомендацій для психологічної, соціальної та економічної підтримки цих груп. Дослідження спрямоване на виявлення ефективних підходів до надання допомоги переселенцям з урахуванням обставин збройного конфлікту в Україні, щоб полегшити їхню інтеграцію в нове середовище та сприяти стабілізації їхнього психічного здоров'я. Мета роботи обумовлює постановку таких завдань:

- здійснити аналіз основних теоретичних підходів тлумачення розладів адаптації в контексті психологічних досліджень, як зарубіжної, так вітчизняної наукової школи;
- дослідити фактори психічної травматизації серед українських мігрантів, зокрема їх статистичні показники та особливості прояву;
- проаналізувати клініко-психологічні особливості адаптаційних розладів у внутрішньо переміщених осіб в умовах військової агресії;
- розкрити методики роботи з депресіями та тривожними розладами, зокрема, визначити найбільш ефективні стратегії та техніки, що застосовуються для корекції цих станів у людей, які пережили травматичні події;
- виокремити специфіку та особливості роботи з посттравматичним стресовим розладом;
- дослідити умови та заходи профілактики при роботі з гострим та хронічним стресом;
- провести аналіз та оцінку результатів дослідження щодо розладів адаптації ВПО та українських мігрантів, які постраждали в умовах збройної агресії;
- охарактеризувати динаміку змін в поведінкових показниках особистості під час подолання розладів адаптації в межах здійсненого дослідження.

Об'єктом дослідження є процес адаптації ВПО та українських мігрантів, які були змушені переселитися через збройний конфлікт (введення воєнного стану) в Україні.

Предметом дослідження є психоемоційний стан, соціальні та економічні чинники, що визначають адаптацію внутрішньо переміщених осіб і мігрантів на різних етапах переселення, а також підходи до підтримки та реабілітації, які сприяють полегшенню цього процесу.

Методологія дослідження. У процесі дослідження було застосовано кілька методів, що дозволяють комплексно підійти до вивчення адаптації

ВПО та українських мігрантів. Метод аналізу та синтезу дозволив систематизувати наявні теоретичні та емпіричні дані щодо адаптації, психоемоційних розладів та факторів, які впливають на переселенців. Аналіз окремих аспектів проблеми, таких як тривожність, депресія, соціальні зв'язки, допоміг визначити ключові тенденції, а синтез різних даних сприяв формуванню цілісної картини процесу адаптації.

Автор також застосував структурний метод. Застосування цього методу дозволило вивчити структуру процесу адаптації переселенців, виділяючи основні етапи (наприклад, етапи тривожності, кризи, інтеграції та ін.) та елементи, що впливають на процес адаптації, включаючи психоемоційні, соціальні та економічні фактори.

Використання системного методу забезпечило дослідження процесу адаптації як частини ширшої системи соціальних і психологічних взаємодій дозволило врахувати взаємозв'язок між різними факторами. Системний метод допоміг зрозуміти, як соціальна підтримка, доступ до роботи, житла та психологічна допомога впливають на загальну адаптацію та психічне здоров'я переселенців.

Крім того, основна частина дослідження базувалася на зборі емпіричних даних через опитування та інтерв'ю з респондентами (ВПО та мігрантами), що дозволило отримати реальні дані про їхній психоемоційний стан, труднощі та стратегії адаптації, що стало основою для розробки практичних рекомендацій.

Застосовані нами методи забезпечили комплексний підхід до дослідження проблеми адаптації, що дозволило не тільки описати наявні проблеми, але й запропонувати ефективні шляхи їх подолання.

Гіпотеза дослідження. Процес адаптації внутрішньо переміщених осіб (ВПО) та українських мігрантів, які були змушені залишити свої домівки внаслідок збройного конфлікту, є складним і багатофакторним процесом, що визначається не лише соціальними, економічними та культурними чинниками, але й глибокими психоемоційними трансформаціями, які

відбуваються у цих осіб на різних етапах переселення. Адаптація цих груп залежить від інтенсивності та характеру психічних розладів, таких як депресія, тривожність, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), а також від здатності індивідів до психологічного відновлення та розвитку механізмів психологічної стійкості.

Зокрема, на процес адаптації ВПО та мігрантів суттєво впливають особливості їхнього психоемоційного стану, зокрема рівень стресу, страху та невизначеності, а також глибина переживань від втрати дому, рідних місць і звичних соціальних зв'язків. Психологічні механізми, такі як копінг-стратегії, здатність до прийняття нової реальності та емоційна регуляція, відіграють важливу роль у здатності осіб адаптуватися до нових умов життя. Окрім того, неврівноважений психоемоційний стан може значно ускладнити процес інтеграції в нову соціокультурну та економічну середу, посилюючи почуття соціальної ізоляції та безпорадності.

Це дослідження припускає, що успішність адаптації залежить не лише від наявності соціальних та економічних ресурсів, але й від психологічних факторів, зокрема здатності індивідів справлятися зі стресом, відновлювати соціальні зв'язки та будувати нові механізми підтримки. Також вивчення психічних розладів, зокрема депресії, тривожності та ПТСР, дозволить виявити їхній вплив на процес адаптації та запропонувати ефективні психологічні методики для зниження рівня стресу і покращення психоемоційного стану.

Завдяки інтегрованому підходу до вивчення цих факторів, на меті стоїть задача не лише оцінити вплив зовнішніх умов, а й глибше зрозуміти внутрішні психологічні процеси, які визначають успішність або невдачу в адаптації. Це дозволить сформулювати науково обґрунтовані рекомендації щодо надання комплексної психологічної допомоги, яка має враховувати не тільки соціально-економічні, але й психоемоційні потреби цих осіб. Таким чином, дослідження дозволить розробити більш ефективні стратегії соціальної підтримки, психотерапевтичної реабілітації та психологічної

допомоги, що сприятимуть успішній інтеграції ВПО та мігрантів у нове соціокультурне середовище та покращенню їх психічного здоров'я.

Новизна роботи полягає в комплексному підході до вивчення процесу адаптації ВПО та українських мігрантів в умовах війни. Особливістю цього дослідження є його фокус на вивченні динаміки психоемоційних станів переселенців на різних етапах адаптації (одразу після переселення, через тиждень і через місяць). Дослідження також акцентує увагу на впливі як психологічних, так і соціальних та економічних чинників на процес адаптації, що дозволяє краще зрозуміти складність цього явища. Новизна полягає і в інтеграції міжнародних підходів до діагностики та терапії психічних розладів із врахуванням українських реалій та специфіки соціокультурного контексту, що забезпечує розробку адаптованих рекомендацій для роботи з переселенцями.

Практичне значення роботи полягає в тому, що її результати можуть бути використані для розробки програм підтримки та реабілітації переселенців. На основі отриманих даних можна створювати цільові соціальні та психологічні програми, які допоможуть полегшити процес інтеграції переселенців у нове середовище, забезпечити належну психологічну підтримку та сприяти їхньому економічному та соціальному відновленню. Рекомендації дослідження можуть бути застосовані в роботі неурядових організацій, соціальних служб, державних програм допомоги переселенцям, а також в освітніх та медичних установах. Це дослідження також є корисним для психотерапевтів та соціальних працівників, які працюють з переселенцями та допомагають їм подолати психологічні труднощі, пов'язані з переселенням та травматичними подіями.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, восьми підрозділів, висновків з розділів, загальних висновків та списку використаних джерел у кількості 102 найменування. Загальний обсяг роботи – 113 сторінок.

РОЗДІЛ 1 ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ В УМОВАХ ЗБРОЙНОЇ АГРЕСІЇ: ТЕОРІЯ, ФАКТОРИ РИЗИКУ ТА КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ

1.1 Теоретичні підходи тлумачення розладів адаптації у психологічних дослідження зарубіжної та вітчизняної школи

Розлади адаптації є важливою проблемою у психології, оскільки вони впливають на здатність індивіда ефективно функціонувати в соціальному середовищі. Ці розлади включають широкий спектр психічних і емоційних симптомів, що виникають у відповідь на значні життєві зміни або стресові події. Вивчення розладів адаптації з різних теоретичних позицій дозволяє глибше зрозуміти природу цих розладів та розробити ефективні стратегії для їх лікування. Синтез зарубіжних та вітчизняних підходів створює комплексний підхід, що враховує різноманітні аспекти адаптації, забезпечуючи більш всебічне розуміння та ефективне втручання.

Питання розладів адаптації вивчаються на поведінковому, фізіологічному та соціальному рівнях. Для клініцистів важливу роль у діагностиці наслідків стресових ситуацій відіграють прояви психічної дезадаптації. Такі прояви іноді досягають рівня надзвичайного стресу за кількісними і якісними характеристиками, включаючи соматичні захворювання, непрацездатність, гострий і хронічний біль, когнітивні та емоційні розлади, сімейні та службові проблеми, а також труднощі в міжособистісних стосунках [71, с. 606].

Перш за все з'ясуємо, що являє собою адаптація. Поняття адаптації виникло в біології, де воно використовується для позначення процесу пристосування будови та функцій організмів до умов середовища або їхнього звикання до цих умов. У науках, пов'язаних із психологією, цей термін також має подібне значення [49, с. 373]. Так, у біології цей термін визначається як процес формування ознак в організмі, які забезпечують його виживання в умовах певного середовища. Це включає всі внутрішні та зовнішні

кореляційні зв'язки (відносини організм-середовище), які дозволяють організму жити у цьому середовищі та сприяють продовженню взаємодії виду, до якого він належить [29].

Як відзначає українська дослідниця Сікора Я. Б., посилаючись на різні джерела психолого-педагогічної літератури, адаптація – це процес пристосування організму та особистості до змін у навколишніх умовах життя та діяльності здійснюється за допомогою фізіологічних, психічних і соціальних реакцій, спрямованих на створення умов для нормального функціонування в незвичних обставинах [55, с. 136]. Тобто, поняття адаптації в психології включає процеси, за допомогою яких індивіди пристосовуються до вимог навколишнього середовища, підтримуючи своє фізичне і психічне здоров'я. Адаптація в психологічному контексті охоплює як індивідуальні, так і соціальні аспекти, такі як розвиток навичок подолання стресу, зміна поведінкових стратегій, а також взаємодію з іншими людьми та адаптацію до соціальних норм і очікувань. Цей процес сприяє збереженню емоційної рівноваги та функціональності в умовах постійних змін та стресових ситуацій.

Адаптація, як здатність творчо пристосовуватися до середовища, відповідає рівню психічного добробуту. Це стан, коли людина пристосовується до існування в суспільстві відповідно до його вимог та з урахуванням власних потреб, мотивів і інтересів. Можна також відзначити, що за нормальних умов, адаптація – це модифікація поведінки відповідно до різноманітних або мінливих обставин, що дозволяє ефективно пристосовуватися до навколишнього середовища та оптимально функціонувати в різних сферах, таких як боротьба зі щоденними стресорами [3, с. 163].

На нашу думку, адаптація – це здатність індивіда чи групи опрацьовувати нову або модифіковану інформацію та здійснювати відповідні психологічні, фізіологічні або поведінкові реакції, що дозволяють ефективно функціонувати або досягати цілей в умовах, що постійно змінюються.

Сучасні дослідження підкреслюють роль особистісних факторів у розвитку психологічних порушень як реакції на стрес. До таких факторів належать особистісні риси, зокрема низька стресостійкість, тривожність, нігілізм, соціальна ізоляція, а також рівень сформованості захисних механізмів психіки, наявність стратегій протидії стресу та соціальної підтримки. Важливу роль відіграє й суб'єктивна оцінка особою стресової події – негативне сприйняття або перебільшення її небезпеки можуть значно посилити негативний вплив на психіку. На думку провідних фахівців, розлади адаптації переважно виникають у людей з низькою стресостійкістю у відповідь на ситуацію, яка хоча й викликає психічний стрес, але не перевищує звичних меж. Розлади адаптації характеризуються порушенням нормального функціонування особистості, впливаючи на професійну, навчальну діяльність і соціальні взаємодії [8, с. 63].

Термін «розлади адаптації» здобув широке поширення в психіатрії за останні десятиліття. Ця нозологічна одиниця була вперше представлена в третій редакції DSM-III, а згодом детальніше розроблена у подальших класифікаціях, таких як МКХ-10 та DSM-IV, де вона була виділена в окрему категорію. У сучасному контексті розлади адаптації розглядаються як психологічна реакція на певний стресовий фактор або сукупність стресорів, що проявляється клінічно значущими емоційними та поведінковими порушеннями [54, с. 34].

У вітчизняних наукових дослідженнях зустрічаються різні підходи до тлумачення поняття розладу адаптації. Так, Пророк Н.В., Царенко Л. Г. та Бойко С. Т. відзначають, що розлади адаптації, які виникають внаслідок сильного стресу, характеризуються станом суб'єктивного дистресу та емоційних порушень, що призводять до дезорганізації функціональних систем організму. Це, як правило, перешкоджає соціальному функціонуванню та знижує продуктивність. Такі розлади виникають у період адаптації до значних життєвих змін або внаслідок стресових подій чи ситуацій, зокрема екстремальних та надзвичайних ситуацій, або у випадку

серйозної фізичної хвороби чи її загрози. Людина не має достатніх зовнішніх та внутрішніх ресурсів, таких як сформовані навички, готові механізми подолання (копінг-стратегії), стресостійкість та резильєнтність, щоб ефективно адаптуватися до нових умов [49, с. 379].

Як зазначає український дослідник Блажівський М. І., процес адаптації особистості у соціальній психології розглядається як механізм урівноважування особистості та соціуму. Соціально-психологічний аспект адаптації пов'язаний із труднощами засвоєння нових соціальних норм, встановлення та підтримання певного соціального статусу в малій групі. У соціально-психологічній адаптації розрізняють поняття «пристосування» та «адаптація» в власному сенсі. Спостерігається тенденція руху від пасивного пристосування до побудови системи продуктивної взаємодії між особистістю та середовищем, особистістю та діяльністю. Пристосування є елементом процесу адаптації, який відображає форму первинної взаємодії суб'єкта з об'єктами адаптації, і через них – із середовищем [6, с. 239].

Як відмітила українська дослідниця Костриця Л., розлад адаптації є психічним порушенням, яке може виникнути внаслідок стресових ситуацій або змін у звичному способі життя. Основними причинами цього розладу можуть бути різні фактори, що впливають на психіку людини: відчуття втрати емоційного контролю, дискомфорт у нових умовах, нездатність змиритися зі змінами або зіткнення зі страхами та тривогами, яких раніше не було. Розлад адаптації може виникнути у будь-який момент, але в умовах війни він стає особливо небезпечним. Симптоми цього розладу варіюються у різних людей, але зазвичай включають втрату інтересу до навколишнього світу, зниження настрою, підвищену втому тощо [22].

Перші місяці після початку збройної агресії (війни) характеризуються тривогою та страхом, що є нормальною реакцією на стрес. Проте, якщо ці симптоми тривають більше кількох місяців, це може свідчити про розлад адаптації. Людина може відчувати ізоляцію від оточення, відчуження від суспільства та порушення сну, що посилює симптоми [44, с. 5]. Інші прояви

включають постійну дратівливість, невпевненість, надмірну тривогу, істерію, підвищену чутливість до звуків і світла, знижену зосередженість тощо.

Збройний конфлікт (війна) викликає великий стрес і травми, що можуть призвести до депресивного стану. Люди можуть відчувати втому, безсилля, втрату сенсу життя та відчуження від інших. Депресія може посилюватися з часом, призводячи до серйозних проблем із психічним здоров'ям. Усі ці симптоми можуть впливати на перебіг розладу адаптації.

У сучасних умовах повномасштабної російської воєнної агресії населення України стикається з одночасним формуванням як індивідуальної, так і колективної травматизації. Це явище негативно впливає як на психосоматичне здоров'я окремих людей, так і на громадське здоров'я в цілому. До особливостей сучасної колективної травматизації українського суспільства можна віднести наступне:

- соціальна фрустрація набуває значної ваги, оскільки взаємодія між людьми стає більш значущою, ніж вплив природних чи техногенних факторів;
- відсутність обмежень у просторі, оскільки травматизація охоплює все населення незалежно від їхньої безпосередньої участі у подіях, завдяки механізмам віртуалізації;
- нездатність до швидкого реагування та розтягнутість травматичних подій у часі, що посилюється через тривалість війни, її восьмирічну історію та травматичну пам'ять, яка передається поколіннями;
- глибоке почуття несправедливості та беззахисності, коли об'єктами травматизації стають цілі соціальні групи, а не лише окремі люди. Це відчуття посилюється навіть у тих, хто був евакуйований або не постраждав безпосередньо, як у випадках Бучі, Гостомеля, Ірпеня (Київська область), Маріуполя (Донецька область) тощо;
- тривалий характер травматизації, оскільки війна продовжується, і немає можливості для повного опрацювання травми, що залишає багато прихованих психосоматичних наслідків [65, с. 3].

Індивідуальні та колективні травми взаємно посилюються в суспільстві. Рівень травматизації поглиблюється груповим переживанням несправедливості, яке посилюється свідомими чи навмисними діями російських військових, зокрема стратами, катуваннями та вигнанням невинних людей, які не могли чинити опір [27, с. 65]. Наслідком цього є зростання соціальної фрустрації, групоцентризму, схильності до ідеалізації власної соціальної групи, а також збільшення кількості психологічних і психосоматичних проблем, таких як посттравматичний стресовий розлад, збільшення числа соматичних захворювань та загострення хронічних психічних і соматичних розладів [90, с. 179].

Розлади адаптації можуть виникати з різних причин, які можна умовно поділити на внутрішні та зовнішні. Внутрішні причини включають генетичні фактори, захворювання, які впливають на здатність організму справлятися зі стресом, а також психічні розлади, такі як депресія та тривожні стани. Зовнішні причини охоплюють небезпечні життєві ситуації, такі як природні катастрофи, аварії, конфлікти на роботі або в сім'ї, соціальну незахищеність, втрату роботи, неправильне харчування та недостатню фізичну активність. Крім того, індивідуальні фактори, такі як психологічна стійкість, особливості характеру, релігійні та культурні переконання, також можуть впливати на реакцію людини на стресові ситуації [24, с. 165-167].

Переходячи до зарубіжних підходів до адаптації, відзначимо, що одним із найвпливовіших підходів у сучасній психології є біопсихосоціальна модель, запропонована Енгелем Д. Вона розглядає розлади адаптації як результат взаємодії біологічних, психологічних та соціальних факторів. Згідно з цією моделлю, біологічні аспекти включають генетичну схильність та фізіологічні реакції на стрес, психологічні аспекти охоплюють індивідуальні особливості сприйняття та мислення, а соціальні аспекти враховують вплив оточення, сім'ї та суспільства [81, с. 133].

Інший впливовий підхід – когнітивно-біхевіоральна теорія (КБТ), яка зосереджується на ролі когнітивних процесів та поведінкових реакцій у

розвитку та підтриманні розладів адаптації. Представники цього підходу, такі як А. Бек та А. Елліс стверджують, що ірраціональні думки та переконання можуть спричиняти емоційні та поведінкові проблеми. КБТ використовує техніки зміни мислення та поведінки для поліпшення адаптації [73; 80]. На сьогоднішній день, КБТ залишається одним із провідних підходів у лікуванні розладів адаптації. Сучасні дослідження зосереджуються на вдосконаленні технік КБТ та їх адаптації до різних популяцій і культур. Використання технологій, таких як інтернет-терапія та мобільні додатки для підтримки КБТ, набуває все більшого поширення.

Психодинамічна теорія, заснована на роботах З. Фрейда та К. Г. Юнга, акцентує увагу на ролі несвідомих процесів у розвитку розладів адаптації. З цього підходу в подальшому виник напрям психоаналізу. Психоаналізом називають і теорію особистості, і метод психотерапії розладів особистості, і метод вивчення неусвідомлюваних думок і почуттів людини. З. Фрейд пояснює існування трьох рівнів у психічному житті людини саме процесом адаптації, розглядаючи несвідоме, підсвідоме та свідоме як наслідок тривалого пристосування людської психіки до умов життя. Завдяки цим структурам людина має здатність краще адаптуватися до будь-яких особливих соціальних або складних життєвих обставин, і вони визначають різні можливості її адаптації. Інстинктивні спонукання, що належать до несвідомого рівня психіки, сприяють швидкій адаптації у випадках, коли потрібне швидке реагування, термінове задоволення потреб або збереження існування, але це іноді може відбуватися за рахунок порушення соціальних принципів і норм, що призводить до соціальної дезадаптації [88, с. 22]. Теорія припускає, що внутрішні конфлікти, витіснені емоції та ранні дитячі переживання можуть впливати на здатність індивіда адаптуватися до нових умов. Терапія у цьому підході спрямована на усвідомлення та вирішення цих несвідомих конфліктів.

В умовах соціального оточення багато неусвідомлюваних інстинктів, будучи біологічно обумовленими, не узгоджуються із соціальними

правилами та нормами співіснування. Тому основним адаптивним механізмом стає вміння діяти свідомо, відповідно до соціальних очікувань та домовленостей. Це дозволяє не лише досягти бажаного задоволення, але й зберегти стосунки з іншими важливими для життя людьми, забезпечити можливість співпраці та успіху в спільній діяльності [40, с. 69-70]. Таке вміння формується через засвоєння моральних і естетичних стандартів, які спрямовані на досягнення гармонії та культури. У процесі психічного розвитку та формування особистості ці стандарти переосмислюються і стають частиною надсвідомого, відповідно до структурної моделі психічного життя, запропонованої З. Фрейдом. Їх виникнення зумовлено необхідністю адаптації до життя серед людей.

Сучасні психодинамічні підходи включають короткострокову психодинамічну терапію, яка акцентує увагу на вирішенні конкретних проблем, пов'язаних з адаптацією. Вони поєднують традиційні психоаналітичні методи з новітніми дослідженнями в області нейропсихології та психотерапії [21, с. 37-39].

Таким чином, розлади адаптації є важливою проблемою сучасної психології, оскільки вони впливають на здатність індивіда ефективно функціонувати в соціальному середовищі. Теоретичні підходи до вивчення цих розладів, як зарубіжні, так і вітчизняні, дозволяють глибше зрозуміти природу цих порушень та розробити ефективні стратегії для їх лікування. Зарубіжні підходи, такі як біопсихосоціальна модель, когнітивно-біхевіоральна терапія та психодинамічна теорія, надають комплексний погляд на взаємодію біологічних, психологічних та соціальних факторів, що сприяє створенню більш ефективних методик терапії.

Вітчизняні підходи, в свою чергу, зосереджуються на культурних і соціальних контекстах, індивідуальних особливостях особистості та рівні розвитку психологічних механізмів захисту. Це дозволяє враховувати специфіку соціокультурного середовища, в якому перебуває індивід, і забезпечує більш точну діагностику та лікування розладів адаптації. Синтез

зарубіжних та вітчизняних підходів сприяє більш всебічному розумінню проблеми та ефективному втручанню, що може значно покращити якість життя пацієнтів та їх здатність адаптуватися до змін у життєвих обставинах.

Особливо актуальним є вивчення розладів адаптації в умовах збройної агресії, коли стресові фактори набувають надзвичайної інтенсивності. У таких умовах адаптивні механізми індивіда зазнають значних випробувань, що може призвести до серйозних психологічних порушень. Дослідження цих питань сприяє створенню цільових програм психологічної підтримки та реабілітації, які спрямовані на мінімізацію негативного впливу стресу та підвищення адаптаційного потенціалу осіб, що переживають складні життєві обставини. Це акцентує увагу на необхідності застосування комплексного підходу до вивчення та лікування розладів адаптації, який враховує біопсихосоціальні, культурні та індивідуальні особливості кожної людини.

1.2 Фактори психічної травматизації в українських мігрантів: статистика та специфіка

Радикальні зміни, спричинені воєнними діями через повномасштабне вторгнення російської федерації в Україну, змусили велику кількість українців покинути свої домівки в пошуках безпечного притулку. Ці події суттєво вплинули на психічне здоров'я біженців та шукачів захисту. Ті, хто був змушений змінити своє місце проживання, стикаються з численними гуманітарними та соціальними труднощами, серед яких втрата житла, роботи та можливостей для навчання школярів і студентів. Крім того, вони переживають значний психологічний стрес, викликаний перебуванням у зоні конфлікту, відчуттям втрати звичного соціального оточення та розлукою з близькими [20, с. 3]. Психічна травматизація серед українців, змушених залишити країну через військову агресію, має унікальні особливості, які зумовлені як характером травматичних подій, так і специфікою соціокультурного контексту, в якому вони опинилися.

Слід зазначити, що масштаби проблеми є вражаючими. Згідно з даними Управління Верховного комісара ООН у справах біженців (УВКБ ООН), від початку війни понад 6,2 мільйона українців виїхали за кордон, з яких понад 5,8 мільйона оселилися в країнах Європи. Водночас кількість внутрішньо переміщених осіб всередині України оцінюється приблизно у 5 мільйонів [16].

Як зазначає група українських дослідників, процес адаптації таких осіб супроводжується значним і тривалим перенапруженням особистісних ресурсів, що зумовлює виснаження захисно-приспосувальних механізмів і, як наслідок, розвиток пограничних нервово-психічних розладів. Психічні порушення на тлі численних психологічних і соціальних проблем спричиняють зміну особистісного реагування та дезадаптацію. Українські дослідники, застосовуючи системний підхід, узагальнили основні проблеми біженців із зони збройного конфлікту. До них належать: відсутність тимчасового та постійного житла; нестача робочих місць; недостатнє надання матеріальної допомоги найбільш уразливим групам населення; відсутність соціального забезпечення; неможливість повернення до попередніх місць проживання [33, с. 12; 28, с. 120].

Вимушене переселення, яке включає біженство, є однією з найскладніших життєвих ситуацій. Травматизація психіки, пов'язана з минулим досвідом міграції, а також нові виклики у новому соціокультурному середовищі, пов'язані з вимогами адаптації та труднощами, які виникають після переїзду, роблять цей процес надзвичайно складним. Біженство можна вважати екстремальною ситуацією, в якій перед людиною постає проблема виживання та постійної боротьби з важкими життєвими обставинами.

Окрім незручностей, пов'язаних із проживанням на чужій території, переселення в нове середовище значно впливає на психічне та фізичне здоров'я біженців. Соціальне безправ'я і психічна вразливість, важкий тягар матеріальних проблем, постійний страх перед майбутнім, погіршення здоров'я та підвищений ризик захворювань, внутрішній конфлікт та

конфлікти з іншими людьми, а також відчуття себе «чужинцем» – все це створює додаткові труднощі [59, с. 58].

Аналіз психологічних проблем біженців показує, що вони є комплексними і охоплюють усі основні сфери особистості: емоційну, когнітивну, поведінкову, мотиваційну та комунікативну. Порушення в різних аспектах психічного здоров'я, що накладаються одне на одне, можуть призводити до більш серйозних особистісних проблем. Зміна соціального оточення призводить до втрати підтримки друзів і знайомих, що були раніше, і це сприяє виникненню почуття самотності.

Однією з ключових характеристик цієї травматизації є інтенсивність і тривалість пережитих подій. Війна створює умови для постійного впливу травматичних факторів: люди, які вимушено залишили свої домівки, стикалися з бомбардуваннями, втратами близьких, руйнуванням житла та загрозою власному життю. Навіть після евакуації, переживання цих подій продовжує негативно впливати на психіку, що може призводити до розвитку посттравматичного стресового розладу (далі – ПТСР). Як відзначають українські дослідники Чабан О. С. та Хаустова О.О. в середньому, поширеність ПТСР і депресії серед біженців та тих, хто залишився в зоні конфлікту досягає близько 30%. ПТСР часто супроводжується іншими видами психопатології. Згідно з дослідженнями, 90% людей, які пережили ПТСР, протягом життя мають щонайменше одне супутнє захворювання. Найпоширенішими з них є депресія, зловживання алкоголем або розвиток залежності, інші тривожні розлади, а також психосоматичні порушення [68, с. 1].

Варто відзначити, що особливості реагування українців на стрес і травму мають глибокі корені в історичних, культурних та соціальних факторах, що формували національний характер і підходи до подолання кризових ситуацій. Український народ протягом своєї історії стикався з численними викликами, включаючи війни, голодомори, репресії та інші форми колективного стресу. Ці історичні випробування сприяли розвитку

стійкості (резильєнтності) на рівні колективної пам'яті та культури. Українці часто виявляють високу здатність до виживання і адаптації в екстремальних умовах, що може бути пояснено як результатом багатовікової боротьби за незалежність та збереження національної ідентичності.

Однак, не зважаючи на колективну стійкість, багато українців також стикаються з підвищеним рівнем тривожності, депресії та іншими психосоматичними реакціями на травму. Війна, економічні труднощі та невизначеність майбутнього можуть викликати гострі стресові реакції, що потребують професійної психологічної підтримки. В умовах затяжного конфлікту та нестабільності, українці, як і представники інших націй, можуть відчувати високий рівень тривожності. Ця тривожність виникає через невизначеність майбутнього, страх перед подальшими втратами та нездатність контролювати ситуацію [62]. Висока тривожність може перерости у хронічну тривожність або генералізований тривожний розлад, що проявляється в постійному відчутті неспокою, підвищеній чутливості до стресу та надмірних занепокоєннях щодо повсякденних ситуацій.

Депресивні стани також є поширеними серед тих, хто стикається з постійним стресом та травмою. Вони можуть супроводжуватися відчуттям безнадії, втрати інтересу до життя, проблемами зі сном і апетитом, а також зниженням енергії. У людей, що переживають депресію, часто спостерігається зниження мотивації та втрати здатності до нормальної соціальної активності.

Виникають також психосоматичні розлади, коли психічний стрес трансформується у фізичні симптоми. Це може проявлятися в головних болях, проблемах з шлунково-кишковим трактом, серцево-судинних захворюваннях та інших фізичних порушеннях. У багатьох випадках ці симптоми не мають органічної причини, але є результатом тривалого або інтенсивного психологічного стресу [53, с. 119]. Як наслідок, підвищена тривожність та психосоматичні реакції є значущими аспектами реагування українців на стресові ситуації, особливо в контексті війни та соціальних

викликів. Розуміння цих процесів та своєчасне втручання можуть допомогти зменшити негативний вплив на психічне та фізичне здоров'я населення.

В умовах війни та соціальної нестабільності українці часто стикаються з постійним фізичним дискомфортом, який посилюється психологічними факторами, такими як страх за власне життя і життя близьких, відчуття безпорадності та втрати контролю над подіями. Такі обставини сприяють розвитку хронічного стресу, що поступово руйнує імунну систему та підвищує ризик виникнення різних захворювань.

Збройний конфлікт створює екстремальні умови, які значно перевищують звичний досвід людини. Для окремих груп українців ці обставини перетворюються на гіперекстремальні ситуації, де внутрішні навантаження перевищують фізичні та психічні можливості. Це призводить до руйнування звичних моделей поведінки та дій, що може мати серйозні наслідки для психічного та фізичного здоров'я. До таких гіперекстремальних ситуацій належать раптова втрата близької людини, перебування у полоні, пережиті тортури або насильство (особливо якщо існує загроза життю чи фізичній цілісності), а також свідчення смерті чи травмування інших осіб [93]. Психічні травми, що виникають за таких обставин, часто мають колективний характер. Колективна травма – це психічне ураження, яке переживає група людей, що може охоплювати громаду чи навіть усе суспільство, внаслідок соціальних, техногенних або екологічних катастроф, а також злочинних дій політичних чи інших соціальних суб'єктів. Ці травми мають глибокий вплив на психічний стан людей, зокрема, сприяючи поширенню розладів адаптації, ПТСР, депресії та тривожних розладів [58, с. 6].

Цей постійний стрес поглиблюється втратою дому та розривом зі звичним соціальним середовищем. Евакуація відриває людей від їхнього рідного простору, який асоціюється з безпекою і стабільністю, що значно підсилює відчуття ізоляції та безпорадності. Втрата соціальних зв'язків та фізичної близькості з рідними сприяє розвитку депресивних станів і

загостренню тривожних розладів. До цього додається невизначеність майбутнього, яка є характерною для біженців, що залишили країну через війну. Відсутність впевненості у власній безпеці, труднощі з плануванням майбутнього життя та невизначеність щодо повернення на батьківщину створюють хронічний стрес. Це поглиблює тривожний стан, призводить до порушень сну та інших симптомів, пов'язаних зі стресом [91, с. 28].

Крім того, після евакуації українські біженці стикаються з викликами інтеграції у нове культурне середовище, яке може значно відрізнятись від рідного. Мовні бар'єри, культурні відмінності та інші соціальні норми можуть викликати почуття відчуженості, що ускладнює процес адаптації та інтеграції. Це, в свою чергу, підсилює психічний стрес і сприяє розвитку різних психологічних розладів.

Особливо важким випробуванням є розлука з родиною та близькими, яка є однією з найболючіших складових травматизації. Війна розлучає родини, що підсилює почуття самотності та безпорадності. Нemoжливість підтримувати регулярні контакти з рідними стає додатковим джерелом стресу, що може призводити до глибоких емоційних та психологічних розладів [8, с. 63].

Таким чином, на підставі вищевикладеного, ми пропонуємо наступну класифікацію факторів, які призвели до травматизації українських мігрантів:

- 1) Соціальні фактори: втрата соціальної підтримки, ізоляція, культурні відмінності.
- 2) Економічні фактори: невизначеність, низький рівень життя, економічна нестабільність.
- 3) Психологічні фактори: втрата ідентичності, криза сенсу, почуття вини через залишену країну та родину.
- 4) Травматичні події: безпосередні травматичні події, пов'язані з війною, переслідуванням, або катастрофами.
- 5) Фактори приймаючої країни: дискримінація, труднощі інтеграції, проблеми з легалізацією та працевлаштуванням.

Таким чином, для ефективного надання психологічної допомоги українським мігрантам необхідно враховувати комплексний характер їхньої травматизації. Важливо розробити індивідуалізовані підходи, що включатимуть підтримку у всіх зазначених аспектах – соціальному, економічному, психологічному, а також адаптацію до нових умов у приймаючій країні. Це дозволить зменшити негативний вплив травматичних факторів і сприятиме швидшому відновленню та інтеграції мігрантів у нове суспільство.

1.3 Клініко-психологічні особливості розладів адаптації у внутрішньо переміщених осіб в умовах збройної агресії

Основною причиною вимушеного переселення є «екстремальний стрес», який виникає в умовах, коли людина змушена боротися з надзвичайно складними життєвими обставинами, що перевищують її здатність до адаптації. Висока інтенсивність відчуття небезпеки та загрози для життя стимулює виражене прагнення подолати виниклі труднощі. Вимушене переселення часто супроводжується різким зниженням соціально-економічного статусу, труднощами адаптації та серйозними проблемами у взаєминах із місцевим населенням, що може призвести до погіршення психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб [37, с. 135].

ВПО зіштовхуються з численними труднощами, які суттєво впливають на їхній психічний стан і загальне здоров'я. Збройна агресія створює надскладні умови, які призводять до значних змін у житті людей, що піддає їх високому рівню стресу та психологічної травматизації. Зокрема, вимушене переміщення супроводжується серйозними випробуваннями, такими як втрата соціальних зв'язків, незабезпеченість житлом та роботою, що стає каталізатором для розвитку різних форм розладів адаптації.

Розлади адаптації у ВПО є складним феноменом, що охоплює широкий спектр психічних та фізичних симптомів. В умовах збройної агресії ці розлади проявляються особливо гостро, оскільки переміщені особи

переживають багаторівневий стрес: від переживань, пов'язаних із травматичними подіями в зоні конфлікту, до необхідності адаптації до нових, часто незнайомих умов життя [59, с. 56]. Психологічні проблеми, з якими стикаються ВПО, включають депресію, тривожні розлади, порушення сну та інші психосоматичні прояви, які значно знижують якість їхнього життя.

Розлади адаптації є складним і багатогранним феноменом, який розвивається під впливом різних факторів, що можуть бути пов'язані як з індивідуальними особливостями особистості, так і з зовнішніми умовами. Ці фактори можна умовно розділити на кілька категорій: психосоціальні, економічні, культурні та індивідуальні [45, с. 179]. Психосоціальні фактори включають втрату соціальної підтримки, зміну соціального оточення та ізоляцію, що є характерними для людей, які переживають розлади адаптації. Коли людина втрачає звичне соціальне середовище, до якого вона була прив'язана, зокрема через вимушене переміщення або зміну місця проживання, це створює відчуття самотності та безпорадності. Соціальна підтримка, така як підтримка друзів, родини або колег, є важливим фактором стабільності. Її відсутність може значно посилювати стрес і тривожність, що сприяє розвитку розладів адаптації [75, с. 263].

Економічні труднощі є одним із найбільш поширених факторів, що впливають на розвиток розладів адаптації [70, с. 115]. Невизначеність щодо фінансової стабільності, втрата роботи або джерел доходу, неможливість забезпечити себе та свою родину базовими потребами створюють постійний стрес. Економічна нестабільність часто поєднується з відчуттям безнадії та страху за майбутнє, що робить процес адаптації до нових умов ще більш складним. ВПО, які опинилися в економічно нестабільній ситуації, можуть відчувати постійний тиск, що призводить до депресії, тривожних розладів і інших психічних проблем.

Культурні фактори також відіграють важливу роль у розвитку розладів адаптації, особливо серед людей, які вимушено переселилися в інше культурне середовище. Цей процес може супроводжуватися культурним

шоком, що посилює стрес і тривожність. Люди, які відчують себе «чужинцями» в новому середовищі, частіше стикаються з труднощами адаптації, що може призвести до психічних розладів [61, с. 330-332].

Переходячи до наступного фактору, відзначимо індивідуальні фактори, що включають особистісні характеристики, рівень стресостійкості, попередній досвід переживання травматичних подій і наявність психічних розладів в анамнезі. Люди з високою стресостійкістю, розвиненими механізмами психологічного захисту та підтримуючими соціальними зв'язками здатні легше адаптуватися до змін і справлятися з труднощами. Водночас, люди з вразливістю до тривожних розладів, а також ті, хто має історію психічних захворювань, знаходяться в групі ризику розвитку розладів адаптації. Особистісні фактори також включають такі аспекти, як самооцінка, здатність до позитивного мислення та мотивація до подолання труднощів [64, с. 36].

Загалом, розлади адаптації ВПО розвиваються під впливом складної сукупності факторів, які взаємодіють між собою і можуть значно ускладнити процес адаптації до нових умов життя. Наведені вище фактори, а також травматичні події є ключовими елементами, що визначають, наскільки важким буде процес адаптації для людини. Їхнє розуміння дозволяє розробляти ефективні стратегії підтримки та реабілітації, спрямовані на зменшення впливу стресу і полегшення процесу адаптації для людей, які переживають складні життєві обставини.

Існує тісний взаємозв'язок між рівнем психічної напруги та загальним станом здоров'я. У людей, які тривалий час перебувають у стресових умовах, часто спостерігаються інтенсивні головні болі, порушення сну, підвищена дратівливість, проблеми з пам'яттю та інші симптоми, пов'язані зі стресом. Українські дослідники Предко В. та Предко Д. провели дослідження, результатами якого було встановлено, що рівень психічної напруги значно залежить від обставин, у яких опинилися українці через війну. Зазначені симптоми частіше проявлялися у тих, хто перебував за кордоном, знаходився

в зоні бойових дій, або мав близьких, які опинилися у зоні конфлікту. Також було виявлено, що віра в перемогу України здатна зменшувати прояви психологічної напруги у цих людей [46, с. 83].

Відзначимо, що збройний конфлікт і вимушене переміщення мають глибокий і багатогранний вплив на психіку людини, а також на її здатність адаптуватися до нових умов життя. Ці фактори створюють унікальні стресові ситуації, які викликають широкий спектр психологічних проблем та ускладнюють процес адаптації. Збройний конфлікт є джерелом постійного страху і тривоги. Люди, які безпосередньо перебувають у зоні бойових дій або пережили втрату близьких, руйнування будинків, фізичні поранення або інші травматичні події, часто відчують симптоми ПТС, зокрема: повторні спогади про травматичні події, нічні кошмари, флешбеки, підвищену збудливість, що значно ускладнює здатність людини адаптуватися до мирного життя навіть після евакуації з зони конфлікту [4, с. 7].

Вимушене переміщення, спричинене збройним конфліктом, створює додаткові труднощі для адаптації. Переселення до нової місцевості супроводжується втратами соціальних зв'язків, звичної життєвої рутини, джерел доходу, що збільшує відчуття нестабільності та невизначеності. Ці фактори можуть викликати депресію, тривожні розлади, почуття ізоляції, безнадії та втрати контролю над своїм життям. Адаптація до нового соціального та культурного середовища стає ще більш складною через мовні бар'єри, культурні відмінності, а також можливу дискримінацію в приймаючому суспільстві [21, с. 33].

Важливо відзначити, що вплив збройного конфлікту і вимушеного переміщення має кумулятивний характер, тобто стресові фактори, що накладаються один на одного, можуть значно підсилювати негативні психічні наслідки [58]. Наприклад, тривалий стрес від перебування у зоні конфлікту може поєднуватися з труднощами адаптації на новому місці, що веде до більш серйозних психічних розладів і тривалих періодів дезадаптації.

Усе це вказує на важливість застосування комплексного підходу до підтримки внутрішньо переміщених осіб, який передбачає надання психологічної допомоги, забезпечення умов для ефективної адаптації та сприяння інтеграції у нове соціальне середовище.

Дослідження, проведене у зоні проведення антитерористичної операції (2014-2022 рр.) групою вітчизняних науковців показало наступні результати, які наочно продемонстровані у Таблиці 1:

Фактор психічної травматизації	Фізіологічний фактор	Психоемоційний фактор	Соціально-психологічний фактор	Інформаційний фактор
Під час перебування у зоні АТО				
Чоловіки	89% $\pm$ 6%	96% $\pm$ 4%	63% $\pm$ 7%	67% $\pm$ 9%
Жінки	100% $\pm$ 0%	100% $\pm$ 0%	78% $\pm$ 6%	76% $\pm$ 7%
Через 12 місяців				
Чоловіки	48% $\pm$ 9%	78% $\pm$ 8%	52% $\pm$ 9%	86% $\pm$ 9%
Жінки	51% $\pm$ 8%	88% $\pm$ 6%	83% $\pm$ 8%	45% $\pm$ 9%
Через 24 місяці				
Чоловіки	37% $\pm$ 9%	44% $\pm$ 9%	70% $\pm$ 8%	44% $\pm$ 8%
Жінки	35% $\pm$ 9%	44% $\pm$ 9%	76% $\pm$ 7%	30% $\pm$ 7%
Під час обстеження				
Чоловіки	37% $\pm$ 9%	44% $\pm$ 9%	70% $\pm$ 8%	52% $\pm$ 9%
Жінки	39% $\pm$ 7%	39% $\pm$ 7%	76% $\pm$ 7%	29% $\pm$ 7%

Таблиця 1.

Отже, ретроспективний аналіз впливу стресових факторів на обстежених, які перебували у зоні АТО, демонструє істотні відмінності у частоті та характері цих факторів залежно від статі та часу, що минув після подій.

У чоловіків під час перебування у зоні АТО найчастіше спостерігалися інформаційні та соціально-психологічні фактори ($95,24 \pm 3,29$ % та $83,33 \pm 5,75$ % відповідно). Психоемоційні та фізіологічні фактори були менш поширеними ($76,19 \pm 6,57$ %). Через 12 місяців інформаційні ($80,95 \pm 6,06$ %) та соціально-психологічні фактори залишалися домінуючими, тоді як психоемоційні ($57,14 \pm 7,64$ %) та фізіологічні ($50,00 \pm 7,72$ %) фактори значно зменшилися. Через 24 місяці після перебування у зоні АТО соціально-психологічні фактори зросли до $88,10 \pm 5,00$ %, однак інші фактори продовжували знижуватися: інформаційні – до $50,00 \pm 7,72$ %, психоемоційні – до $40,48 \pm 7,57$ %, фізіологічні – до $26,19 \pm 6,78$ %.

У жінок під час перебування у зоні АТО найбільш поширеними були фізіологічні та психоемоційні фактори, які реєструвалися у 100 % випадків. Соціально-психологічні та інформаційні фактори спостерігалися рідше – $73,08 \pm 6,15$ % та $53,85 \pm 6,91$ % відповідно. Через 12 місяців переважали психоемоційні ($73,08 \pm 6,15$ %), соціально-психологічні ($67,31 \pm 6,51$ %) та фізіологічні ($63,46 \pm 6,68$ %) фактори, тоді як інформаційні фактори були менш поширеними ($36,54 \pm 6,68$ %). Через 24 місяці найбільш частими залишалися психоемоційні ($78,85 \pm 5,66$ %) та соціально-психологічні ($67,31 \pm 6,51$ %) фактори, тоді як фізіологічні ($36,54 \pm 6,68$ %) та інформаційні ($19,23 \pm 5,47$ %) фактори зустрічалися значно рідше [28, с. 121].

Результати цього дослідження вказують на значні відмінності у впливі різних факторів психічної травматизації на чоловіків і жінок, які перебували у зоні військових дій. Для жінок під час перебування в зоні конфлікту ключову роль відігравали фізіологічні та психоемоційні фактори, тоді як для чоловіків домінуючими були інформаційні та соціально-психологічні фактори. Наведені відмінності відображають специфіку переживання і реагування на стресові ситуації представниками різних статей, підкреслюючи важливість врахування гендерних особливостей у розробці програм психологічної підтримки.

Зі зміною часу після перебування у зоні конфлікту, вплив деяких факторів зменшувався, проте інші продовжували мати значний вплив. Наприклад, соціально-психологічні фактори залишалися вагомими для обох статей, що вказує на важливість міжособистісних відносин та соціальної підтримки у процесі адаптації. Водночас інформаційні фактори поступово втрачали свою актуальність для жінок, що може свідчити про зміну пріоритетів у відновленні після травматичних подій.

Загалом, результати показують, що процес відновлення після травми є динамічним і може змінюватися з часом, а також варіюватися залежно від статі. Це підкреслює важливість індивідуалізованого підходу у наданні психологічної допомоги та підтримки, враховуючи специфіку впливу різних факторів психічної травматизації на чоловіків та жінок.

Варто відзначити, що не зважаючи на те, що ВПО та біженці однаково залишили свої домівки внаслідок травматичного збройного конфлікту, фактори їхньої травматизації все ж можуть відрізнятись. На підставі проведеного дослідження, пропонуємо наступну порівняльну характеристику, представлену у Таблиці 2.

Фактор травматизації	Біженці	ВПО	Спільне	Відмінне
Недостатня соціальна підтримка	Втрата соціальних зв'язків через переміщення в іншу країну	Втрата соціальних зв'язків через переміщення в інші регіони країни	Втрата соціальної підтримки, ізоляція	Біженці відчують більшу ізоляцію через мовні бар'єри та культурні відмінності
Культурні відмінності	Значні культурні відмінності, проблеми з інтеграцією	Менші культурні відмінності, але зміна соціального контексту	Труднощі адаптації до нових умов	У біженців культурні відмінності більш виражені, включаючи

				мовні бар'єри
Економічна нестабільність	Невизначеність з роботою, економічна нестабільність	Втрата роботи, економічні труднощі	Економічна нестабільність, пошук нових джерел доходу	Біженці стикаються з більшою економічною нестабільністю через вимушену адаптацію до ринку праці іншої країни
Психологічні фактори	Втрата ідентичності, криза сенсу через вимушене покидання країни	Втрата відчуття безпеки, зміна життєвих умов	Тривожність, депресія, криза сенсу	У біженців часто глибша втрата ідентичності, пов'язана з виїздом за кордон
Травматичні події	Військові дії, переслідування, дискримінація в приймаючій країні	Військові дії, ризики під час переміщення в межах країни	Військові дії, втрати, переслідування	Біженці можуть стикатися з додатковою дискримінацією в іншій країні
Інтеграція в нове середовище	Труднощі інтеграції в нову країну, дискримінація	Труднощі адаптації до нових соціальних умов у власній країні	Проблеми адаптації до нових соціальних умов	У біженців інтеграція складніша через культурні відмінності та мовні бар'єри

Таблиця 2

Аналіз факторів травматизації серед біженців та внутрішньо переміщених осіб показує як спільні риси, так і суттєві відмінності в їхньому досвіді. Обидві групи стикаються з втратою соціальних зв'язків, економічною нестабільністю, тривожністю та депресією, а також з проблемами адаптації до нових умов життя. Однак, біженці мають додаткові труднощі, пов'язані з культурними відмінностями, мовними бар'єрами та дискримінацією в приймаючих країнах, що значно ускладнює їхню

інтеграцію. ВПО, хоч і стикаються з менш вираженими культурними відмінностями, також переживають значні психологічні та економічні труднощі, що пов'язані з вимушеним переселенням всередині своєї країни.

Ці особливості підкреслюють важливість диференційованого підходу до надання психологічної підтримки та соціальної допомоги для кожної групи. Необхідно враховувати специфічні потреби як біженців, так і ВПО, забезпечуючи доступ до ресурсів, які допоможуть їм подолати виклики та сприятимуть їхній адаптації в нових умовах.

Висновки до розділу 1

Аналіз теоретичних підходів до розладів адаптації висвітлює складність і багатогранність цього феномену в контексті сучасної психології. Розлади адаптації є не лише психічною відповіддю на стресові ситуації, але й глибоко пов'язані з індивідуальними характеристиками, соціальними умовами та біологічними факторами, що впливають на здатність людини адаптуватися до змін у житті.

Зарубіжні підходи пропонують комплексний погляд на розлади адаптації. Вони враховують взаємодію біологічних, психологічних та соціальних аспектів, що дозволяє розробляти більш ефективні терапевтичні стратегії. Особливу увагу приділяють ролі когнітивних процесів та несвідомих конфліктів у розвитку та підтриманні цих розладів, що надає глибше розуміння механізмів адаптації. Вітчизняні дослідники акцентують увагу на культурних і соціальних контекстах, індивідуальних особливостях та рівні розвитку психологічних захисних механізмів. Це підходи, які дозволяють краще зрозуміти специфіку розладів адаптації в українському суспільстві, особливо в умовах соціальної та економічної нестабільності. Знання цих особливостей є ключовим для розробки ефективних методик підтримки та реабілітації, які враховують національний контекст і культурні фактори.

Розлади адаптації, особливо в умовах війни та соціальних потрясінь, набувають надзвичайної актуальності. Війна значно підвищує рівень стресу і психологічного навантаження на населення, що веде до загострення існуючих проблем з адаптацією і появи нових. У таких умовах традиційні механізми адаптації часто виявляються недостатніми, що потребує розробки нових, більш адекватних підходів до підтримки психічного здоров'я.

Особливості психічної травматизації українських мігрантів, які змушені були залишити країну через війну, демонструють специфічні фактори, які значно ускладнюють процес адаптації. Втрата соціальних зв'язків, економічна нестабільність, культурні відмінності та глибокі психологічні травми створюють комплекс проблем, що вимагають багатовимірного підходу до їх вирішення. Необхідність інтеграції в нове соціальне середовище також додає складнощів, оскільки вимушені переселенці стикаються з додатковими бар'єрами в процесі адаптації.

Психологічні фактори, зокрема втрата ідентичності та криза сенсу життя, спричиняють глибокі внутрішні конфлікти, що можуть проявлятися у формі депресії, тривожності та інших психічних розладів. Травматичні події, безпосередньо пов'язані з війною, переслідуванням чи катастрофами, залишають довготривалі сліди в психіці, які вимагають тривалого періоду для відновлення. Водночас, фактори приймаючої країни, такі як дискримінація та труднощі інтеграції, створюють додаткові бар'єри, що ускладнюють процес адаптації та підсилюють відчуття відчуженості.

Таким чином, для ефективного вирішення проблем, пов'язаних з розладами адаптації, необхідно розробляти і впроваджувати комплексні програми підтримки, які включатимуть різні аспекти – від психологічної підтримки до соціально-економічної допомоги. Важливо також враховувати індивідуальні потреби кожної людини, її особисті особливості та культурний контекст, що забезпечить більш ефективне подолання стресу і сприятиме успішній адаптації в нових умовах.

РОЗДІЛ 2 ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РОБОТИ З РОЗЛАДАМИ АДАПТАЦІЇ УКРАЇНСЬКИХ МІГРАНТІВ ТА ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

2.1 Методики роботи з депресіями та тривогами (ВПО/українські мігранти)

Депресія є одним із найбільш розповсюджених психічних розладів, що впливає на мільйони людей по всьому світу. ВПО та українські мігранти є особливо вразливими до розвитку депресії через втрату домівки, близьких, соціальних зв'язків та адаптацію до нових умов життя. Тому далі у роботі ми пропонуємо розглянути методики роботи з депресією серед цих груп населення, з акцентом на ефективність та практичне застосування.

У сучасній психіатричній та психологічній практиці існують декілька визнаних методик для діагностики депресивних розладів. Ми зосередилися на чотирьох найбільш ефективних експертних методиках: діагностичні критерії Міжнародної класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10) та одинадцятого перегляду (МКХ-11); діагностичні критерії «Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів» четвертого видання (DSM-IV) та п'ятого видання (DSM-V); шкала депресії Зунга (англ. Zung Self-Rating Depression Scale); опитувальник депресії Бека (англ. Beck Depression Inventory).

Першими розглянемо діагностичні критерії МКХ-10. Ці критерії є загальновизнаними стандартами діагностики депресії, які використовуються психіатрами, психотерапевтами та психологами в більшості країн світу. Вони надають структурований та систематизований підхід до виявлення та класифікації депресивних розладів.

МКХ-10 виділяє 11 діагностичних критеріїв депресії, які поділяються на 3 основні (так звана депресивна тріада) та 8 додаткових. Основні критерії включають: пригнічений настрій протягом більшої частини дня, майже кожного дня; втрата інтересів або задоволення від діяльності, яка раніше

приносила радість; зниження енергії або підвищена втомлюваність. Додаткові критерії діагностування охоплюють симптоми, такі як зниження концентрації уваги, почуття провини чи нікчемності, порушення сну, зміни апетиту, суїцидальні думки та інші прояви [35]. У 2022 р. набрала чинності Міжнародна класифікація хвороб одинадцятого перегляду (МКХ-11), де уточнено специфічні симптоми для діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та введено нову категорію — комплексний посттравматичний стресовий розлад (КПТСР). Важливою новацією МКХ-11 стало саме введення КПТСР як окремої діагностичної категорії. Цей розлад відрізняється від традиційного ПТСР глибшими та стійкішими порушеннями, що розвиваються внаслідок тривалих або повторюваних травматичних подій, таких як тривале фізичне чи сексуальне насильство, тортури, ув'язнення, військові дії або тривале домашнє насильство.

Також, у МКХ-11 критерії діагностики ПТСР були переглянуті та спрощені, зосереджуючись на трьох основних групах симптомів:

- переживання травматичної події наново: інтенсивні, небажані спогади, флешбеки або кошмари, які змушують людину знову і знову переживати травму;
- уникнення: активне уникнення думок, почуттів, місць, людей або ситуацій, що нагадують про травму;
- постійне почуття загрози: підвищена настороженість, гіпервигільність, посилена реакція переляку.

Згідно з МКХ-11, комплексний ПТСР включає всі симптоми традиційного ПТСР, а також додаткові ознаки, пов'язані з тривалими та глибокими порушеннями саморегуляції, такі як порушення регуляції емоцій, негативне само сприйняття та проблеми у стосунках. Більше того, МКХ-11 чітко розділяє ПТСР та КПТСР як окремі діагнози, що дозволяє клініцистам більш точно ідентифікувати та лікувати ці розлади. Таке розмежування є важливим для розробки ефективних стратегій лікування, які відповідають специфічним потребам пацієнтів. Нова класифікація підкреслює важливість

врахування культурних, соціальних та індивідуальних контекстів при діагностиці та лікуванні ПТСР та КПТСР. Це сприяє більш чутливому та відповідальному підходу до пацієнтів з різних культурних середовищ [86].

Вважаємо, що введення МКХ-11 призвело до значних змін у розумінні та діагностиці посттравматичних стресових розладів. Найбільш важливим є впровадження діагнозу комплексний посттравматичний стресовий розлад, що дозволяє краще відобразити складні симптоми у пацієнтів, які пережили тривалі або повторювані травматичні події. Ці зміни сприяють покращенню діагностики, лікування та підтримки осіб, які страждають на ПТСР та КПТСР.

DSM-IV надає всебічний та деталізований опис симптомів і критеріїв для діагностики депресії, дозволяючи враховувати культурні та індивідуальні особливості кожного пацієнта. Цей підхід забезпечує не лише точну діагностику, але й враховує соціальний контекст, у якому перебуває пацієнт, що є особливо важливим для культурно різноманітних груп населення.

Згідно з DSM-IV, для діагностики депресії пацієнт повинен відповідати певним критеріям, включаючи наявність симптомів, які тривають щонайменше два тижні. Серед них можна виділити постійний пригнічений настрій, втрату інтересу або задоволення від звичних справ, значну зміну апетиту або ваги, порушення сну, втому, почуття марності або надмірної вини, труднощі з концентрацією уваги, а також думки про смерть або суїцид. Ці симптоми повинні викликати значні порушення у соціальному, професійному або іншому функціонуванні людини.

Особливість DSM-IV полягає в тому, що він також дозволяє враховувати індивідуальні та культурні аспекти, які можуть впливати на вираженість і форму симптомів депресії. Наприклад, у деяких національностях депресія може проявлятися переважно у вигляді соматичних скарг, таких як біль або фізична втома, тоді як у інших – через емоційні симптоми, як-от глибока печаль або апатія. Це означає, що діагностування

має бути гнучким, враховуючи оточення пацієнта і його індивідуальну психічну реакцію на стрес чи втрату [78].

Таким чином, DSM-IV сприяє розумінню депресії як багатогранного психічного розладу, враховуючи як універсальні критерії, так і особливості конкретного пацієнта. Це дозволяє спеціалістам з психічного здоров'я краще адаптувати лікування до потреб пацієнта, надаючи йому найбільш ефективну допомогу.

DSM-IV не є останньою версією діагностичних критеріїв, вона була оновлена до DSM-V, яка є найсучаснішою версією. Американська психіатрична асоціація (APA) випустила DSM-5 у 2013 р., і цей оновлений посібник враховує зміни в діагностиці психічних розладів та додає нові критерії [98].

DSM-V внесла низку змін у діагностування депресії та інших психічних розладів. Наприклад, вона вилучила критерій, який виключав діагностику великого депресивного розладу після втрати близької людини (це називалося «вилученням трауру»). У DSM-V це правило скасували, визнавши, що траур може призвести до клінічної депресії, і вона також потребує лікування.

Також було додано нові діагностичні категорії та уточнені критерії для інших розладів, зокрема, підхід до деяких форм депресії став гнучкішим і більш детальним, що дозволяє краще відображати різноманітність симптомів у різних людей і культурах. На сьогодні, це є останньою актуальною версією діагностичних критеріїв [79].

Тепер перейдемо до шкали депресії Зунга, яка є відомим психологічним інструментом для самостійної оцінки рівня депресії. Її розробив американський психіатр Вільям Зунг у 1965 р. з метою допомогти людям і лікарям швидко й точно оцінювати емоційний стан пацієнта. Ця шкала широко використовується як у клінічній практиці, так і для самоконтролю, оскільки дозволяє виявити депресивні симптоми на ранніх етапах та відстежувати їхні зміни.

Шкала Зунга складається з 20 питань, кожне з яких відображає різні аспекти емоційного і фізичного стану, пов'язані з депресією. Питання охоплюють такі симптоми, як пригнічений настрій, втрата інтересу до повсякденної діяльності, порушення сну, зміни апетиту, почуття безнадії та втому. Пацієнт оцінює свої відчуття протягом останнього тижня, відповідаючи на кожне питання за шкалою від 1 до 4, де 1 означає «дуже рідко» або «ніколи», а 4 – «дуже часто» або «постійно».

Після заповнення шкали загальна кількість балів може варіюватися від 20 до 80. Залежно від набраних балів, депресія може класифікуватися за наступними рівнями:

- 20-44 балів – відсутність або легка депресія;
- 45-59 балів – помірна депресія;
- 60-69 балів – виражена депресія;
- 70-80 балів – тяжка депресія.

Шкала Зунга дозволяє враховувати суб'єктивне відчуття пацієнта, що робить її зручним інструментом для самодіагностики та оцінки депресивних станів у динаміці. Вона широко використовується лікарями як допоміжний засіб у діагностиці та контролі за станом пацієнта під час лікування. Оскільки шкала проста у використанні і не потребує спеціальної підготовки, вона часто застосовується у клінічній практиці разом з іншими діагностичними інструментами [5, с. 4].

Загалом, шкала депресії Зунга є ефективним методом для швидкої та доступної оцінки депресивних розладів, що сприяє вчасній діагностиці та вибору відповідного підходу до лікування [102].

Врешті, розглянемо опитувальник Бека, який є інструментами психодіагностики, які широко застосовуються для оцінки рівня депресії та моніторингу ефективності лікування. Його розробив американський психіатр Аарон Бек у 1961 році на основі когнітивної теорії депресії, яка припускає, що депресивні симптоми виникають через негативні мисленнєві моделі, такі як почуття провини, безнадії та безвиході. Він розроблений на основі

фундаментального теоретичного обґрунтування виникнення депресії та практичного дослідження її симптоматики. Він складається з 21 пункту, кожен з яких відображає специфічний симптом депресії. Пацієнт оцінює інтенсивність кожного симптому, що дозволяє отримати кількісний показник рівня депресії [74].

Опитувальник Бека може використовуватися як у клінічних умовах, так і для самостійної оцінки психічного стану. Його широко застосовують для діагностики депресії у пацієнтів різних вікових груп та в культурно різних контекстах. Окрім того, він допомагає фахівцям не лише встановлювати діагноз, але й відслідковувати динаміку стану пацієнта під час терапії. Шкала є легкою для заповнення і не потребує спеціальних навичок [84]. Крім того, опитувальник Бека корисний не лише для первинної діагностики, але й для моніторингу ефективності лікування депресії з часом. Загалом, опитувальник Бека є одним із найнадійніших інструментів для оцінки депресії і часто використовується для діагностики та планування лікування пацієнтів з депресивними розладами [85, с. 239].

Застосування наведених вище методик та опитувальників може мати важливе значення у роботі з ВПО та мігрантами з України. Ці інструменти дозволяють діагностувати психічні розлади, зокрема депресію, тривожність та інші адаптаційні розлади, що виникають внаслідок стресових подій, таких як війна, вимушене переселення та втрати.

МКХ-11 і DSM-5 є сучасними інструментами для діагностики психічних розладів, які дозволяють точно класифікувати депресію, ПТСР та інші психічні порушення, характерні для переселенців і мігрантів. Важливим є те, що ці системи враховують культурні та індивідуальні особливості пацієнтів, що дозволяє адаптувати діагностичний підхід до специфічних умов життя українських ВПО. Обидві класифікації відображають складність психічних порушень, спричинених війною, і включають різноманітні симптоми, які можуть проявлятися як на емоційному, так і на фізичному рівні [1, с. 61].

Разом з тим, шкали депресії Зунга і Бека є ключовими інструментами для оцінки рівня депресії у пацієнтів. Опитувальник Зунга дозволяє людині самостійно оцінити свій психічний стан, виявляючи симптоми депресії, такі як пригнічений настрій, порушення сну, зміни апетиту та відчуття безнадії. Для ВПО та мігрантів, які перебувають у стані невизначеності та тривалого стресу, ці інструменти є корисними для первинної діагностики та моніторингу психічного стану. Шкала Бека, яка більш детально оцінює глибину депресивних симптомів, дозволяє виявляти тяжкість депресії та відповідно коригувати терапевтичні підходи.

Застосування опитувальників Зунга та Бека є особливо ефективним для первинної діагностики, оскільки вони дозволяють швидко оцінити психічний стан людини і визначити необхідність подальшої психотерапевтичної або медикаментозної підтримки. Крім того, ці методи можна використовувати для тривалого моніторингу психічного здоров'я ВПО та мігрантів під час їхньої адаптації до нових умов життя, що сприяє ранньому виявленню негативних змін і забезпечує своєчасне втручання.

Варто наголосити, що фахівець, який працює з ВПО та мігрантами, що мають відповідні проблеми, повинен відповідати кваліфікаційним вимогам, які встановлює законодавство, зокрема, які закріплені у Наказі Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я» від 2023 р.. Фахові вимоги до клінічного психолога для роботи з ПТСР та стресовими розладами охоплюють широкий спектр завдань і компетенцій, які забезпечують ефективну підтримку пацієнтів. Одним із ключових обов'язків є проведення психопрофілактики та психодіагностики, спрямованих на виявлення і попередження розвитку психічних, психосоматичних та поведінкових розладів. Клінічний психолог повинен володіти методами діагностики, які дозволяють оцінювати симптоми ПТСР, тривоги та депресії, а також проводити кризове консультування і надавати психологічну допомогу в умовах медичних консультацій.

У процесі роботи психолог забезпечує психологічну корекцію та реабілітацію пацієнтів, які стикаються з наслідками травматичних подій. Він співпрацює з лікарями-спеціалістами для розробки комплексних підходів до лікування, що охоплюють управління гострим і хронічним стресом. Особливу увагу приділяють кризовій інтервенції для пацієнтів, які зазнали раптових травматичних подій, і розробці довгострокових реабілітаційних програм для тих, хто перебував у стані тривалого стресу.

Для успішної роботи клінічний психолог повинен мати глибокі знання у галузі медико-біологічних та психологічних наук, зокрема в галузях патопсихології, психопатології та нейропсихології. Він має бути обізнаний із впливом стресу та травматичних подій на психічне здоров'я, володіти сучасними методами психодіагностики, психокорекції та психопрофілактики. Крім того, психолог повинен знати особливості вікової, клінічної та соціальної психології, принципи професійної етики та деонтології, а також бути здатним працювати з різними групами населення, враховуючи етнокультурні особливості.

Кваліфікаційні вимоги передбачають обов'язкову наявність вищої освіти другого (магістерського) рівня за спеціальністю «Психологія» зі спеціалізацією «Клінічна психологія». Для роботи на посаді клінічного психолога необхідні сертифікати спеціаліста, а також проходження безперервного професійного розвитку. Залежно від кваліфікаційної категорії, вимоги до стажу роботи варіюються від відсутності таких вимог для початкового рівня до понад 10 років для спеціалістів вищої категорії.

Важливим аспектом діяльності клінічного психолога є постійне вдосконалення професійних навичок, участь у тренінгах і семінарах. Крім цього, необхідне володіння державною мовою відповідно до законодавства. Клінічний психолог має забезпечувати якісну комунікацію з пацієнтами та їхніми родинами, створювати індивідуальні програми підтримки, спрямовані на покращення психоемоційного стану, а також здійснювати просвітницьку діяльність для популяризації знань про психічне здоров'я [47].

Діяльність психологів, які працюють із ПТСР, стресом і тривожними станами, може супроводжуватися певними труднощами, що впливають на ефективність терапії та її результати. Однією з основних проблем є недостатнє врахування індивідуальних особливостей пацієнтів, що зводиться до використання стандартних підходів замість адаптованих до конкретного випадку. Наприклад, ігнорування унікального досвіду пацієнта або спрощене уявлення про ПТСР як виключно про тривожний розлад без урахування супутніх проявів, таких як депресія, уникнення чи психосоматичні порушення [78, с. 121].

Важливим фактором є професійна підготовка психологів. Брак знань і практичного досвіду, зокрема відсутність навичок володіння сучасними терапевтичними методами, може призводити до неправильної оцінки стану пацієнта. Крім того, недооцінка супутніх розладів, таких як зловживання алкоголем чи депресія, може обмежувати результати лікування [47].

Серйозною помилкою є невідповідний вибір терапевтичних методів. Наприклад, занадто раннє використання технік експозиції без підготовки пацієнта може погіршити його стан. Ігнорування потреби в створенні безпечного середовища також може ускладнити процес реабілітації. Порушення комунікації між психологом і пацієнтом, зокрема нав'язування певних тем, недостатнє вислуховування або використання невідповідної термінології, здатне негативно вплинути на довіру пацієнта до фахівця.

Також слід відмітити, що клінічний психолог може помилково діагностувати симптоми як менш серйозні розлади (наприклад, легка депресія замість ПТСР), або не виявити важливі аспекти захворювання. Це може призвести до того, що пацієнт не отримає належного лікування або правильного плану терапії. Недооцінка стану пацієнта може затягнути процес лікування і погіршити стан.

Використання одного підходу для всіх пацієнтів без урахування індивідуальних особливостей також має свої наслідки. Так, наприклад, застосування когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) для всіх пацієнтів з

ПТСР без відповідних модифікацій або комбінування з іншими методами. Це може призвести до погіршення стану пацієнта, особливо коли терапія не враховує його індивідуальні потреби або специфіку розладу.

Окремо слід вказати, що клінічний психолог може неправильно інтерпретувати симптоми, що призведе до постановки помилкових діагнозів або вибору неправильного підходу. Ігнорування необхідності співпраці з психіатрами та відповідними лікарями для проведення відповідного обстеження або для медикаментозного лікування, також може мати свій негативний вплив в цілому на стан здоров'я та загальної терапії, яку проварить психолог. Так, як психологічна терапія без допомоги медичної допомоги може бути неефективним при серйозних психічних розладах, таких як важкий ПТСР чи психотичні розлади.

Ще одним із напрямів помилок, які можуть мати негативний вплив на пацієнта: призначення терапевтичних сеансів без належної підготовки пацієнта до обговорення травматичних подій або використання агресивних методів без чутливого підходу; ігнорування фізіологічних симптомів, таких як порушення сну, напруженість у тілі чи серцево-судинні проблеми, які можуть супроводжувати ПТСР чи інші психічні розлади; невірне реагування на екстремальні ситуації, наприклад, кризу або суїцидальні наміри пацієнта. Психолог може не мати достатнього досвіду або впевненості для адекватного управління такими ситуаціями; ігнорування культурних, етнічних або соціальних особливостей клієнта, що можуть значно впливати на психологічний стан і сприйняття терапії та інші. Не врахування таких особливостей може мати негативний вплив щодо неефективності терапії, що може призвести до погіршення емоційного виснаження пацієнта і так важкого психічного стану, оскільки пацієнт потребує комплексної моделі лікування та супроводу.

Іншою проблемою є ігнорування впливу соціальних і культурних факторів. Недооцінка ролі соціальної підтримки з боку сім'ї, друзів чи громади, а також неврахування культурного контексту пацієнта можуть

знижувати ефективність терапії. Таким чином, уникнення цих помилок потребує високого рівня професійної підготовки, постійного вдосконалення методів роботи та дотримання етичних принципів. Систематичне навчання та використання сучасних підходів до діагностики й терапії дозволяють підвищити ефективність допомоги пацієнтам із ПТСР, стресовими та тривожними розладами.

Відзначимо, що непрофесійна діяльність психологів, які працюють з пацієнтом, може мати серйозні негативні наслідки як для пацієнтів, так і для суспільства в цілому. По-перше, неправильний підхід до терапії може призвести до погіршення стану пацієнта, посилення симптомів або розвитку додаткових психічних розладів. Пацієнт може втратити довіру до фахівця та відмовитися від подальшого лікування, що ускладнює процес реабілітації. Все це в подальшому може мати травмуючий ефект або «вторинну травматизацію». По-друге, непрофесійна поведінка психолога може спричинити етичні порушення, такі як порушення конфіденційності, неповага до меж пацієнта або нав'язування власних переконань. По-третє, неврахування соціальних і культурних особливостей пацієнта може призвести до неефективності терапії та посилення почуття ізоляції або нерозуміння з боку пацієнта. По-четверте, неправильне або недостатньо чутливе втручання під час гострих станів пацієнта непрофесіоналізм може призвести до погіршення ситуації і навіть до суїцидальних спроб. По-п'яте, невдалі або непрофесійні терапевтичні підходи, або в цілому непрофесіоналізм психолога може спричинити у пацієнта втрату довіри до психотерапії та психологів в цілому. Це може призвести до того, що пацієнт відмовиться від подальшої психологічної допомоги, що ускладнить подальше лікування. А як результат для психолога може стати поштовхом до професійного вигорання самого психолога. Таким чином, непрофесійна діяльність клінічного психолога може призвести до численних серйозних наслідків як для пацієнта, так і для самого клінічного психолога. Це підкреслює важливість належної підготовки, постійного навчання, уважності

та етичної відповідальності в роботі з людьми, які страждають від психічних розладів.

Саме тому, варто відзначити, що діяльність клінічного психолога тісно пов'язана із діяльністю інших лікарів, що, серед іншого, впливає із згаданого раніше Наказу МОЗ України. Так, наприклад, клінічний психолог і психотерапевт мають схожу мету – допомогу пацієнтам із психічними розладами, однак їх підходи та сфера діяльності різняться. Клінічний психолог спеціалізується на діагностиці, психопрофілактиці та реабілітації пацієнтів із психічними та психосоматичними розладами, працюючи у рамках психологічної допомоги. Психотерапевт застосовує специфічні психотерапевтичні методи для лікування пацієнтів із невротичними, афективними чи поведінковими розладами, працюючи переважно з довготривалими психологічними проблемами. Взаємодія цих фахівців є важливою для створення індивідуальних програм реабілітації, особливо у випадках комплексних психічних розладів.

Разом з тим, у тісному взаємозв'язку працює клінічний психолог з лікарем-психологом. Лікар-психолог об'єднує медичні та психологічні аспекти роботи, займаючись не лише діагностикою і реабілітацією, але й медико-психологічним лікуванням із використанням фармакотерапії за потреби. Натомість клінічний психолог зосереджується на психодіагностиці, профілактиці та психокорекції без права застосування медикаментів. Їх співпраця спрямована на забезпечення багатогранного підходу до лікування пацієнтів, зокрема тих, хто має соматичні захворювання із супутніми психічними розладами.

Варто наголосити, що клінічний психолог може співпрацювати з лікарем-токсикологом у випадках, коли пацієнти переживають гострі або хронічні отруєння, що супроводжуються психічними розладами, такими як тривога чи депресія. Лікар-токсиколог відповідає за діагностику та лікування отруєнь, а клінічний психолог може допомогти у подоланні психологічних

наслідків отруєнь, включаючи посттравматичний стрес чи адаптаційні розлади. Така співпраця сприяє комплексному відновленню пацієнта.

Врешті, клінічний психолог і лікар-епідеміолог можуть співпрацювати у сфері громадського здоров'я, зокрема під час епідемій чи кризових ситуацій. Лікар-епідеміолог займається аналізом і профілактикою інфекційних захворювань, а клінічний психолог може надавати підтримку постраждалим або медичному персоналу, які стикаються із психологічними наслідками роботи у стресових умовах. Разом вони сприяють створенню психологічно стійкого середовища для зменшення негативних наслідків епідеміологічних загроз [47].

Отже, взаємодія клінічного психолога з іншими фахівцями в медичній та психологічній сфері забезпечує комплексний підхід до діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів. Така міждисциплінарна взаємодія спрямована на підвищення ефективності медико-психологічної допомоги, особливо у складних або стресових умовах, і сприяє формуванню гармонійного відновлення фізичного та психічного здоров'я.

Розглядаючи тривогу відзначимо, що вона є однією з найбільш поширених реакцій на стресові та травматичні події, особливо серед внутрішньо переміщених осіб та українських мігрантів. Ці групи населення часто стикаються з численними викликами, такими як втрата домівки, розлука з родиною, адаптація до нового середовища та невизначеність майбутнього. Такі обставини можуть призводити до розвитку тривожних розладів, які потребують спеціалізованого підходу та ефективних методик лікування.

Для діагностики тривоги та тривожності існує кілька широко застосовуваних методик, які дозволяють оцінити рівень тривожності як у клінічних, так і в особистих умовах. Ці інструменти є важливими для виявлення симптомів тривожних розладів та розробки відповідних терапевтичних підходів. Шкала Спілбергера є одним із найбільш відомих інструментів для вимірювання тривожності. Вона складається з двох частин:

перша оцінює «ситуаційну тривогу» (тобто рівень тривожності в конкретний момент часу), а друга – «особистісну тривогу» (тобто постійну схильність до тривожних реакцій). Шкала включає 40 пунктів, і кожен із них оцінюється за шкалою від 1 до 4. Цей інструмент часто використовується для діагностики в клінічній практиці, а також для моніторингу динаміки тривожних станів [95].

Важливою також є госпітальна шкала тривоги та депресії, створена 1973 р., що є інструментом, призначеним для швидкої оцінки як тривожних, так і депресивних симптомів у пацієнтів [100]. Вона складається з двох підшkal: одна оцінює тривожність, а друга – депресію. Кожна підшкала містить 7 питань, і відповіді оцінюються за шкалою від 0 до 3. HADS використовується в медичних установах для виявлення психічних розладів у пацієнтів, які мають соматичні захворювання [89; 96, с. 394].

У 2018 р. українська дослідниця З. В. Спринська провела дослідження психологічного стану ВПО. У дослідженні, яке включало 50 осіб, що переїхали з Криму та Донецької і Луганської областей, було проведено аналіз тривожності. Авторка застосувала для діагностики психодіагностичні інструменти, такі як методика Спілбергера та методики для визначення задоволення основних потреб та суб'єктивного відчуття самотності.

Реактивна тривожність розглядається як відповідь на конкретну стресову ситуацію (наприклад, вимушене переселення), тоді як особистісна тривожність є більш стійкою властивістю, що впливає на здатність людини реагувати на життєві обставини. Результати показали, що рівень реактивної тривожності значно вищий у досліджуваних, які змінили місце проживання. Особи з високим рівнем реактивної тривожності частіше демонструють підвищену чутливість до ситуацій небезпеки та мають проблеми з адаптацією в нових умовах.

Що стосується особистісної тривожності, то досліджувані розділилися на три групи: з низьким, середнім та високим рівнем цієї властивості. Низький рівень особистісної тривожності був виявлений у 18% осіб, середній рівень у 56%, а високий у 26%. Ці результати свідчать про те, що для

багатьох переселенців, окрім травматичного досвіду, характерна стійка тривожність, що поглиблює їхню вразливість.

Найбільша різниця між реактивною і особистісною тривожністю спостерігається в групі з високими показниками. Люди, які демонструють високий рівень обох типів тривожності, потребують психологічної підтримки, оскільки вони більш схильні до розвитку серйозних психологічних проблем, таких як страхи, панічні атаки або депресія. Надмірна тривожність також може проявлятися в емоційній нестабільності, дратівливості та проблемах з концентрацією [56, с. 51]. Результати наглядно продемонстровані у Таблиці 3.

Показники реактивної та особистісної тривожності ВПО (%)

Рівні тривожності	Реактивна тривожність	Особистісна тривожність
Низький рівень	10 %	18 %
Середній рівень	30 %	56 %
Високий рівень	60 %	26 %

Таблиця 3.

Таким чином, результати емпіричного дослідження показують, що ВПО, які постраждали внаслідок міграційних процесів, характеризуються цілою низкою специфічних, здебільшого негативних характеристик. Більшість ВПО мають високий рівень реактивної тривожності, який пов'язаний зі зміною місця проживання та необхідністю адаптації до нових умов життя.

Задоволення основних потреб, таких як безпека, виявилось частково реалізованим серед досліджуваних, що свідчить про труднощі адаптації до нових умов. Матеріальні та соціальні потреби (міжособистісні контакти) також виявилися лише частково задоволеними. Водночас незадоволеність потребами визнання та самовираження відзначається як значущий фактор, що посилює рівень тривожності.

Більша частина досліджуваних демонструє високий рівень почуття самотності та відчуженості. Їм важко взаємодіяти з іншими людьми, вони відчують тривогу та страх за своє здоров'я, що часто супроводжується панічними нападами. Часто такі особи відзначають незначні соціальні контакти та складнощі у встановленні нових стосунків. Також серед ВПО домінують негативні психологічні риси, такі як депресивність, недовірливість, тривожність та низька самооцінка. Вони демонструють схильність до стресової реакції на звичні життєві ситуації, мають труднощі з адаптацією та проявляють пасивно-агресивні риси поведінки.

Отже, досліджувана група характеризується високою вразливістю, соціальною ізоляцією та емоційною нестабільністю, що свідчить про необхідність інтенсивної психологічної підтримки та соціальної інтеграції.

Однією з провідних методик роботи з тривогою є когнітивно-поведінкова терапія (далі – КПТ). КПТ фокусується на виявленні та зміні негативних мисленнєвих шаблонів та поведінкових реакцій, що підтримують тривожний стан. У контексті роботи з ВПО та мігрантами КПТ допомагає розпізнати ірраціональні думки, пов'язані з небезпекою або невизначеністю, та замінити їх на більш реалістичні та позитивні. Це сприяє розвитку навичок стресостійкості, що дозволяють ефективніше справлятися з тривожними ситуаціями та покращувати адаптацію до нового середовища [76].

Іншою важливою методикою є експозиційна терапія, яка передбачає поступове та контрольоване зіткнення з об'єктами або ситуаціями, що викликають тривогу. Для ВПО та мігрантів це може бути особливо корисним при подоланні страху перед новими соціальними взаємодіями або зменшенні уникання місць чи ситуацій, які асоціюються з травматичним досвідом. Цей підхід дозволяє знизити рівень страху через поступове звикання до тривожних стимулів у безпечному середовищі терапії.

З урахуванням вищевикладеного, пропонуємо наступну методику боротьби з депресіями та тривогами у ВПО та українських мігрантів. Першим важливим кроком є психологічна терапія. Вона є основою

психотерапевтичної допомоги при депресії і передбачає конфіденційні зустрічі клієнта з кваліфікованим психологом або психотерапевтом, які допомагають опрацювати травматичний досвід та розглянути стратегії його подолання [101]. Багато ВПО та мігрантів пережили травматичні події, такі як військові дії, втрату близьких або насильство. Терапевт допомагає клієнту безпечно виразити та опрацювати ці спогади. Спеціаліст спільно з клієнтом розробляє індивідуальні стратегії подолання стресу та негативних емоцій, що сприяє покращенню психічного стану.

Другим важливим елементом є вже згадана раніше КПТ. Вона є однією з найбільш досліджених та ефективних методик лікування депресії. Вона фокусується на взаємозв'язку між думками, емоціями та поведінкою. Основні компоненти КПТ включають в себе виявлення негативних мисленнєвих шаблонів. Терапевт допомагає клієнту розпізнати автоматичні негативні думки, які впливають на його настрій та поведінку. За допомогою різних технік клієнт навчається ставити під сумнів та переформулювати деструктивні думки на більш адаптивні. Впровадження позитивних поведінкових змін, таких як планування приємних активностей або встановлення цілей, сприяє покращенню настрою. За допомогою КПТ пацієнти навчаються розпізнавати ірраціональні думки та замінювати їх на більш реалістичні й позитивні, що сприяє зниженню симптомів депресії та тривоги.

Групова терапія також має значний позитивний вплив, оскільки надає можливість обміну досвідом з людьми, які переживають схожі труднощі. Це сприяє зниженню відчуття ізоляції, підтримує почуття приналежності та взаємної підтримки [15]. У групах можна відпрацьовувати соціальні навички, що особливо важливо для інтеграції в нове середовище [11, с. 15-16].

Психологічна освіта є невід'ємною частиною терапевтичного процесу. Інформування пацієнтів про природу депресії та тривоги, їхні симптоми та можливі методи лікування підвищує усвідомленість та мотивацію до одужання. Розуміння того, що відбувається з ними, допомагає людям відчутти

контроль над ситуацією та активно брати участь у своєму лікуванні. У випадках середніх та важких проявів депресії та тривоги може бути необхідною медикаментозна терапія. Лікар-психіатр може призначити антидепресанти чи анксіолітики для стабілізації емоційного стану. Важливо, щоб прийом медикаментів контролювався фахівцем, який зможе відстежувати ефективність лікування та можливі побічні ефекти [97, с. 615].

Арттерапія та інші творчі методи можуть бути особливо корисними для вираження складних емоцій та переживань, які важко передати словами. Малювання, музика, письменництво та інші форми творчості допомагають знизити рівень стресу та сприяють емоційному відновленню. Варто сюди віднести і фізичну активність, яка має доведений позитивний вплив на психічне здоров'я. Регулярні заняття спортом сприяють виробленню ендорфінів – природних «гормонів щастя», які покращують настрій та знижують рівень тривоги. Навіть прості фізичні вправи, такі як прогулянки на свіжому повітрі, можуть мати значний терапевтичний ефект.

Релаксаційні техніки, зокрема медитація, йога та глибоке дихання, допомагають знизити фізичне та психічне напруження. Практики майндфулнес сприяють підвищенню усвідомленості та концентрації на поточному моменті, що може зменшувати негативні думки [101].

Соціальна підтримка та інтеграція в громаду є важливими факторами одужання. Залучення до місцевих спільнот, участь у волонтерських проектах або культурних заходах допомагають встановити нові соціальні зв'язки та відчувати себе частиною суспільства [65].

В умовах, коли доступ до традиційних форм психологічної допомоги може бути обмеженим, особливо в нових місцях проживання, онлайн-консультації та гарячі лінії підтримки стають цінним ресурсом. Вони надають можливість отримати професійну допомогу незалежно від географічного розташування та можуть бути більш доступними для тих, хто відчуває стигму або сором щодо звернення за допомогою.

Успішна робота з депресією та тривогою серед ВПО та українських мігрантів вимагає комплексного підходу, який враховує їхні індивідуальні потреби, культурні особливості та специфіку пережитого досвіду. Співпраця між психологами, психіатрами, соціальними працівниками та іншими фахівцями є ключовою для надання ефективної допомоги. Важливо також підвищувати обізнаність суспільства про проблеми психічного здоров'я, щоб зменшувати стигматизацію та сприяти створенню підтримуючого середовища для тих, хто переживає психологічні труднощі.

2.2 Специфіка роботи з посттравматичним стресовим розладом (ВПО/українські мігранти)

ПТСР є однією з найбільш поширених психологічних реакцій серед ВПО та українських мігрантів, які зазнали серйозних травматичних подій, таких як військові дії, втрати близьких, знищення домівок та вимушене переселення. Цей розлад розвивається як результат надмірного стресу, який перевищує можливості психіки для адаптації та відновлення після травматичних подій.

Для осіб, що пережили війну і втрату домівки, характерні глибокі психологічні зміни, такі як повторні спогади про травму, нічні кошмари, відчуття постійної загрози, а також емоційна ізоляція. Окрім травматичних спогадів, ці люди стикаються з додатковими викликами, такими як адаптація до нових умов життя, пошук нової ідентичності та відчуття безпеки. ПТСР має тенденцію до погіршення через тривале відчуття невизначеності та нестабільності, що характерно для ВПО та мігрантів.

Робота з ПТСР серед цих груп вимагає комплексного підходу, який враховує не лише медичні й психологічні аспекти, а й соціокультурний контекст, у якому перебувають постраждалі. Переміщення до нового місця проживання, розлука з рідними та друзями, соціальна ізоляція, культурний

шок – усе це підсилює травматичний досвід і ускладнює процес відновлення. Водночас, важливо враховувати індивідуальні особливості кожного пацієнта, його досвід пережитої травми та наявність підтримки з боку родини чи соціального оточення. Тому терапевтичні стратегії повинні бути адаптовані до потреб кожного пацієнта і включати як психотерапію, так і соціальну реабілітацію [23].

Перш за все необхідно розуміти джерела травм, адже таке розуміння є ключовим аспектом роботи з ПТСР, особливо серед ВПО та мігрантів, які постраждали від війни. Джерела травми можуть бути різними, але в контексті воєнних дій і переселення вони здебільшого пов'язані з безпосереднім впливом травматичних подій, таких як загроза життю, фізичні поранення, втрата близьких, руйнування домівок і загального середовища, в якому людина раніше відчувала себе захищеною. Першим серед джерел варто назвати воєнні дії. Безпосереднє переживання бойових дій, бомбардувань, вибухів, а також спостереження за смертю або пораненням інших людей створює глибоку травму. Ці події залишають сильний слід на психіці, викликаючи страх, тривогу та постійні спогади про небезпеку [17].

Одним з найбільших джерел травми є втрата близьких людей, зокрема родичів або друзів, які загинули або зникли безвісти внаслідок військових дій. Втрата також може бути емоційною – через розлуку з сім'єю, друзями, втрачене соціальне середовище [32, с. 112].

Ще одним джерелом ПТСР є втрата домівки, адже для багатьох ВПО домівка була символом безпеки і стабільності. Її втрата внаслідок обстрілів або окупації руйнує не тільки фізичний простір, але й відчуття захищеності. Цей аспект травми є особливо тяжким для людей, які більше не можуть повернутися в рідні місця [72, с. 31].

Багато людей стають свідками або жертвами насильства, катувань, страти або інших форм знущання під час війни. Це залишає глибокі психічні рубці, що проявляються через тривалі спогади, флешбеки, нічні кошмари та підвищену тривожність.

Вимушене переселення в нові, незнайомі місця також є значущим джерелом травми. Сюди відноситься втрата звичних соціальних зв'язків, адаптацію до нового середовища, економічну невизначеність та культурні відмінності. ВПО часто стикаються з відчуттям ізоляції та соціальної незахищеності, що посилює стрес [7].

Отже, серед джерел ПТСР у ВПО та українських мігрантів можна виокремити: військові дії; втрати; втрата будинку та майна; переслідування та насильство; переміщення та переселення.

За результатами дослідження, проведеного групою вітчизняних науковців, таких як: В. В. Чорна, М. Ю. Антомонов, Н. П. Павленко, С. С. Хлестова, В. В. Коломієць, М. Г. Сирота у 2024 р., проведеного серед здобувачів вищої освіти (ЗВО) України за допомогою Google Forms, встановлено, що 48,6% здобувачів ЗВО технічного профілю (ЗТП) та 32,8% здобувачів медичного профілю (ЗМП) були свідками пожеж або вибухів. ЗТП частіше фіксували свідчення транспортних пригод (27,0%) порівняно з ЗМП (22,4%). Під час воєнних дій 16,2% здобувачів ЗТП стали свідками збройних нападів і були в зоні війни, тоді як серед ЗМП ці показники становили лише 7,4%.

Також 27,0% здобувачів ЗТП стали свідками тяжких страждань, тоді як цей показник серед ЗМП становив 10,4%. Смерть людей стала трагічною подією для 16,2% ЗТП та 9,9% ЗМП. Що стосується безпосередньої участі у бойових діях або перебування у зоні війни, ці показники становили 45,9% для ЗТП та 24,8% для ЗМП. У дорожньо-транспортних пригодах (ДТП) або наданні допомоги під час ДТП брали участь 26,8% ЗМП і 24,3% ЗТП.

Щодо насильства, 44,7% ЗМП та 37,8% ЗТП пережили фізичне насильство. Крім того, 18,9% ЗТП та 16,9% ЗМП стикалися із сексуальним насильством. Ці події залишили глибокі психологічні травми, які потребують фахової допомоги.

За гендерними особливостями, фізичне насильство частіше переживали чоловіки (47,7%) порівняно з жінками (8,2%). Водночас, 30,4% жінок

перебували у зоні війни, тоді як серед чоловіків цей показник складав 18,2%. Сексуальне насильство пережили 26,8% жінок та 11,4% чоловіків, а тяжкі страждання відчували 23,7% жінок та 22,7% чоловіків [69, с. 122-123].

Результати дослідження показують, що внутрішньо переміщені особи, зокрема студенти закладів вищої освіти технічного та медичного профілю, значно постраждали від травматичних подій, таких як війна, збройні напади, а також фізичне і сексуальне насильство. Особливо тривожним є високий рівень свідчень про випадки фізичного та сексуального насильства серед ВПО, що підкреслює нагальну потребу в наданні психологічної допомоги та реабілітації цим групам. Війна та вимушене переселення мали серйозний негативний вплив на їхній психічний стан, що потребує систематичної підтримки, втручання фахівців та тривалого процесу відновлення для подолання наслідків пережитих травм.

Вважаємо, що надзвичайно важливим є індивідуальний підхід у лікуванні ПТСР серед ВПО та мігрантів, оскільки кожен пацієнт має унікальний досвід, психоемоційний стан та соціальне оточення, які визначають їх реакцію на травму. Для ефективної терапії необхідно враховувати не лише загальні симптоми ПТСР, але й конкретні обставини та індивідуальні потреби кожної людини.

Перш за все, важливо розуміти, що травматичний досвід кожного пацієнта є індивідуальним. Деякі люди можуть пережити безпосередню загрозу життю, участь у бойових діях або втрату близьких, тоді як інші зазнають травматичного впливу через вимушене переселення та втрату соціальних зв'язків. Виходячи з цього, терапевти повинні уважно досліджувати конкретні обставини, що вплинули на пацієнта, і будувати стратегії лікування з урахуванням цих переживань.

Психологічні особливості кожної людини також відіграють ключову роль у терапевтичному процесі. Одні пацієнти можуть бути схильними до тривожності та депресії, тоді як інші можуть відчувати сильну соціальну ізоляцію або емоційну відчуженість. Тому індивідуальний підхід передбачає

оцінку особистісних рис пацієнта, таких як рівень стресостійкості, його здатність до адаптації та мотивація до одужання. Це дозволяє ефективніше планувати лікування, що відповідає конкретним потребам пацієнта [15].

Соціальні чинники, зокрема підтримка родини, доступ до ресурсів та здатність адаптуватися до нового середовища, відіграють важливу роль у процесі відновлення та адаптації. Однак внутрішньо переміщені особи та мігранти часто зіштовхуються з труднощами інтеграції в нове соціальне середовище, що може посилювати їхній рівень тривожності та ускладнювати процес адаптації. Тому індивідуальний підхід має враховувати соціальний контекст життя пацієнта, включаючи рівень підтримки з боку оточення та доступ до необхідних послуг, таких як житло, робота або освіта [69, с. 124].

Не менш важливим є фізичний стан пацієнта, особливо якщо травма пов'язана з фізичними пораненнями або хронічними захворюваннями. Пацієнти, які зазнали фізичних ушкоджень під час війни або переселення, потребують комплексного підходу, який поєднує психотерапію з фізичною реабілітацією, що сприяє відновленню як психологічного, так і фізичного здоров'я [87].

Застосування індивідуального підходу також передбачає вибір відповідних терапевтичних методів. Для одних пацієнтів ефективною може бути когнітивно-поведінкова терапія, яка допомагає змінювати негативні мисленнєві моделі, тоді як для інших може бути корисною методика десенсибілізації і переробки рухом очей. У деяких випадках може бути рекомендована медикаментозна терапія для стабілізації емоційного стану, але вона завжди повинна поєднуватися з психотерапією.

Завдяки такому комплексному та персоналізованому підходу, лікування ПТСР серед ВПО та мігрантів стає значно ефективнішим. Індивідуалізація терапії дозволяє краще адаптувати методи до потреб кожного пацієнта, що сприяє швидшому одужанню та підвищенню якості життя цих людей у нових умовах.

Переглядаючи методи терапії ПТСР відзначимо, що розроблені для того, щоб допомогти пацієнтам подолати наслідки важких травматичних подій, таких як війна, фізичне або емоційне насильство, катастрофи. Існує кілька основних підходів до лікування ПТСР, які довели свою ефективність у клінічній практиці. Кожен із них може бути адаптований до індивідуальних потреб пацієнта, що є критично важливим для успішного відновлення психічного здоров'я.

Першим методом є вже згадана раніше у роботі КПТ. Вона є одним з основних методів лікування ПТСР. Вона спрямована на зміну негативних мисленнєвих моделей, які пацієнт сформував через травматичні події. КПТ допомагає людині переосмислити та змінити деструктивні думки, пов'язані з почуттям страху, вини або безпорадності. Основна мета цього методу – навчити пацієнта розпізнавати свої думки і реакції на травму і замінювати їх більш реалістичними й позитивними переконаннями. Когнітивна реструктуризація допомагає пацієнтам усвідомити, що їхні думки можуть бути перебільшеними або неточними. Наприклад, якщо людина відчуває себе винною за те, що вижила під час травматичної події, КПТ допомагає їй зрозуміти, що ці думки є ірраціональними [34, с. 165].

Сучасна психотерапія та педагогіка базуються на принципах процесуальності та холізму, акцентуючи увагу на взаємозв'язку між навчанням та психологічною підтримкою. Ідея поєднання функцій освіти та психотерапії стає дедалі важливішою, оскільки обидві сфери мають спільну мету – допомогти людині повністю реалізувати свій потенціал і досягти самоактуалізації. Спільні методологічні основи, орієнтовані на розвиток особистості, сприяли формуванню нової міждисциплінарної науки – «педагогічної психотерапії», яка інтегрує освітні та терапевтичні підходи.

Особливо актуально це стає у контексті роботи з ВПО та українськими мігрантами, які часто страждають від ПТСР внаслідок пережитих воєнних дій, переселень та втрати близьких. Методології, засновані на процесуальному підході, допомагають не тільки підтримати психічне

здоров'я цих людей, але й сприяють їхній успішній адаптації в новому середовищі.

Іноземна наука також широко використовує концепцію процесуальності, доповнюючи її двома основними положеннями: когнітивним та метакогнітивним розвитком. Ці ідеї, запропоновані «сантьянською школою пізнання» У. Матурани та Ф. Варели, засновані на теорії аутопоезису, яка стверджує, що життя є безперервним процесом пізнання та самопізнання, що створює світ у процесі свого пізнання. Це особливо важливо для осіб з ПТСР, оскільки процес самопізнання допомагає інтегрувати травматичний досвід і зменшити симптоми стресу [12, с. 98].

Іншим важливим положенням є теорія метакогнітивного розвитку Джона Флейвелла, яка підкреслює важливість усвідомленості у процесах пізнання та контролю за ними. Це може бути корисним для українських мігрантів та ВПО, допомагаючи їм краще усвідомлювати свої психологічні реакції на травматичні події та адаптуватися до нових умов життя.

Мета пізнання, яке вперше було описане Джоном Флейвеллом у 1976 р., включає знання про власні когнітивні процеси та їх контроль. Ця концепція активно використовується у терапії ПТСР за допомогою технік усвідомленої уваги. Вона допомагає людям, які пережили травму, краще керувати своїми емоціями та зменшити рівень тривоги, що важливо для ефективної реабілітації ВПО та мігрантів.

Сьогодні фахівці, які працюють з людьми, повинні володіти не лише професійними знаннями, але й мета навичками – внутрішніми переконаннями, віруваннями та емоційною зрілістю. Така взаємодія з іншою людиною є основою для формування позитивної динаміки у розвитку особистості, особливо в контексті боротьби з ПТСР. У психології цей процес називають «зустріччю», «спільним буттям» або «люблячою присутністю», підкреслюючи важливість емпатії та підтримки. Завданням сучасного психолога чи педагога є бути мудрим наставником, що супроводжує

особистість на шляху до її індивідуалізації, особливо коли йдеться про подолання травм, викликаних війною та вимушеним переселенням.

Другим важливим методом є десенсибілізація та переробка за допомогою руху очей. Вона є специфічним методом терапії, який застосовується для переробки травматичних спогадів. Ця методика базується на тому, що пацієнт фокусується на своїх травматичних спогадах, одночасно виконуючи серію рухів очима або інших стимуляцій. Мета полягає в тому, щоб допомогти пацієнту зменшити емоційний вплив на травматичні спогади та сприяти їхній переробці. Подібна методика дозволяє пацієнтам зменшити інтенсивність негативних емоцій і симптомів, пов'язаних з травмою, зменшуючи частоту флешбеків та нічних кошмарів [13, с. 145].

Метод фокусування Юджина Джендліна можна ефективно застосовувати для лікування ПТСР, оскільки він допомагає пацієнтам отримати доступ до глибинних емоційних та тілесних переживань, які можуть залишатися заблокованими або невирішеними внаслідок травматичних подій. Цей метод, що належить до процесуальної психотерапії, спрямований на те, щоб допомогти людині «розгорнути» зцілення зсередини, використовуючи енергію та інформацію, що вже містяться в самій проблемі.

У контексті ПТСР, фокусування допомагає розпізнати та обробити заблоковані травматичні спогади, які часто залишаються на рівні тілесних реакцій (як-от напруга, біль чи відчуття страху). Метод дозволяє пацієнтам через спостереження та прийняття цих відчуттів розкрити їхній зміст, перетворюючи їх на джерело зцілення [12, с. 131].

Першим етапом у терапії є отримання доступу до внутрішніх тенденцій енергії та інформації, закладених у травмі. Ці тенденції можуть бути нечіткими та перебувати на підсвідомому рівні, тому фокусування допомагає пацієнтам спочатку «відчути» травму на тілесному рівні (так званий «Felt Sense»), а потім розпочати процес її усвідомлення та перетворення. Це є особливо важливим для пацієнтів з ПТСР, оскільки травматичні спогади

часто не мають чіткої вербальної форми та залишаються на рівні фізичних або емоційних блоків.

Наступний етап фокусування передбачає підтримку розвитку цих відчуттів до їхньої повної розрядки або усвідомлення. Пацієнт під час сесії спостерігає за власними тілесними реакціями без активного втручання, що дозволяє травмі поступово «розвернутися» і проявитися у формі нового розуміння або вирішення проблеми. Це є критичним у лікуванні ПТСР, оскільки дозволяє пацієнтам не лише усвідомити свої емоційні реакції, але й перетворити їх на джерело сили та внутрішніх ресурсів.

Ключовою особливістю фокусування є те, що воно допомагає пацієнту встановити діалог між свідомістю та підсвідомістю через тілесні відчуття. Оскільки багато симптомів ПТСР – такі як тривога, панічні атаки, нічні кошмари або флешбеки – пов'язані з неконтрольованими тілесними реакціями на травматичні спогади, метод фокусування сприяє глибокому розумінню цих відчуттів і дає змогу знайти нові шляхи для їхнього перетворення.

Загалом, метод фокусування Юджина Джендліна допомагає пацієнтам з ПТСР не лише краще усвідомити власні тілесні та емоційні реакції на травму, але й трансформувати ці реакції, повертаючи собі контроль над власним життям. Завдяки фокусуванню пацієнти навчаються знаходити ресурси для зцілення безпосередньо в проблемі, що дозволяє зменшити інтенсивність симптомів і полегшити процес відновлення.

В свою чергу, терапія на основі усвідомленості спрямована на те, щоб навчити пацієнта перебувати «тут і зараз», не зациклюючись на травматичних спогадах або тривожних думках про майбутнє. Цей підхід допомагає пацієнтам зосереджуватися на позитивних аспектах свого життя, не дозволяючи минулому негативно впливати на їхнє поточне психічне здоров'я. Практики медитації, дихальних вправ та спостереження за своїми емоціями допомагають пацієнтам знизити рівень стресу та тривожності [87].

Комбінація різних методів терапії ПТСР дозволяє розробити індивідуальний підхід до кожного пацієнта залежно від його потреб і тяжкості симптомів. Наведені методики разом допомагають зменшити інтенсивність травматичних спогадів, покращити емоційний стан пацієнта і допомогти йому повернутися до нормального життя. Інтеграція цих методів разом із соціальною підтримкою та терапіями на основі усвідомленості дозволяє досягти довготривалого позитивного ефекту у лікуванні ПТСР.

Таким чином, у роботі з ПТСР серед внутрішньо переміщених осіб та українських мігрантів важливо розуміти, що кожна людина має індивідуальний травматичний досвід, який потребує індивідуалізованого підходу в терапії. Ці люди часто стикалися з надзвичайно травматичними подіями, включаючи війну, втрату рідних та домівки, вимушену міграцію та соціальну ізоляцію, що залишає глибокий емоційний і психологічний відбиток. Відповідно, робота з такими пацієнтами потребує не лише класичних психотерапевтичних методів, але й підходів, які враховують унікальні аспекти їхнього досвіду.

Одним із найважливіших аспектів у роботі з ПТСР є акцент на емоційній підтримці та створенні безпечного простору для пацієнта. ВПО та українські мігранти часто відчують втрату безпеки та стабільності, тому головне завдання психотерапевта полягає в тому, щоб допомогти людині відчувати себе захищеною в нових умовах. Це включає надання емоційної підтримки, створення довірливих стосунків, де пацієнт зможе відкрито говорити про свій травматичний досвід. Без цієї основи будь-які психотерапевтичні інтервенції можуть бути менш ефективними.

Ще один важливий момент у терапії ПТСР серед ВПО та мігрантів полягає у роботі з тілесними реакціями на травму. Травматичні спогади часто залишають слід не лише на емоційному рівні, але й у фізичних реакціях тіла – це можуть бути тривога, панічні атаки, порушення сну або навіть хронічний біль. Тому методи, які орієнтовані на тіло, такі як фокусування або майндфулнес, допомагають пацієнтам розпізнавати ці реакції і працювати з

ними. Завдяки таким підходам можна зменшити інтенсивність травматичних симптомів і сприяти відновленню емоційного балансу.

Важливо підкреслити, що тривала підтримка є необхідною для ефективної реабілітації пацієнтів з ПТСР. Оскільки симптоми можуть мати хронічний характер і часом загострюватися, важливо забезпечити пацієнтів доступом до тривалих психотерапевтичних інтервенцій і соціальних ресурсів. Це може включати як індивідуальну терапію, так і групову підтримку, що допоможе людям з ПТСР повернутися до нормального життя і зменшити ризик рецидивів симптомів.

2.3 Умови профілактики роботи з гострим стресом (ВПО/українські мігранти)

Гострий стрес є серйозною проблемою для ВПО та українських мігрантів, які переживають значні життєві труднощі внаслідок військових конфліктів, соціально-економічної нестабільності та розриву соціальних зв'язків. Ці фактори можуть призвести до погіршення психічного здоров'я, зниження якості життя та утруднення процесу адаптації до нових умов.

Як зазначає колектив українських дослідників у складі О. А. Моргунова, С. В. Харченко, О. І. Федоренко та інших, гострий стресовий розлад (далі – ГСР) – це психічний стан, який виникає як реакція на екстремально стресову або травматичну подію. Він характеризується появою симптомів тривоги, дисоціації та інших психологічних проявів, які зазвичай розвиваються протягом перших чотирьох тижнів після пережитої події [36, с. 7-8]. ГСР є тимчасовим розладом і може перерости в ПТСР, якщо симптоми зберігаються більше місяця. Ключові ознаки ГСР включають в себе: переживання травматичної події; інтрузивні симптоми; дисоціативні симптоми; уникання; підвищена збудливість; негативні зміни настрою [36, с. 9].

За DSM-5, діагноз гострого стресового розладу встановлюється, якщо симптоми тривають від 3 днів до 1 місяця після травматичної події. А також

присутні не менше 9 симптомів з будь-якої з п'яти категорій: інтрузивні симптоми, негативний настрій, дисоціативні симптоми, симптоми уникання та симптоми підвищеної збудливості [79].

Згідно з МКХ-11 гострий стресовий розлад класифікується під кодом 6B40 і характеризується розвитком симптомів після впливу надзвичайно загрозливої або жахливої події. Симптоми з'являються протягом декількох хвилин або годин після події і зникають протягом днів або кількох тижнів. Основні симптоми включають стан «оглушення», дезорієнтацію, тривогу, депресію, гнів, гіперактивність або відчуття безнадії.

Критерії діагностики за МКХ-11:

- Раптовий початок симптомів після травматичної події.
- Короткочасність симптомів (зазвичай не більше кількох тижнів).
- Значний дистрес або порушення функціонування в соціальній, професійній або інших важливих сферах життя [86].

Раннє виявлення гострого стресового розладу є критичним для запобігання переходу в хронічні психічні розлади, такі як посттравматичний стресовий розлад або депресія. Кваліфіковані фахівці можуть надати необхідну психологічну підтримку, використовуючи методи когнітивно-поведінкової терапії, стрес-менеджменту та, за потреби, медикаментозного лікування.

Варто звернути окрему увагу, що ГСР та ПТСР є двома психічними розладами, що виникають у відповідь на травматичні події. Хоча вони мають спільні риси та можуть проявлятися подібними симптомами, між ними існують суттєві відмінності щодо тривалості, симптоматики, діагностичних критеріїв та підходів до лікування. Розуміння цих відмінностей є критичним для правильного діагностування та ефективного надання допомоги постраждалим. Саме тому, ми провели порівняльний аналіз на підставі таких критеріїв: тривалість симптомів; час появи симптомів після травматичної події; симптоми; зміни в настрої; патофізіологія; лікування та інші. Результати наочно продемонстровані у Таблиці 4.

Параметр	ГСР	ПТСР
Тривалість симптомів	Від 3 днів до 1 місяця після травматичної події	Більше 1 місяця; симптоми можуть тривати роками
Час появи симптомів	Симптоми виникають негайно або протягом декількох днів після події	Можуть виникати негайно або з затримкою в кілька місяців або років
Основні симптоми	Дисоціативні симптоми (дереалізація, деперсоналізація) Інтрुзивні спогади Уникання Підвищена збудливість	Стійкі інтрुзивні спогади Тривале уникання Негативні зміни настрою та когніцій Підвищена збудливість
Дисоціативні симптоми	Виражені; є обов'язковими для діагнозу	Можуть бути присутні, але не є обов'язковими
Уникання	Тимчасове; уникання думок та нагадувань про подію	Стійке; постійне уникання думок, почуттів або зовнішніх нагадувань
Негативні зміни в настрої	Можуть бути присутні, але менш виражені	Виражені; негативні переконання про себе та світ, постійні негативні емоції
Підвищена збудливість	Дратівливість Труднощі зі сном Гіпернастороженість	Стійка дратівливість Агресивність Проблеми з

		концентрацією
Діагностичні критерії (DSM-5)	Не менше 9 симптомів з 5 категорій Симптоми тривають від 3 днів до 1 місяця	Визначена кількість симптомів в кожній з 4 категорій Симптоми тривають більше 1 місяця
Критерії діагностики (МКХ-11)	Класифікується як гостра реакція на стрес. Симптоми зникають протягом декількох тижнів.	Включає 3 основні групи симптомів. Симптоми тривають більше 1 місяця.
Патофізіологія	Тимчасові зміни в нейрохімічних процесах мозку	Стійкі зміни в структурі та функції мозку (мігдалина, префронтальна кора).
Лікування	Раннє втручання КТП Медикаменти рідко використовуються	Довготривала психотерапія Медикаментозна терапія (антидепресанти) Комплексний підхід
Прогноз	Позитивний при своєчасному втручанні; більшість одужує без довготривалих наслідків	Варіабельний; можливі хронічні симптоми без лікування; ефективно лікування покращує стан
Вплив на життя	Короткочасні труднощі; тимчасова втрата працездатності	Довготривалі проблеми; соціальна ізоляція; порушення функціонування

Ризик переходу	Може перерости в ПТСР при відсутності належної підтримки	Може стати хронічним без належного лікування
----------------	--	--

Таблиця 4.

Отже, створена нами таблиця допомагає наочно побачити основні відмінності між гострим стресовим розладом та посттравматичним стресовим розладом, що є важливим для правильної діагностики та вибору відповідного лікування.

Розмежування гострого та хронічного стресу є важливим для розуміння того, як стрес впливає на психічне та фізичне здоров'я людини. Гострий і хронічний стрес мають різні механізми впливу на організм і можуть вимагати різних підходів до профілактики та лікування. Гострий стрес виникає раптово у відповідь на конкретні події або ситуації, тоді як хронічний стрес є наслідком тривалого впливу негативних факторів. Оскільки хронічний стрес може призвести до серйозних психосоматичних розладів, його вчасне виявлення та лікування є критично важливим [41, с. 123]. На відміну від гострого стресу, хронічний стрес виникає, коли людина тривалий час перебуває під впливом стресових факторів. При хронічному стресі організм не має можливості повернутися до стану рівноваги, що призводить до постійного підвищеного рівня кортизолу і порушення функцій імунної системи. Такий стан може тривати місяцями або навіть роками, значно підвищуючи ризик розвитку хронічних захворювань, депресії та тривожних розладів.

Гострий стрес триває короткий проміжок часу і є відповіддю на конкретну подію. Хронічний стрес накопичується поступово і триває довгий час через постійний вплив стресових факторів. При гострому стресі організм реагує раптово, активуючи симпатичну нервову систему та вивільняючи гормони стресу, такі як адреналін та кортизол. Ця реакція підвищує енергію та мобілізує ресурси організму. У випадку хронічного стресу, постійно підвищений рівень кортизолу та інші фізіологічні зміни можуть призводити

до виснаження організму, порушень сну, хронічної втоми, а також проблем із серцево-судинною системою [38, с. 56].

Варто також зазначити, що гострий стрес може викликати тимчасові тривожні стани або почуття страху, але, як правило, людина відновлюється після усунення стресової ситуації. Хронічний стрес, навпаки, має глибший психологічний вплив. Він може призводити до розвитку депресії, тривожних розладів і зниження когнітивних функцій, таких як пам'ять і здатність до концентрації [48].

Слід наголосити, що для гострого стресу підходять методи швидкого заспокоєння, такі як дихальні вправи, медитація або фізична активність, які допомагають знизити напругу. В свою чергу, для подолання хронічного стресу необхідно розробити довгострокові стратегії, які включають зміни в способі життя, регулярну фізичну активність, психотерапію і навчання навичкам управління стресом [50, с. 215].

Таким чином, розуміння відмінностей між гострим та хронічним стресом є важливим для своєчасного виявлення та впровадження ефективних методів профілактики та лікування. ГСР є природною реакцією організму, яка може бути корисною у короткостроковій перспективі, тоді як хронічний стрес призводить до серйозних наслідків для здоров'я і потребує глибокої корекції.

Розуміючи важливість ГСР, важливо вжити профілактичних заходів. Так, профілактика гострого стресу серед ВПО та мігрантів вимагає комплексного підходу, який включає різні аспекти підтримки. Перш за все, психологічна підтримка є фундаментальною складовою цього процесу. Надання доступу до кваліфікованих психологів та психотерапевтів дозволяє індивідам отримати професійну допомогу в подоланні травматичних переживань та адаптації до нових обставин. Індивідуальна та групова терапія сприяє зниженню рівня тривоги, покращенню емоційного стану та формуванню навичок подолання стресу. Додатково, функціонування

цілодобових гарячих ліній допомоги забезпечує можливість екстреної підтримки в кризових ситуаціях [31].

Другим важливим аспектом є соціальна інтеграція. ВПО та мігранти часто стикаються з ізоляцією та відчуттям відчуження в новому середовищі. Організація спільнот та груп підтримки надає можливість обміну досвідом, взаємодопомоги та встановлення нових соціальних зв'язків. Участь у культурних та освітніх заходах не лише збагачує особистий досвід, але й сприяє кращому розумінню місцевих традицій та норм, що полегшує процес адаптації [42, с. 273].

Інформаційна підтримка відіграє ключову роль у зниженні рівня невизначеності та тривоги. Доступ до актуальної інформації про доступні ресурси, права та можливості дозволяє ВПО та мігрантам приймати обґрунтовані рішення щодо свого майбутнього. Проведення навчальних програм з управління стресом та розвитку життєвих навичок підвищує їхню здатність ефективно реагувати на виклики та стресові ситуації.

Фізичне здоров'я тісно пов'язане з психічним благополуччям. Забезпечення доступу до медичних послуг, включаючи профілактичні огляди та лікування хронічних захворювань, є важливим для підтримки загального здоров'я. На нашу думку, у цьому напрямку організація спортивних заходів, програм релаксації та фізичної активності сприяє зниженню рівня стресу, покращує фізичний стан та підвищує рівень енергії [63, с. 141].

Економічна підтримка є ще одним критичним елементом профілактики стресу. Сприяння у працевлаштуванні, професійній переорієнтації та розвитку підприємницьких ініціатив допомагає знизити фінансовий тиск та забезпечує стабільність. Надання соціальних виплат та фінансової допомоги в разі потреби гарантує задоволення базових потреб та створює умови для відновлення.

Створення безпечного середовища є необхідною умовою для відчуття захищеності та стабільності. Забезпечення гідного та безпечного житла, надання правової підтримки з юридичних питань та захист прав ВПО та

мігрантів сприяє формуванню довіри до інституцій та підвищує впевненість у майбутньому [26, с. 45].

Підтримка сім'ї та близьких також має важливе значення. Сімейна терапія допомагає вирішити внутрішньосімейні конфлікти, покращити комунікацію та зміцнити сімейні зв'язки. Спеціальні програми для дітей та підлітків, які переживають стрес, сприяють їхньому емоційному розвитку та успішній соціалізації [39]. У цьому ж контексті варто відзначити важливість співпраці з громадськими організаціями та залучення до волонтерських ініціатив, що дозволяє ВПО та мігрантам брати активну участь у житті громади, що підвищує їхню самооцінку та відчуття значущості. Партнерство з неурядовими організаціями розширює можливості підтримки та доступ до додаткових ресурсів. Розвиток навичок самодопомоги є важливим для довгострокового благополуччя. Тренінги з управління стресом, навчання технік релаксації та заохочення до занять хобі допомагають індивідам активно залучатися до процесу відновлення та підтримувати позитивний емоційний стан.

Нарешті, моніторинг та оцінка стану психічного здоров'я дозволяють своєчасно виявляти проблеми та адаптувати програми підтримки відповідно до індивідуальних потреб. Регулярні перевірки та зворотний зв'язок забезпечують ефективність заходів та сприяють постійному вдосконаленню підходів до профілактики стресу [60, с. 67].

Таким чином, профілактика гострого стресу серед внутрішньо переміщених осіб та українських мігрантів є складним та багатогранним завданням, яке вимагає скоординованих зусиль на різних рівнях. Комплексний підхід, що включає психологічну, соціальну, інформаційну, фізичну та економічну підтримку, є ключовим для ефективної допомоги цим групам населення. Співпраця між державними інституціями, громадськими організаціями та самими постраждалими сприяє створенню умов для успішної адаптації, покращення якості життя та забезпечення психічного благополуччя. Розуміння та врахування індивідуальних потреб кожної особи

дозволяє розробляти та впроваджувати заходи, які є найбільш ефективними в контексті профілактики гострого стресу.

Висновки до розділу 2

Таким чином, методики роботи з депресіями, тривожністю та ПТСР серед ВПО та українських мігрантів мають враховувати специфічні обставини, які оточують ці групи. Важливо, що терапевти використовують підходи, які не тільки відповідають міжнародним стандартам діагностики, але й пристосовані до культурного та соціального контексту переселенців. Діагностика, заснована на міжнародних стандартах, таких як МКХ-11 і DSM-5, забезпечує структурований підхід до виявлення симптомів депресії та тривожності. Ці методики дозволяють не лише коректно діагностувати розлади, але й брати до уваги особливі фактори, що впливають на переселенців. Це включає розгляд культурних та соціальних впливів, які можуть модифікувати прояви психічних розладів, що робить ці системи незамінними у контексті роботи з українськими мігрантами.

Окрім діагностики, у процесі оцінки стану пацієнтів широко застосовуються шкали депресії, такі як опитувальники Зунга та Бека. Ці інструменти дозволяють швидко оцінити рівень депресії у пацієнтів і є особливо корисними в умовах, коли доступ до повноцінної медичної допомоги обмежений. Вони також дають можливість контролювати динаміку стану пацієнтів під час терапії, що є важливим елементом моніторингу психічного здоров'я.

Терапевтичні підходи до лікування ПТСР включають КПТ, яка допомагає пацієнтам переосмислити свої травматичні переживання, знизити рівень тривожності та відновити контроль над емоційними реакціями. Крім КПТ, методи експозиційної терапії та майндфулнес є ефективними для роботи з пацієнтами, які мають симптоми ПТСР, оскільки вони дозволяють пацієнтам поступово стикатися з травматичними спогадами та працювати з ними в безпечному терапевтичному середовищі.

Особливе місце в роботі з українськими мігрантами та ВПО займає індивідуалізація терапії. Кожна людина, яка пережила травматичні події, має свій унікальний досвід, тому психотерапевти повинні адаптувати свої підходи до кожного окремого випадку. Це включає врахування не лише психологічних особливостей пацієнта, але й соціокультурного контексту, рівня підтримки з боку сім'ї та спільноти, а також індивідуальних стратегій подолання труднощів.

Соціальна підтримка є ще одним критично важливим аспектом у терапії переселенців. Відновлення соціальних зв'язків, інтеграція в нові громади та забезпечення доступу до соціальних і медичних послуг є необхідними умовами для успішного одужання. Відчуття приналежності до спільноти та підтримка оточуючих допомагають зменшити рівень стресу та покращити емоційний стан.

Важливо також звернути увагу на довготривалу підтримку переселенців. Симптоми ПТСР та депресії можуть мати хронічний характер, тому важливо забезпечити пацієнтів не лише короткостроковою терапією, але й тривалим доступом до психотерапевтичних послуг та програм реабілітації. Це допоможе уникнути рецидивів і забезпечити стабільне психічне здоров'я у майбутньому.

В результаті, робота з українськими мігрантами та ВПО потребує комплексного підходу, що включає професійну діагностику, індивідуалізовану терапію, використання сучасних психотерапевтичних методик, а також активне залучення соціальної підтримки. Лише в такому поєднанні можна досягти успішного лікування депресії, тривожності та ПТСР, допомагаючи людям подолати наслідки травматичних подій і повернутися до нормального життя.

Важливим аспектом роботи з ВПО та українськими мігрантами є не лише лікування депресій та тривожних розладів, але й робота зі стресовими станами, які часто стають основною причиною психічних порушень. Стрес серед ВПО та мігрантів є постійним супутником через вимушене

переселення, втрату домівки, робочого місця або розрив зв'язків із близькими. Розмежування та лікування гострого і хронічного стресу є критично важливими для стабілізації їхнього психічного стану.

Гострий стрес виникає внаслідок раптових, травматичних подій, таких як переїзд через війну або безпосередній досвід бойових дій. Цей тип стресу, хоч і викликає негайну реакцію організму, може бути короткочасним і піддаватися корекції за допомогою кризової інтервенції, психологічної підтримки та методів релаксації. Однак без належної підтримки гострий стрес може перейти в хронічний.

Хронічний стрес, на відміну від гострого, формується поступово через тривале перебування у важких життєвих обставинах, таких як довготривала соціальна ізоляція, відсутність стабільного житла або роботи. Постійний тиск і невизначеність майбутнього можуть призводити до серйозних психосоматичних розладів, таких як порушення сну, хронічна втома, а також підвищений ризик розвитку серцево-судинних захворювань.

З огляду на це, важливою складовою терапії є навчання ВПО та мігрантів методам управління стресом, таким як релаксаційні техніки, дихальні вправи та психологічна підготовка до подолання кризових ситуацій. Навчання навичкам саморегуляції дозволяє зменшити негативний вплив хронічного стресу, що допомагає запобігти розвитку депресивних і тривожних розладів. Важливо також, щоб пацієнти розуміли, що управління стресом є тривалим процесом, який вимагає регулярної роботи над собою та систематичної підтримки. Психотерапія може допомогти людям розвивати стратегії для подолання як гострого, так і хронічного стресу, а також надавати ресурси для тривалої адаптації до нових життєвих умов.

РОЗДІЛ 3 ПОВЕДІНКОВІ ТРАНСФОРМАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ В КОНТЕКСТІ ПОДОЛАННЯ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ: ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ТА ДИНАМІКА ЗМІН

3.1 Оцінка та тлумачення результатів дослідження поведінки особистості долаючи розлади адаптації

Адаптація до нових умов життя, особливо в контексті вимушеного переселення, є складним і багатогранним процесом. Люди, які вимушені залишити свої домівки через війну або інші кризи, стикаються з новими викликами на кожному етапі інтеграції до нового середовища. Психологічний стан таких осіб може бути ускладнений переживаннями тривоги, стресу, депресії або адаптаційними розладами. Оцінка поведінкових змін, які відбуваються у цих людей під час адаптації, є важливим елементом для розуміння їхніх потреб та розробки ефективних методів допомоги.

Процес адаптації можна кількісно оцінити за допомогою різних психометричних та соціологічних інструментів, які дозволяють виміряти психологічні, соціальні та поведінкові показники. Кількісна оцінка адаптації дає змогу об'єктивно фіксувати зміни в психоемоційному стані респондентів, їхню соціальну інтеграцію та здатність впоратися з новими життєвими умовами.

Одним з найпоширеніших методів кількісної оцінки адаптації є використання опитувальників, розроблених для вимірювання тривожності, депресії, стресу та загальної адаптивності. Наприклад, шкала GAD-7 дозволяє кількісно оцінити рівень тривожності, а шкала PHQ-9 – симптоми депресії. Крім того, існують інші шкали для оцінки загальної якості життя, стресових реакцій та соціальної інтеграції [57; 43].

Оцінка соціальних зв'язків та інтеграції також може бути кількісно виміряна за допомогою анкет та соціометричних інструментів. Сюди належать питання про кількість і якість соціальних взаємодій, участь у громадському житті, взаємодію з місцевою громадою, доступ до соціальних

ресурсів і послуг. Далі процес адаптації може бути оцінений через вимірювання певних показників на різних етапах адаптації (наприклад, одразу після переселення, через тиждень, через місяць і далі). Таке порівняння дозволяє відстежувати динаміку змін у психічному стані, рівень тривожності, депресії та соціальної інтеграції.

У нашому дослідженні було проведено опитування серед групи внутрішньо переміщених осіб та мігрантів, які виїхали з України через військові дії. Метою дослідження є виявлення основних показників поведінкових змін та психологічного стану цих осіб під час адаптації до нових умов життя. Особлива увага приділялася виявленню наявності адаптаційних розладів, тривоги та депресивних симптомів, а також динаміці цих показників у процесі адаптації.

Таким чином, кількісні методи дозволяють отримати чіткі, об'єктивні показники адаптації, які можуть бути порівняні між різними групами або в різний час. Вимірювання на кількох етапах дозволяє відслідковувати прогрес або труднощі в адаптації респондентів. В свою чергу, використання перевірених опитувальників дає змогу порівнювати результати з іншими дослідженнями та встановлювати еталонні показники для оцінки рівня адаптації.

У дослідженні взяли участь 25 респондентів, серед яких 15 осіб були внутрішньо переміщеними особами, а 10 – українськими мігрантами, які виїхали за межі країни через військові дії. Віковий діапазон респондентів становив від 18 до 55 років, з різними рівнями освіти та професійного досвіду. Опитування проводилося на трьох етапах: одразу після виїзду, через тиждень після переїзду та через місяць. Такий підхід дозволив простежити динаміку адаптаційних процесів та змін у психічному стані кожного респондента в умовах нової реальності.

На основі тестів GAD-7 (для оцінки генералізованого тривожного розладу) та PHQ-9 (для оцінки депресії) [57; 43], а також згаданих раніше опитувальників Бека та Зунга, ми пропонуємо створити адаптований

опитувальник для ВПО та українських мігрантів, які виїхали через війну, що враховує специфіку адаптації та можливі розлади [74; 102]. Для свого опитування ми обрали саме ці опитувальники як основу з таких причин:

- GAD-7 дозволяє виявити тривожні розлади, які можуть виникати внаслідок стресу від переселення та невизначеності майбутнього.
- PHQ-9 є зручним для діагностики депресивних розладів, які часто супроводжують адаптаційні проблеми.
- Шкала депресії Бека (BDI) дає можливість детальніше оцінити рівень депресивних симптомів.
- Шкала тривоги Зунга допомагає оцінити рівень загальної тривожності.

Комбінований опитувальник дозволить оцінити три основні аспекти психологічного стану: депресію, тривожність та адаптаційні розлади.

Опитувальник для оцінки психологічного стану ВПО та мігрантів.

Інструкція:

Будь ласка, оцініть, як часто за останні 2 тижні Ви відчували або стикалися з наступними проблемами. Оберіть відповідь, яка найкраще відображає Ваш стан.

Як часто за останні 2 тижні Ви відчували такі проблеми	Жодного разу (0)	Декілька днів (1)	Більше половини із 14 днів (2)	Майже кожен день (3)
1. Відчуття тривоги або страху перед майбутнім				
2. Важко контролювати почуття тривоги				
3. Сильне занепокоєння щодо різних подій				
4. Втрата інтересу до діяльності, яка раніше була важливою				

5. Втома або брак енергії				
6. Непосидючість або труднощі з концентрацією				
7. Відчуття безпорадності або невпевненості у власних силах				
8. Труднощі зі сном (важко заснути або прокидаєтесь занадто рано)				
9. Відчуття, що ситуація ніколи не покращиться				
10. Сильне відчуття дратівливості або незадоволення				
11. Складність розслабитися, навіть у безпечних умовах				
12. Важко підтримувати контакт з іншими людьми (відчуженість)				
13. Виникнення відчуття тривоги або страху перед соціальними ситуаціями				
14. Відчуття розпачу через життєві обставини (фінансові проблеми, безпека)				
15. Часті емоційні спади або різкі зміни настрою				

16. Думки про можливість заподіяння шкоди собі або іншим				
--	--	--	--	--

Інструкція для заповнення:

Цей опитувальник має на меті оцінити психологічний стан респондента та визначити можливі ознаки тривожності, депресії та труднощів адаптації після переїзду. Відповідати на питання слід відповідно до того, як часто опитаний відчував вказані проблеми за останні 2 тижні.

Шкала відповідей	Опис
0 – Жодного разу	Ви не відчували цієї проблеми протягом останніх двох тижнів.
1 – Декілька днів	Ви відчували цю проблему лише кілька днів за останні два тижні.
2 – Більше половини із 14 днів (2)	Ви стикалися з цією проблемою більше, ніж у половині днів за останні два тижні, але не кожного дня.
3 – Майже кожен день	Ви відчували цю проблему практично щодня протягом останніх двох тижнів.

Опис питань та інтерпретація

1) Відчуття тривоги або страху перед майбутнім. Ця характеристика стану взята із GAD-7 та допомагає визначити рівень загальної тривоги, яку можуть відчувати ВПО та мігранти через невизначеність життєвих обставин, нове середовище та майбутнє.

2) Важко контролювати почуття тривоги. Це питання так само запозичене із GAD-7 та з'ясовує, наскільки інтенсивно людина відчуває тривогу і чи може вона контролювати ці емоції, що є важливим для оцінки рівня тривожних розладів.

3) Сильне занепокоєння щодо різних подій. По аналогії із двома попередніми, питання взятє із GAD-7. Занепокоєння різними аспектами життя може свідчити про проблеми із самоконтролем та підвищену чутливість до стресу.

4) Втрата інтересу до діяльності, яка раніше була важливою. Відповідна характеристика запозичена із PHQ-9, адже втрата інтересу до того, що раніше приносило задоволення, є ключовим показником депресивних симптомів.

5) Втома або брак енергії. Це питання взятє із PHQ-9 і стосується фізичних та психологічних аспектів втоми, які можуть виникати внаслідок тривалого стресу або депресії.

6) Непосидючість або труднощі з концентрацією. Цей показник запозичений нами із шкали Зунга та може свідчити про тривожні стани або проблеми з фокусуванням, які виникають під час адаптації.

7) Відчуття безпорадності або невпевненості у власних силах. Це питання перейняте із шкали Бека та допомагає оцінити рівень самооцінки та впевненості в своїх можливостях впоратися з новими життєвими викликами.

8) Труднощі зі сном (важко заснути або прокидаєтесь занадто рано). Відповідне питання створене нами і ми вважаємо його релевантним, адже проблеми зі сном є одними з перших симптомів, які можуть вказувати на стрес або депресію. Труднощі зі сном часто свідчать про постійне психологічне напруження.

9) Відчуття, що ситуація ніколи не покращиться. Відповідну характеристику ми запозичили із PHQ-9. Негативне сприйняття майбутнього є серйозним показником депресивного стану та тривоги.

10) Сильне відчуття дратівливості або незадоволення. Таке відчуття використовує для своєї шкали депресії Зунг, адже часте відчуття дратівливості може свідчити про наявність стресу або тривожних розладів.

11) Складність розслабитися, навіть у безпечних умовах. Зазначене питання ми перейняли із GAD-7. Немоżliвість розслабитися вказує на підвищену тривожність і неспроможність знайти внутрішній спокій, навіть у відносно безпечних обставинах.

12) Важко підтримувати контакт з іншими людьми (відчуженість). Ця характеристика самотійно застосована нами, адже психологічна ізоляція або уникання спілкування можуть бути ознакою депресії або розладів адаптації.

13) Виникнення відчуття тривоги або страху перед соціальними ситуаціями. Зазначене питання ми перейняли із GAD-7. Ми вважаємо його доцільним, адже страх перед соціальними контактами є ознакою соціальної тривожності, що може ускладнювати адаптацію до нового середовища.

14) Відчуття розпачу через життєві обставини (фінансові проблеми, безпека). Відповідна характеристика запропонована нами, на підставі того, що відчуття безвиході через конкретні життєві обставини може свідчити про розвиток адаптаційних розладів.

15) Часті емоційні спади або різкі зміни настрою. Шкала депресії Бека використовує цю характеристику тому, що часті зміни настрою можуть вказувати на емоційні розлади, зокрема депресію чи тривожні стани.

16) Думки про можливість заподіяння шкоди собі або іншим. Відповідна характеристика запозичена із PHQ-9. Це критичне питання для виявлення серйозних психічних проблем, зокрема суїцидальних думок або агресивних імпульсів.

Інтерпретація результатів:

Низький рівень (0-5 балів): можливо, немає значущих тривожних або депресивних розладів. Особа може бути у стані адаптації, але без серйозних розладів.

Помірний рівень (6-10 балів): особа може відчувати певні труднощі з адаптацією, тривожністю або депресією. Рекомендується звернути увагу на джерела підтримки та відпочинку.

Високий рівень (11-15 балів): підвищений рівень тривожності або депресивних симптомів. Можлива потреба у психологічній підтримці.

Дуже високий рівень (16-21 бал): висока ймовірність наявності серйозних адаптаційних розладів, депресії або тривожного розладу. Рекомендується негайна консультація з фахівцем.

На підставі опитування можливо також надати загальні рекомендації для учасників, а саме, якщо у респондента зафіксовані високі бали, необхідно звернути увагу на специфічні області, де виникають найбільші труднощі. Наприклад, проблеми зі сном можуть свідчити про підвищену тривожність, тоді як втрата інтересу до діяльності може вказувати на депресію. В свою чергу, для осіб з високими показниками рекомендується консультація з психологом або психотерапевтом, а також підтримка від соціальних служб або волонтерських організацій, які можуть допомогти в адаптації до нових умов.

На нашу думку, наведений опитувальник допоможе виявити не лише рівень тривоги та депресії, але й стане важливим для розуміння загальних тенденцій в адаптації ВПО та мігрантів до нових умов життя та важливим для створення загального наукового та медичного підходів до допомоги з розладами адаптації ВПО та інших осіб, які через збройну агресію були вимушені залишити власний дім.

Проаналізовані нами результати опитування показали наступні дані. На першому етапі опитування, який проводився одразу після виїзду, у всіх респондентів, як ВПО так і мігрантів, (100%) були виявлені високі показники тривожності. Це свідчить про те, що переїзд, зумовлений війною, викликав сильний стрес і тривожні розлади у кожного респондента. У 100% респондентів (25 з 25) були зафіксовані виражені симптоми тривожності. Основними симптомами були постійне занепокоєння, відчуття тривоги, неможливість контролювати ці емоції та страх перед майбутнім.

Далі ми розглянемо окремо результати ВПО та окремо – українських мігрантів. Отже на першому етапі опитування, одразу після виїзду, 60% респондентів серед ВПО (9 з 15) продемонстрували помірний рівень депресивних симптомів, серед яких найчастіше зустрічалися втрата інтересу до діяльності, велика втома та відчуття безпорадності. У 70% респондентів (10 з 15) були присутні труднощі з адаптацією до нових умов. До основних проблем належали труднощі зі сном (65% або 10 з 15), порушення

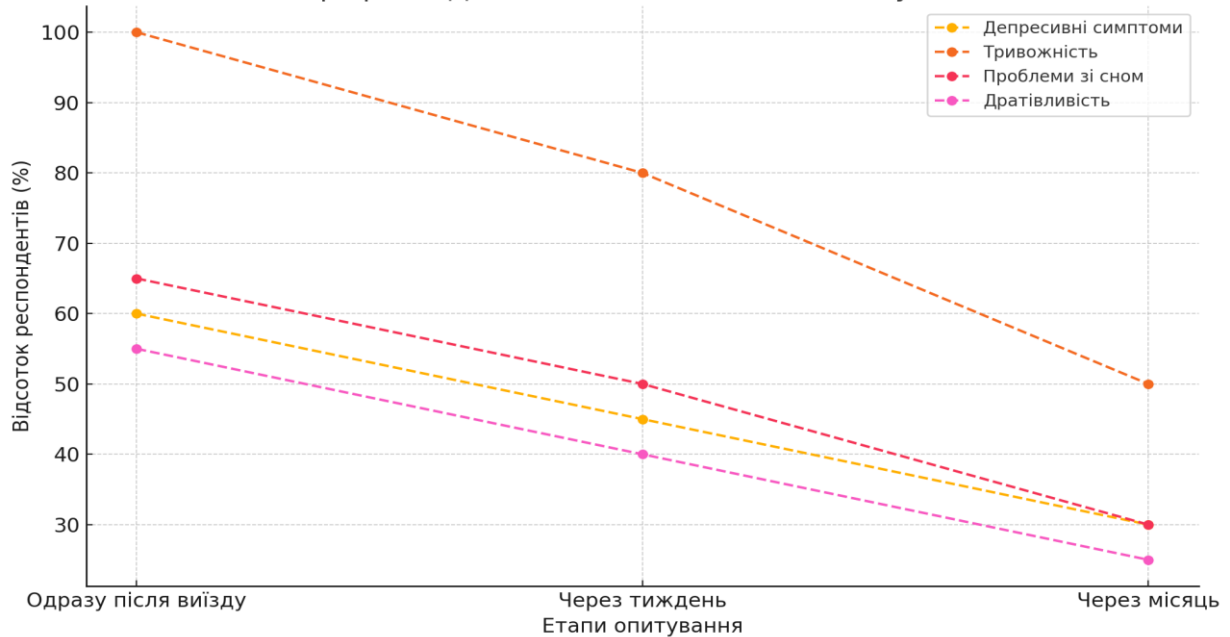
концентрації (70% або 10 з 15) та підвищена дратівливість і напруженість (55% або 8 з 15). Ці показники свідчать про значний рівень психологічного дискомфорту серед ВПО на ранніх етапах переселення.

Через тиждень після виїзду спостерігалася певна позитивна динаміка. Хоча тривожність залишалася високою у багатьох респондентів, її рівень знизився у частини опитаних. Так, 80% респондентів (12 з 15) все ще повідомляли про значну тривожність, але у 20% (3 з 15) рівень тривоги почав знижуватися. Помірні депресивні симптоми залишалися у 45% респондентів (7 з 15), але інші 55% (8 з 15) продемонстрували покращення свого емоційного стану. Труднощі зі сном залишалися у 50% респондентів (8 з 15), проте дратівливість знизилася до 40% (6 з 15), що свідчить про поступову адаптацію до нових умов.

Через місяць після переїзду результати продемонстрували помітні позитивні зміни. Лише 50% респондентів (8 з 15) все ще відчували високий рівень тривожності, тоді як інші 50% (7 з 15) відзначили суттєве полегшення. Депресивні симптоми продовжували знижуватися: тільки 30% респондентів (5 з 15) все ще зберігали помірні депресивні ознаки, тоді як 70% (10 з 15) почали поступово повертатися до звичної активності. Проблеми зі сном залишалися у 30% респондентів (5 з 15), а дратівливість і напруженість зберігалися лише у 25% (4 з 15). Загалом, більшість респондентів поступово інтегрувалися в нове середовище та почали краще адаптуватися до нових умов.

Для наочності ми наводимо Графік 1, що показує динаміку психологічного стану респондентів на трьох етапах опитування: одразу після виїзду, через тиждень, і через місяць. На ньому відображено відсоткове співвідношення респондентів, які відчували тривожність, депресію та адаптаційні розлади. Ми бачимо поступове зниження всіх трьох показників, що свідчить про покращення психологічного стану більшості респондентів з часом.

Графік 1: Динаміка психологічного стану ВПО



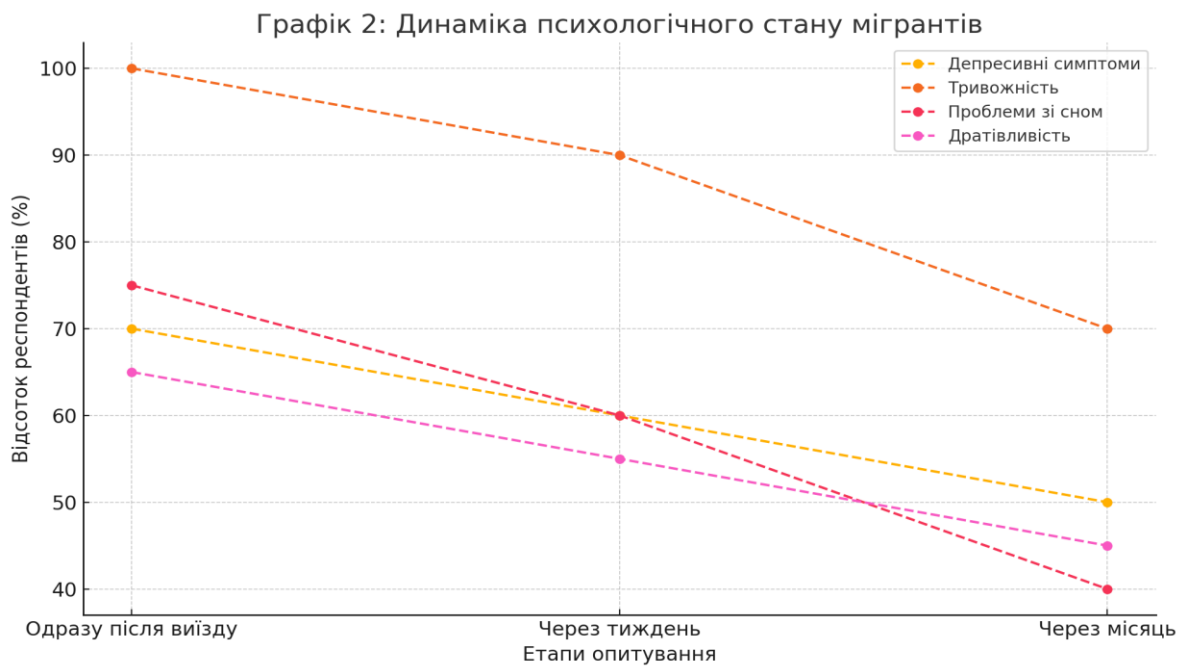
Щодо мігрантів, які виїхали за кордон через війну, їхня адаптація на перших етапах виявилася складнішою. Одразу після виїзду 60% респондентів (6 з 10) продемонстрували помірні депресивні симптоми, такі як втрата інтересу до діяльності, втома та відчуття безпорадності. У 70% мігрантів (7 з 10) були присутні труднощі з адаптацією до нових умов, зокрема 65% (6 з 10) повідомляли про проблеми зі сном, а 70% (7 з 10) – про порушення концентрації уваги. Дратівливість і напруженість відчували 55% респондентів (5 з 10). Ці показники свідчать про високий рівень стресу через процес переселення та інтеграції в нове середовище.

Через тиждень після переїзду спостерігалось деяке покращення психологічного стану мігрантів, хоча тривожність залишалася високою. Так, 80% мігрантів (8 з 10) все ще повідомляли про значну тривожність, проте у 20% (2 з 10) вона почала знижуватися. Помірні депресивні симптоми зберігалися у 45% респондентів (4 з 10), але інші 55% (5 з 10) почали демонструвати позитивну динаміку. Труднощі зі сном залишалися у 50% мігрантів (5 з 10), але дратівливість зменшилася до 40% (4 з 10), що вказує на поступову адаптацію до нових умов.

Через місяць після переїзду спостерігалися більш помітні позитивні зміни. Лише 50% респондентів (5 з 10) все ще відчували високий рівень

тривожності, тоді як інші 50% (5 з 10) відзначили покращення свого психоемоційного стану. Депресивні симптоми зберігалися тільки у 30% респондентів (3 з 10), тоді як 70% (7 з 10) почали повертатися до звичної активності. Проблеми зі сном залишалися у 30% мігрантів (3 з 10), тоді як дратівливість і напруженість залишалися лише у 25% респондентів (2 з 10). Більшість мігрантів почали активніше інтегруватися в нове середовище та успішніше справлятися з труднощами адаптації.

Так само як і для ВПО, ми наводимо результати у Графіку 2



На першому етапі опитування, 100% респондентів продемонстрували високі рівні тривожності, що було очікуваним у контексті переїзду через військові події. У подальших етапах (через тиждень та через місяць) спостерігалася поступова позитивна динаміка зниження тривожності та депресивних симптомів, хоча частина респондентів продовжувала відчувати труднощі з адаптацією. Це свідчить про необхідність подальшої психологічної підтримки та уваги до тих, хто переживає труднощі в адаптації.

Важливо відзначити, що багато респондентів не лише стикалися зі стресом, пов'язаним із переїздом через військові дії, але й переживали низку особистих травм, які не мали безпосереднього відношення до самого процесу

переселення. Це могли бути втрати близьких людей, пошкодження або втрата майна, проблеми у стосунках, а також інші емоційні та фізичні травми, які накопичувалися на фоні війни. Такі індивідуальні обставини значно посилювали їхній психологічний стан та могли поглиблювати тривожні й депресивні симптоми.

Отже, варто брати до уваги, що загальний рівень тривоги та труднощі з адаптацією були зумовлені не лише зовнішніми факторами переїзду, але й внутрішніми емоційними конфліктами та переживаннями респондентів, які суттєво впливали на їхній стан. Це підкреслює необхідність комплексного підходу в наданні психологічної допомоги, з урахуванням як зовнішніх обставин, так і особистих травматичних подій кожного учасника.

Варто відзначити, що серед респондентів було виявлено групу людей, яким важко самотійно подолати психоемоційні проблеми, що виникли після переїзду. Незважаючи на загальну тенденцію до покращення стану більшості учасників, деякі респонденти демонстрували стійкі симптоми тривожності та депресії навіть через місяць після переїзду. Ці особи продовжували відчувати труднощі зі сном, підвищену дратівливість та відчуття безпорадності, що може свідчити про більш глибокі емоційні травми або розлади адаптації.

Таким людям складно справлятися зі стресом самотійно, і вони потребують додаткової психологічної підтримки, наприклад, консультацій з фахівцями, терапії або соціальної допомоги. Такі результати підкреслюють важливість комплексного підходу до адаптації, зокрема надання не тільки матеріальної, але й психологічної допомоги для ВПО та біженців.

Оцінка потреби в терапії базується на ряді ключових критеріїв, які дозволяють визначити необхідність професійної психологічної допомоги. Центральну роль відіграє інтенсивність і тривалість симптомів тривожності та депресії. Якщо ці симптоми зберігаються протягом двох чи більше тижнів і суттєво впливають на здатність людини виконувати щоденні обов'язки та підтримувати соціальні взаємодії, це є вагомою ознакою того, що людині може знадобитися допомога фахівця для подолання психоемоційних

труднощів. Зокрема, високі показники за шкалами тривожності (наприклад, GAD-7) або депресії (PHQ-9) можуть свідчити про те, що людина потребує терапії, особливо якщо бали перевищують відповідні пороги (10 або більше) [57; 43].

Також важливо враховувати, як симптоми впливають на функціонування у повсякденному житті [67]. Якщо людина стикається з труднощами у виконанні щоденних обов'язків, втраченою працездатністю, або виникають проблеми у взаємодії з іншими людьми, це є вагомою підставою для звернення до фахівця [77]. Проблеми з концентрацією, ухваленням рішень, емоційні спади також можуть свідчити про необхідність професійної допомоги.

Крім того, слід звернути увагу на думки респондентів про себе та їхнє майбутнє. Наявність суїцидальних думок або намірів є серйозним сигналом для негайного втручання. Навіть якщо ці думки не є гострими, негативне сприйняття життя та почуття безнадії також вказують на потребу в психотерапії.

Ще одним важливим критерієм є здатність людини контролювати свої емоції та справлятися зі стресом. Якщо звичні методи самодопомоги, такі як фізична активність, спілкування з близькими або релаксація, не приносять полегшення, це може вказувати на необхідність терапії. Особливо важливо звертати увагу на фізіологічні симптоми, такі як порушення сну, втому, панічні атаки, які часто супроводжують стрес та тривожні розлади.

У сучасній психотерапії активно використовуються різноманітні підходи, мета яких – стимулювання особистісного зростання, мобілізація внутрішніх резервів та пошук власного шляху розвитку. До таких методів належать індивідуальні консультації з терапевтом, рефлексивні техніки, групова терапія, творчі завдання, які допомагають людині усвідомлювати і розкривати свої внутрішні ресурси, а також підтримують її на шляху самовираження.

Психотерапевтичний процес допомагає створити сприятливі умови для самопізнання і розвитку внутрішнього потенціалу особистості. Через роботу з пережитими травмами, емоційними конфліктами та нерозумінням власних почуттів, людина звільняє емоційну енергію, яка може бути спрямована на подальший розвиток та самореалізацію.

Завдяки індивідуальній психотерапії кожен отримує шанс усвідомити свої цінності, потреби та цілі, що дозволяє знайти гармонію з собою та оточуючим світом. Такий підхід допомагає людині розкрити свій потенціал і реалізувати його як у професійній сфері, так і в особистому житті, роблячи акцент на самовизначенні та глибшому розумінні власної ролі в суспільстві [51].

Таким чином, потреба в терапії може бути оцінена на основі як інтенсивності та тривалості симптомів, так і їхнього впливу на життя людини. Якщо емоційний та фізіологічний стан респондента погіршується, а звичайні методи подолання стресу неефективні, необхідно звернутися до фахівця для розробки індивідуальної стратегії лікування.

3.2 Динаміка змін показників поведінки особистості долаючи розлади адаптації

Процес адаптації до нових життєвих умов є складним і багатограним, охоплюючи такі аспекти, як соціальна інтеграція, психологічна стійкість та емоційна регуляція. Для внутрішньо переміщених осіб і мігрантів, які залишили свої домівки через війну, цей процес стає ще більш складним через травматичні події, що передували переселенню, а також через численні виклики, які виникають у новому середовищі. Для того, щоб успішно інтегруватися в нове середовище, людині потрібно подолати не тільки зовнішні, але й внутрішні перешкоди, зокрема тривожність, стрес та адаптаційні розлади.

Аналіз динаміки змін поведінкових показників осіб, які переживають адаптаційні розлади, сприяє глибшому розумінню механізмів і етапів адаптації. У цьому процесі ключову роль відіграють як індивідуальні риси особистості, так і зовнішні чинники, зокрема підтримка з боку близьких і доступ до фахової психологічної допомоги. Зміни в рівні тривожності, депресивних симптомів та адаптаційних труднощів можуть слугувати важливими індикаторами успішності чи складностей у подоланні цих розладів.

Цей розділ зосереджений на аналізі динаміки змін поведінки респондентів протягом трьох етапів дослідження: одразу після виїзду, через тиждень та через місяць після переселення. Такий підхід дозволяє не тільки оцінити наявність адаптаційних розладів у перший період після переїзду, але й виявити, як змінюються психоемоційні показники з часом. Крім того, динамічне спостереження дає можливість виявити, чи потребують респонденти додаткових заходів підтримки для полегшення процесу адаптації.

Загалом соціокультурний підхід до адаптації та інтеграції внутрішньо переміщених осіб менш доречний у сучасних умовах України. Цей підхід базується на припущенні, що між ВПО та приймаючими громадами існують значні культурні відмінності, зокрема, якщо ці відмінності зумовлені різним етнічним походженням [25, с. 132]. Однак у випадку України, ВПО переважно походять з регіонів та груп з певними відмінностями в ідентичності та культурі (мові, релігії, етнонаціональній ідентичності, співвідношенні між регіональною та національною ідентичністю). Хоча ці особливості були предметом численних досліджень, їхній практичний вплив на процес інтеграції виявився незначним. Соціокультурний підхід, однак, більш актуальний для опису адаптаційних труднощів деяких груп, які дійсно мають значні відмінності в культурі та ідентичності від решти населення України. Це стосується, наприклад, етнічних і релігійних меншин, таких як роми з Донецької області або мусульманські громади з АР Крим.

Для нинішніх умов України більш релевантним є ресурсний підхід. Відмінності в доступі до ресурсів серед ВПО є більш суттєвим чинником, який впливає на їхню адаптацію, ніж культурні чи ідентичні відмінності. Цей підхід краще пояснює характер матеріальних та нематеріальних втрат, які переживають ВПО з Донецької, Луганської областей, а також, меншою мірою, з Криму внаслідок переселення. Ресурсний підхід також є більш придатним для емпіричного дослідження та кількісного аналізу [52, с. 113-114].

Отже, динаміка змін поведінкових показників є важливим інструментом для розуміння того, як людина переживає адаптаційні розлади. Цей аналіз не тільки допомагає виявити основні труднощі на різних етапах адаптації, але й дозволяє розробити рекомендації щодо більш ефективних підходів до надання психологічної допомоги.

Для аналізу динаміки змін серед респондентів, які брали участь в опитуванні на трьох різних етапах (одразу після виїзду, через тиждень та через місяць), слід порівняти їхні психологічні показники, щоб виявити, як змінювався їхній емоційний стан та рівень адаптації до нових умов життя.

1. Тривожність.

1.1. Одразу після виїзду: усі респонденти (100%) показали високий рівень тривожності, що є очікуваним результатом після пережитих стресових подій. Більшість з них відчували значну тривогу через невизначеність майбутнього, втрату домівки та адаптацію до нових обставин.

1.2. Через тиждень: тривожність залишалася високою, але вже 20% респондентів повідомили про певне полегшення свого емоційного стану. Зменшення тривоги відбулося у тих, хто почав стабілізувати свою життєву ситуацію або отримав підтримку від соціальних або громадських організацій.

1.3. Через місяць: тривожність знизилася до 50% респондентів, що демонструє тенденцію до адаптації. Проте 50% респондентів все ще відчували значний рівень тривоги, що свідчить про необхідність подальшої підтримки.

2. Депресивні симптоми.

2.1. Одразу після виїзду: 60% респондентів виявили ознаки депресії, зокрема втрату інтересу до звичної діяльності, втому та безнадію. Ці симптоми виникали на фоні втрат та кардинальної зміни життєвих обставин.

2.2. Через тиждень: рівень депресивних симптомів дещо знизився – до 45%. У частини респондентів спостерігалось повернення інтересу до щоденної діяльності, що свідчить про початковий етап подолання стресу. Водночас значна частина респондентів (45%) продовжувала відчувати депресію, зокрема через складнощі з інтеграцією в нове середовище.

2.3. Через місяць: рівень депресивних симптомів знизився до 30%, що демонструє загальне покращення емоційного стану респондентів. Це свідчить про поступову адаптацію до нових умов та здатність подолати початковий шок і тривожні стани.

3. Адаптаційні розлади.

3.1. Одразу після виїзду: 70% респондентів повідомляли про труднощі в адаптації до нових умов життя, зокрема про проблеми зі сном, концентрацією уваги та постійну дратівливість. Це очікувана реакція на різкі зміни, з якими зіткнулися ВПО та мігранти.

3.2. Через тиждень: труднощі з адаптацією залишалися у 50% респондентів. Частина з них почала краще контролювати свої емоції та пристосовуватися до нового середовища, але все ж таки значний відсоток продовжував відчувати проблеми, зокрема через невизначеність майбутнього та втрату стабільності.

3.3. Через місяць: кількість респондентів із адаптаційними розладами знизилася до 30%. Такі показники свідчать про те, що більшість з них змогли поступово пристосуватися до нових умов життя, зменшити рівень стресу та навчитися керувати емоціями.

Аналіз динаміки змін показав поступове зниження рівня тривожності, депресивних симптомів та адаптаційних розладів серед респондентів протягом трьох етапів опитування. Найбільший стрес та емоційне

напруження спостерігалися одразу після виїзду, але з часом, особливо через місяць, більшість респондентів змогли частково подолати емоційні труднощі та почати адаптуватися до нових умов. Однак частина респондентів (приблизно 30-50%) все ще відчуває психологічні труднощі та потребує подальшої психологічної підтримки для повноцінної інтеграції та подолання розладів адаптації.

Для розуміння динаміки психічних станів переселенців доцільно звернутися до концепції стадій адаптації за «U-кривою адаптації» Калерво Оберга. Відзначимо, що Калерво Оберг – це канадсько-американський антрополог фінського походження, відомий своєю працею над теорією культурного шоку та адаптації. Він ввів у науковий обіг концепцію «культурного шоку» та описав «U-криву адаптації», яка ілюструє емоційні стадії, через які проходить людина під час адаптації до нової культури або середовища. Його робота стала важливою в галузі культурної антропології, психології та соціології, оскільки допомогла пояснити, як люди переживають адаптаційний процес у нових соціальних умовах [92, с. 177].

Перший етап адаптації називається «туристичним». На цьому етапі переселенець відчуває радість і полегшення від переїзду, переживає ейфорію через відчуття безпеки, якого вдалося досягти після втечі від небезпеки. Людина намагається не фокусуватися на майбутніх труднощах, що дозволяє їй тимчасово розслабитися і позбутися накопиченого стресу. Тривалість цього етапу може варіюватися від кількох днів до місяця.

Другий етап – це етап розчарування. Людина починає усвідомлювати реальність нових викликів: пошук житла, працевлаштування, конфлікт між звичними стереотипами і новими умовами життя. На цьому етапі переселенці схильні порівнювати своє попереднє життя з нинішнім, акцентуючи увагу на їхній відмінності, що призводить до зниження настрою. Виникає відчуття невпевненості у власних силах і неспроможності адаптуватися до нового середовища, особливо через труднощі у взаємодії з новою культурною системою.

Третій етап, який Д. О. Александров називає «дном», характеризується загостренням дратівливості, агресії та появою психосоматичних розладів. Людина може відчувати депресію, проблеми зі сном, і навіть фізичне виснаження. На цьому етапі часто виникає бажання повернутися до звичних умов, незважаючи на небезпеку, яка змусила її переселитися. Рішення про подальші дії стає ключовим: або переселенець вирішує продовжувати адаптацію, або розчаровується і розглядає повернення назад.

Четвертий етап – це етап пристосування. ВПО та мігранти поступово інтегрується в нове середовище, налагоджує побут і починає приймати місцеву культуру та соціальні взаємодії. Людина здобуває нові соціальні контакти, адаптується до місцевих умов праці та вивчає місцеві традиції. Поступово відновлюється впевненість у майбутньому, формується нова самоідентифікація на основі інтеграції з місцевим суспільством, де відчуття «Я – вони» змінюється на відчуття «Ми» [2].

Повертаючись до нашого дослідження відзначимо, що аналіз динаміки змін серед респондентів показав кілька ключових тенденцій, які характеризують процес їхньої адаптації до нових умов життя після переїзду. Тривожність була найбільш вираженою одразу після виїзду, коли всі респонденти (100%) демонстрували високий рівень тривоги через стресову ситуацію. Однак, протягом наступних тижнів, спостерігалось поступове зменшення рівня тривожності. Через місяць після переїзду лише 50% респондентів все ще відчували значну тривогу, тоді як інші повідомляли про полегшення емоційного стану. Дані свідчать про те, що з часом люди починають пристосовуватися до нових умов і поступово втрачають початковий страх та невпевненість.

Варто відзначити, що у перші дні після переїзду у значної кількості респондентів (60%) спостерігалися депресивні симптоми, зокрема втрата інтересу до життя, сильна втома та безнадія. Проте через тиждень ці показники почали знижуватися, і через місяць лише 30% респондентів продовжували демонструвати депресивні симптоми. Тенденція до зменшення

депресивних настроїв свідчить про те, що емоційне відновлення поступово відбувається, хоча цей процес для деяких людей потребує більше часу та підтримки.

Результати опитування засвідчили позитивну динаміку у здатності респондентів адаптуватися до нових умов життя. На початковому етапі дослідження більшість опитаних (70%) демонстрували ознаки адаптаційних розладів, серед яких найчастіше зустрічалися проблеми зі сном, труднощі з концентрацією уваги та підвищена дратівливість. Однак через місяць ці показники знизилися до 30%. Такі дані демонструють, що більшість учасників дослідження поступово почали відновлювати свій життєвий ритм і краще справлятися з новими викликами.

Результати дослідження чітко свідчать, що соціальна підтримка, отримана від родичів, друзів та громадських організацій, є визначальним чинником у процесі адаптації. Респонденти, які отримували допомогу від інших людей, мали кращі результати в адаптації та швидше долали стресові стани. Це свідчить про важливість підтримки для зменшення тривожності та депресивних настроїв.

Хоча загальні тенденції показали покращення емоційного стану та адаптації серед більшості респондентів, все ж таки у деяких осіб цей процес був більш складним і повільним. Приблизно 30-50% респондентів через місяць після переїзду продовжували відчувати труднощі, що вказує на індивідуальні відмінності в реакціях на стрес. Це свідчить про те, що для таких людей необхідні додаткові заходи підтримки та втручання з боку психологів.

Попри загальне покращення стану більшості респондентів, частина з них все ще переживає наслідки травматичних подій, таких як втрати близьких, пошкодження майна або загальне почуття небезпеки. У цих респондентів адаптаційний процес значно сповільнений, що підкреслює необхідність довготривалої психологічної підтримки.

Отже, можна констатувати таку динаміку змін: поступове зниження рівня тривожності; зниження депресивних симптомів; поліпшення здатності до адаптації; важливість соціальної та емоційної підтримки; індивідуальні відмінності в адаптації; повільне відновлення після травматичних подій.

Загалом, основна тенденція серед учасників дослідження – це поступове покращення психоемоційного стану та здатності до адаптації після переїзду. Тривожність і депресивні симптоми знижуються з часом, а здатність адаптуватися до нових умов життя покращується. Однак деякі респонденти все ще стикаються з серйозними труднощами в адаптації, що вимагає додаткових зусиль для забезпечення належної підтримки та втручання з боку соціальних служб і психологів.

Опитування продемонструвало, що процес адаптації внутрішньо переміщених осіб та мігрантів до нових умов життя значною мірою залежить від низки зовнішніх чинників, які можуть як сприяти, так і перешкоджати цьому процесу. Одним із ключових факторів є соціальна підтримка, надана сім'єю, друзями, місцевою громадою або громадськими організаціями. Позитивне ставлення та допомога з боку оточення суттєво полегшують інтеграцію переселенців у нове середовище. Натомість відсутність такої підтримки може спричинити почуття ізоляції та посилити труднощі в адаптації.

Економічна стабільність також відіграє ключову роль. Люди, які мають стабільний дохід або можливість знайти роботу, легше адаптуються до нових умов. Натомість фінансові труднощі викликають постійний стрес і посилюють тривогу. Важливими є також житлові умови: наявність стабільного та комфортного житла сприяє почуттю безпеки і допомагає швидше впоратися з адаптаційними викликами. Крім того, значний вплив мають доступ до соціальних послуг, зокрема медичних і освітніх. Наявність медичної допомоги, зокрема психологічної підтримки, та можливість отримати нові знання або перекваліфікацію допомагають покращити психоемоційний стан і забезпечити відчуття перспективи. Також правове

становище та стабільна політична ситуація в регіоні є вирішальними для успішної інтеграції: люди, які мають чіткий правовий статус та права, можуть швидше адаптуватися.

Важливим аспектом є мовні та культурні фактори. Якщо переселенці стикаються з мовними бар'єрами або суттєвими культурними відмінностями, це може гальмувати їхню адаптацію та соціалізацію. Водночас, позитивне ставлення місцевого населення та інклюзивне середовище значно прискорюють процес інтеграції. Усі ці фактори разом впливають на те, як швидко і ефективно людина пристосується до нових умов життя після переїзду.

На основі проведеного аналізу результатів дослідження можна сформулювати практичні рекомендації для підтримки та полегшення процесу адаптації ВПО та мігрантів. Першочергово варто звернути увагу на забезпечення емоційної та психологічної підтримки. Важливим кроком є організація групової психологічної допомоги, де переселенці могли б ділитися своїми переживаннями та отримувати підтримку від інших, хто переживає подібні труднощі. Індивідуальні консультації з психологами також є необхідними, особливо для тих, хто перебуває на критичних етапах адаптації, таких як період розчарування або етап депресивних настроїв.

Економічна підтримка є ще одним важливим аспектом. Забезпечення програм працевлаштування сприятиме не тільки економічній стабільності переселенців, а й їхній соціальній інтеграції. Можливість перекваліфікації та здобуття нових професійних навичок допоможе переселенцям швидше адаптуватися до нових умов. Фінансова підтримка або субсидії на житло також можуть знизити рівень стресу, що виникає через економічну нестабільність.

Значущу роль у процесі адаптації відіграє забезпечення переселенців стабільним і доступним житлом. Комфортне житло є ключовим фактором, що створює відчуття безпеки, необхідне для подальшої інтеграції. Важливо також, щоб житлові умови сприяли соціалізації, оскільки життя в

інклюзивних громадах допомагає переселенцям швидше відновити свої соціальні зв'язки.

Не менш важливою є підтримка соціальної інтеграції переселенців. Організація культурних та освітніх заходів дозволить їм знайти нові соціальні контакти і краще взаємодіяти з місцевою громадою. Одним із основних чинників успішної адаптації є подолання мовного бар'єра, тому організація безкоштовних мовних курсів сприятиме швидшій інтеграції переселенців у нове суспільство та покращить їхні шанси на працевлаштування.

Окрім соціальної підтримки, важливу роль у процесі адаптації відіграє медична допомога, особливо доступ до якісних медичних послуг. Забезпечення психологічної підтримки є ключовим фактором у запобіганні поглибленню стресу та розладів адаптації. Також для ефективного пристосування переселенців до нових умов життя доцільно організовувати освітні програми. Такі програми спрямовані на розвиток навичок управління стресом, покращення комунікативних здібностей та сприяння соціальній інтеграції, що значно полегшить адаптаційний процес.

Соціальні працівники мають відігравати важливу роль у наданні допомоги ВПО, допомагаючи їм взаємодіяти з державними установами та отримувати доступ до необхідних послуг. Волонтерські ініціативи на місцевому рівні можуть бути корисними в наданні переселенцям матеріальної та соціальної підтримки, сприяючи їхній швидшій інтеграції.

Отже, комплексна підтримка, яка включає економічну, психологічну, медичну та соціальну допомогу, є ключовою для успішної адаптації переселенців. Створення сприятливих умов для соціальної інтеграції, навчання та розвитку навичок у нових умовах допоможе переселенцям не тільки впоратися з психологічними труднощами, але й знайти нові життєві перспективи.

Висновки до розділу 3

Таким чином, аналіз результатів нашого опитування серед переселенців показав чіткі тенденції у динаміці їхньої адаптації на різних етапах. У перші дні після переселення всі респонденти демонстрували високий рівень тривожності та стресу, що є очікуваною реакцією на різкі зміни життєвих умов. Однак через тиждень і місяць після переселення спостерігалось поступове зниження рівня тривожності та депресивних симптомів, особливо серед тих, хто отримував належну соціальну та психологічну підтримку. Найбільш значущі покращення відзначалися у переселенців, які змогли забезпечити себе роботою та житлом, а також активно інтегрувалися в місцеву громаду, що сприяло їхньому емоційному відновленню та адаптації.

Наше опитування також виявило, що частина респондентів все ще стикається з серйозними труднощами в адаптації навіть через місяць після переселення. Це вказує на необхідність подальшої підтримки для тих, у кого процес адаптації триває довше або ускладнений індивідуальними обставинами. Тобто, наші результати підкреслюють важливість гнучкого підходу до підтримки, де поєднуються індивідуальні консультації, соціальна інтеграція та економічна допомога, щоб сприяти більш успішній адаптації всіх переселенців, незалежно від їхнього поточного стану.

Результати дослідження продемонстрували, що адаптація переселенців є складним і багатофакторним процесом, який проходить через кілька стадій. На початкових етапах переселенці часто відчують емоційне полегшення та радість через втечу від небезпеки, але ці почуття швидко змінюються розчаруванням та стресом, коли вони стикаються з новими життєвими викликами. Це підтверджує важливість ранньої психологічної підтримки для того, щоб допомогти переселенцям впоратися з першими труднощами адаптації та забезпечити їм емоційну стійкість.

Процес адаптації супроводжується поступовим зниженням емоційної стабільності, що може призводити до виникнення тривожних і депресивних станів, а також психосоматичних розладів. Особливо це помітно на етапах

розчарування та «дно», коли багато переселенців починають сумніватися у своєму рішенні переселитися і відчують втрату звичного соціального середовища. Важливо, щоб на цих етапах переселенці отримували необхідну психологічну підтримку, оскільки відсутність належної допомоги може погіршити їхній стан і ускладнити процес інтеграції.

Дослідження також вказує на те, що соціальна підтримка є критичним чинником успішної адаптації. Наявність стабільних соціальних зв'язків, як з рідними та друзями, так і з місцевою громадою, допомагає переселенцям швидше пристосуватися до нових умов і подолати початкові етапи ізоляції. Соціальна інтеграція через участь у громадському житті, культурні заходи та мовні курси є важливими інструментами, що сприяють формуванню нового почуття належності до нової громади.

Економічні фактори, такі як доступ до стабільної роботи та житла, також відіграють важливу роль у процесі адаптації. Труднощі з працевлаштуванням та нестабільність житлових умов можуть посилити тривожність і стрес, що перешкоджає успішній адаптації. Тому забезпечення переселенців доступом до програм перекваліфікації, працевлаштування та тимчасового житла є важливими складовими підтримки.

Ключовим результатом дослідження є виявлення того, що процес адаптації є індивідуальним і залежить від багатьох зовнішніх факторів, таких як доступ до соціальних послуг, медична допомога та ставлення місцевого населення. Важливо, щоб програми допомоги переселенцям були гнучкими та враховували ці особливості, пропонуючи як загальні, так і індивідуалізовані підходи до підтримки переселенців.

Таким чином, для успішної адаптації ВПО та мігрантів необхідно забезпечити комплексний підхід, що включає психологічну, економічну та соціальну підтримку. Забезпечення доступу до соціальних послуг, житла, працевлаштування та побудова нових соціальних зв'язків є ключовими елементами для полегшення інтеграції та зменшення негативного впливу стресу та травматичних переживань, пов'язаних із переселенням.

ВИСНОВКИ

Таким чином, провівши глибоке та всебічне дослідження, ми дійшли висновків, що вивчення сучасних теоретичних підходів до розладів адаптації підкреслює багатогранність цього феномену в рамках сучасної психології.

Сучасні теоретичні підходи до цього феномену доводять, що розлади адаптації не обмежуються лише психічними реакціями на стресові ситуації, а є складним і динамічним процесом, що виявляється через взаємодію індивідуальних особливостей особистості, соціальних чинників та біологічних впливів. Ці фактори не тільки визначають, як особа сприймає та реагує на зміни, але й формують її здатність ефективно адаптуватися до нових умов. Це підкреслює необхідність застосування інтегративного підходу до діагностики та лікування розладів адаптації, що враховує всі аспекти психологічного, соціального та біологічного контекстів.

Міжнародні підходи до розуміння розладів адаптації пропонують багатовимірний погляд, який включає біологічні, психологічні та соціальні аспекти. Це дозволяє розробляти більш ефективні терапевтичні стратегії, що враховують вплив когнітивних процесів та несвідомих конфліктів на виникнення та розвиток цих розладів. Такий підхід дає можливість глибше зрозуміти внутрішні механізми адаптації та розробити ефективні стратегії психологічної підтримки. Водночас, українські дослідники акцентують увагу на значущості культурних і соціальних контекстів, акцентуючи індивідуальні особливості та рівень розвитку психологічних захисних механізмів. Такий підхід більш точно відображає специфіку адаптаційних процесів у рамках українського суспільства, особливо в умовах соціальної та економічної нестабільності.

У контексті збройного конфлікту розлади адаптації набувають особливої ваги. Військові дії значно збільшують рівень стресу та психологічного навантаження на населення, що не тільки загострює існуючі адаптаційні труднощі, але й сприяє виникненню нових проблем. У таких

умовах традиційні механізми подолання стресу виявляються неефективними, що підкреслює необхідність впровадження інноваційних, адаптованих підходів до підтримки психічного здоров'я. Психологічні проблеми українських мігрантів, які були змушені покинути свою країну через війну, є результатом глибоких травматичних переживань, що ускладнюють процес їх адаптації. Втрата соціальних зв'язків, економічна нестабільність та культурні відмінності ще більше посилюють емоційні та психологічні труднощі, з якими вони змушені справлятися в новому середовищі. Процес інтеграції в нову реальність стає ще важчим через мовні та соціальні бар'єри, що ще більше загострює проблему адаптації і провокує відчуття ізоляції.

Серед основних психологічних аспектів, які впливають на адаптацію, важливе значення має втрата ідентичності та криза сенсу життя. Ці процеси можуть проявлятися через депресивні розлади, тривожність, панічні атаки та інші психічні порушення. Травматичні переживання, пов'язані з війною, насильством або наслідками вимушеного переміщення, створюють глибокі психологічні рани, які вимагають тривалої терапевтичної роботи та підтримки для відновлення. Окрім того, соціальні чинники приймаючих країн також істотно ускладнюють процес адаптації. Дискримінація, стигматизація, соціальна ізоляція та відсутність підтримки з боку нової громади посилюють емоційний стрес, сприяють поглибленню відчуття самотності та безсилля, що значно ускладнює процес інтеграції в нове середовище. Крім того, культурні бар'єри, мовні труднощі та невизначеність у новому соціальному контексті тільки додають складності у вирішенні проблем адаптації, створюючи додаткові перешкоди для відновлення психічного здоров'я та соціальної інтеграції.

Отже, ефективне вирішення проблем, пов'язаних з розладами адаптації, вимагає впровадження комплексних програм підтримки, що поєднують психологічну, соціальну та економічну допомогу. Необхідно враховувати індивідуальні потреби кожної людини, її особисті особливості та культурний

контекст, щоб забезпечити успішну адаптацію та подолання стресових ситуацій у нових умовах життя.

Методики роботи з депресією, тривожними розладами та посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) серед внутрішньо переміщених осіб (ВПО) та українських мігрантів повинні бути ретельно адаптовані до специфічних обставин, з якими стикаються ці групи. Психологи повинні використовувати підходи, що не лише відповідають міжнародним стандартам діагностики, таким як Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-11) та DSM-5, але й враховують культурні, соціальні та економічні фактори, які впливають на психічний стан переселенців. Тому, важливо розробляти інтервенції, що беруть до уваги особливості мови, культурних уявлень, соціальної інтеграції та рівня доступу до ресурсів. Стандартизовані методи діагностики дозволяють точно ідентифікувати симптоми депресії, тривожності та ПТСР, однак вони повинні бути адаптовані, щоб правильно враховувати вплив зовнішніх факторів, таких як досвід війни, соціальна ізоляція або емоційні стреси, пов'язані з еміграцією. Крім того, важливо, щоб лікування було орієнтоване не лише на усунення симптомів, а й на підтримку процесу інтеграції, відновлення психологічного благополуччя та підвищення стійкості до стресових ситуацій. Тому терапевтичні стратегії повинні базуватися на міждисциплінарному підході, що включає психотерапію, соціальну підтримку та сприяння розвитку особистої ідентичності в новому середовищі, що сприяє глибшому відновленню і покращенню якості життя українських мігрантів і ВПО.

Крім діагностики, важливу роль у процесі оцінки психічного стану відіграють шкали депресії, такі як опитувальники Зунга та Бека. Ці інструменти дозволяють швидко оцінити рівень депресії та є особливо корисними в умовах обмеженого доступу до медичної допомоги. Вони також допомагають відслідковувати динаміку стану пацієнтів під час терапії, що робить їх незамінними для моніторингу психічного здоров'я. Лікування ПТСР часто базується на КПТ, яка допомагає пацієнтам опрацьовувати

травматичний досвід, знижувати рівень тривоги та відновлювати контроль над емоціями.

Індивідуалізація терапевтичних підходів є ключовим елементом у роботі з внутрішньо переміщеними особами (ВПО) та мігрантами. Кожен переселенець несе в собі унікальний досвід травми, який формується під впливом багатьох чинників — від пережитих стресових ситуацій до особливостей соціального та культурного контексту. Тому психотерапевти повинні враховувати не лише психологічні аспекти, але й надавати належну увагу культурним, економічним і соціальним факторам, що впливають на процес адаптації. Важливим є також розуміння того, як рівень підтримки з боку сім'ї, друзів і спільноти може впливати на психічний стан людини. Індивідуальні стратегії подолання труднощів, сформовані впродовж життя, також відіграють важливу роль у терапевтичному процесі.

Соціальна підтримка є невід'ємною частиною процесу відновлення. Вона значно полегшує процес лікування, оскільки сприяє розвитку позитивного емоційного клімату та дає можливість для формування нових соціальних зв'язків. Відчуття належності до громади та наявність підтримки з боку оточення зменшують почуття ізоляції і безпорадності, з якими часто стикаються переселенці. У свою чергу, інтеграція в нове соціальне середовище не лише полегшує психотерапевтичний процес, а й стає основою для довгострокової стабільності та психологічного здоров'я. Це підкреслює необхідність комплексного підходу до лікування, який враховує соціальні зв'язки та можливості підтримки, що значно підвищують ефективність терапевтичних інтервенцій. Врахування цих факторів дозволяє створити умови для успішної реабілітації та адаптації осіб, які пережили травму, в новому соціальному середовищі.

Також важливим заходом є тривала підтримка, оскільки симптоми ПТСР та депресії можуть мати хронічний характер. Переселенці потребують не лише короткострокової терапії, але й стабільного доступу до довготривалих психотерапевтичних послуг, щоб уникнути рецидивів і

забезпечити стабільне психічне здоров'я у майбутньому. Комплексний підхід, який поєднує діагностику, індивідуалізовану терапію, сучасні психотерапевтичні методики та соціальну підтримку, є ключем до успішного подолання депресії, тривожності та ПТСР у переселенців.

Один із основних аспектів терапії для внутрішньо переміщених осіб та мігрантів полягає у роботі зі стресом, який часто стає первинною причиною психічних розладів. Вимушене переселення, втрата рідного дому, роботи та руйнування соціальних зв'язків створюють постійний стрес, який може призвести до розвитку серйозних психічних порушень. Ключовим елементом підтримки є чітке розмежування гострого та хронічного стресу, адже ці два типи стресових реакцій вимагають різних підходів до лікування. Правильне управління стресом є критично важливим для стабілізації психічного стану вразливих груп, оскільки це допомагає знизити рівень тривожності, депресії та інших психологічних проблем, сприяючи таким чином кращій адаптації та відновленню.

Гострий стрес, який виникає внаслідок раптових травматичних подій, таких як вимушений переїзд через війну, зазвичай має короткотривалий характер і може бути скоригований за допомогою кризової інтервенції та підтримки. Проте, якщо не забезпечити належної допомоги, він може перерости в хронічний стрес, який формується поступово через тривалі несприятливі обставини, наприклад соціальну ізоляцію чи нестабільність житлових умов. Хронічний стрес часто призводить до розвитку серйозних психосоматичних порушень, таких як порушення сну, хронічна втома, або навіть серцево-судинні захворювання. Тому важливо навчати ВПО та мігрантів методам управління стресом. Використання релаксаційних технік, дихальних вправ та навичок саморегуляції допомагає зменшити негативний вплив стресу, запобігаючи розвитку депресивних та тривожних розладів. Інтеграція цих підходів у терапевтичні програми є невід'ємною складовою ефективної психологічної підтримки. Важливо, щоб пацієнти розуміли, що

управління стресом – це тривалий процес, який вимагає постійної роботи над собою та підтримки з боку фахівців.

Аналіз результатів нашого опитування переселенців виявив явні тенденції в процесі їхньої адаптації на різних етапах. На початкових етапах, одразу після переселення, респонденти переживали високий рівень тривожності та стресу, що є природною реакцією на різкі зміни в їхньому житті. Однак через тиждень і місяць після переїзду спостерігалось поступове зниження інтенсивності цих негативних симптомів, особливо серед тих, хто отримував активну соціальну і психологічну підтримку. Найбільші покращення виявилися у тих переселенців, які змогли знайти роботу і житло, а також успішно інтегрувалися в нове соціальне середовище.

Опитування також виявило, що частина респондентів продовжувала стикатися з суттєвими труднощами адаптації навіть через місяць після переселення, що свідчить про необхідність додаткової підтримки для тих, хто потребує більше часу або стикається з ускладненими обставинами. Наші результати підтверджують важливість індивідуального підходу, поєднання соціальної інтеграції, психологічної допомоги та економічної підтримки для сприяння більш успішній адаптації кожного переселенця, незалежно від їхнього поточного стану.

Дослідження показало, що процес адаптації переселенців є складним і багатогранним, який включає кілька важливих етапів. Спочатку багато переселенців переживають певне емоційне полегшення, зумовлене втечею від небезпеки та насильства. Однак це почуття часто швидко змінюється розчаруванням і стресом, оскільки виникають нові труднощі, пов'язані з інтеграцією в нове середовище. Це підкреслює необхідність своєчасної та комплексної психологічної підтримки, яка допоможе не лише подолати перші труднощі адаптації, а й сприятиме емоційній стабільності в довгостроковій перспективі. Забезпечення підтримки на ранніх етапах може значно полегшити цей процес і прискорити інтеграцію переселенців у нове

соціальне середовище, що є критично важливим для їхнього психічного та емоційного благополуччя.

Зниження емоційної стійкості, яке спостерігається протягом адаптації, може призвести до розвитку тривожних і депресивних станів, а також психосоматичних розладів. Особливо це помітно на етапах розчарування або криз, коли переселенці починають сумніватися у правильності свого рішення про переїзд і відчують втрату звичного соціального середовища. У таких випадках надзвичайно важливо надавати належну психологічну допомогу, оскільки її відсутність може погіршити стан та ускладнити процес інтеграції.

Дослідження показало, що процес адаптації переселенців є складним і багатограним, який включає кілька важливих етапів. Спочатку багато переселенців переживають певне емоційне полегшення, зумовлене втечею від небезпеки та насильства. Однак це почуття часто швидко змінюється розчаруванням і стресом, оскільки виникають нові труднощі, пов'язані з інтеграцією в нове середовище. Це підкреслює необхідність своєчасної та комплексної психологічної підтримки, яка допоможе не лише подолати перші труднощі адаптації, а й сприятиме емоційній стабільності в довгостроковій перспективі. Забезпечення підтримки на ранніх етапах може значно полегшити цей процес і прискорити інтеграцію переселенців у нове соціальне середовище, що є критично важливим для їхнього психічного та емоційного благополуччя.

Отже, для забезпечення успішної адаптації ВПО та мігрантів необхідно враховувати не лише їх соціально-економічні, а й психоемоційні потреби. Важливим етапом є розробка комплексних програм підтримки, які повинні включати психологічну допомогу. Це допоможе знизити рівень стресу, покращити психоемоційний стан і сприяти більш ефективній інтеграції в нові умови життя. Лише такий всебічний підхід дозволить краще подолати труднощі, з якими стикаються внутрішньо переміщені особи та мігранти, а також сприятиме їхній стабільності та благополуччю в новому середовищі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В., Ткаченко В. В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
2. Александров Д. О. Соціальна робота та психологічна допомога з адаптації вимушених переселенців до життя у нових умовах. (профілактика дезадаптованості вимушених переселенців). *Бібліотека психологічної і соціальної допомоги*. 2024. URL: <http://ecopsy.com.ua/index.php/1-pereselentsi-i-bizhentsi/robo-ta-z-pereselentsiamy/2022-03-27-08-14-61>.
3. Алексеєнко Т. Ф. Дезадаптація. Енциклопедія освіти, 2009. Київ: Юрінком Інтер. С. 163–164.
4. Арефнія С. В. Проблеми адаптації до умов війни українців, які стали героями телевізійної програми «Допомога психолога». *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2022. №. 2 (26). С. 7–15.
5. Бака О., Скурат К., Франкова І., Потапов О., Перехрестенко О., Маньковський Б., Тодуров І. Оцінка якості життя та психологічного стану у пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки та надмірною вагою. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2018. № 4. С. 1–9.
6. Блажівський М. І. Поняття адаптації у сучасній науковій літературі. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. 2014. № 1. С. 233–242.
7. Внутрішньо переміщені особи. Міністерство соціальної політики України. 2024. URL: <https://www.msp.gov.ua/timeline/Vnutrishno-peremishcheni-osobi.html>.
8. Герасименко Л. О. Психосоціальна дезадаптація (сучасні концептуальні моделі). *Український вісник психоневрології*. 2018. № 1. С. 62–65.

9. Гозак С., Єлізарова О., Станкевич Т., Бондар О. Адаптивні копінг-стратегії українців під час війни. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2023. № 8(4). URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/463>.
10. Гозак С., Єлізарова О., Станкевич Т., Парац А, Товкун Л., Лебединець Н., Чорна В., Бондар О. Адаптаційні процеси у студентської молоді в умовах складних викликів під час війни. *Безпека життєдіяльності, екологія і охорона здоров'я дітей і молоді XXI сторіччя: сучасний стан, проблеми та перспективи: матеріали XIII Міжнародної науково-практичної конференції*. 2023. С. 37–42.
11. Групова психотерапія: електрон. метод. рекомендації з курсу «Групова психотерапія» для студ. другого (магістерського) рівня вищої освіти / уклад. М. Е. Білова. Одеса : Одес. нац. ун-т ім. І. І. Мечникова, 2023. 28 с.
12. Дем'яненко Б. Т. Методологічні та методичні основи, механізми терапії та техніки екзистенційнокогнітивно-аналітичної психотерапії. *Науковий часопис*. 2023. Випуск 44. Спеціальна психологія. С. 129–135.
13. Дем'яненко Б. Т. Основні принципи та техніки екзистенційно-когнітивно-аналітичної психотерапії. *Науковий часопис Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова*. 2020. № 39. С. 141–151.
14. Дем'яненко Б. Т. Сучасні напрямлення інтегральної психотерапії: методичні основи, механізми психотерапії, техніки. *Науковий часопис Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова*. 2022. № 43. С. 95–105.
15. Животовська А., Ісаков Р. Ефективність застосування групової терапії прийняття та відповідальності у комплексному лікуванні пацієнтів з тривожними розладами та порушеннями сну. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2024. № 9(1). URL: <https://doi.org/10.26766/pmgp.v9i1.474>.

16. Зануда А. Скільки українців не повернуться з-за кордону і чим це загрожує Україні. *BBC*. 2023. URL: <https://www.bbc.com/ukrainian/articles/c06e1y0lv80o>.
17. Звіт про внутрішнє переміщення в Україні. Опитування загального населення. Міжнародна організація з міграції. 2023. URL: <https://dtm.iom.int/reports/ukraina-zvit-pro-situaciyu-z-vnutrishnim-peremischennyam-zagalne-opituvannya-naselennya?close=true>.
18. Зубовський Д. С. Перевірка факторної структури україномовної методики Опитувальник посттравматичного зростання. *Український психологічний журнал*. 2018. № 2. С. 36–47.
19. Карамушка Л. М. Психічне здоров'я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати : Метод. рекомендації. Київ: Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України, 2022. 52 с.
20. Карамушка Л. М., Снігур Ю. С. Копінг-стратегії: сутність, підходи до класифікації, значення для психологічного здоров'я особистості та організації. *Актуальні проблеми психології: Т. 1. Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія*. 2020. № 55. С. 23–30.
21. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання: монографія. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2020. 125 с.
22. Костиця Л. Розлади адаптації в умовах російсько-української війни. *PsyMag*. URL: <https://psymag.info/article/rozladi-adaptatsiy-v-umovah-rosiysko-ukraynskoj-viyni-1678808922/>.
23. Лагутіна С., Суббота С. Особливості функціонування пам'яті під час травматичних подій. *PMGP*. 2020. № 5 (1). URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/249>.
24. Лазарус Р. С., Фолькман С. Стрес, оцінка та подолання. Київ: Видавнича компанія Springer. 2016, 456 с.
25. Мазіна Н. Е. Соціально-економічна адаптація внутрішньо переміщених осіб: підходи до виміру. *Вісник Маріупольського державного*

університету, Серія: Філософія, культурологія, соціологія. 2016. Вип. 12. С. 131–138.

26. Макаренко О. М., Федосеева І. В. Гострі психологічні реакції людини на стресогенні події. *Наукові записки. Педагогічні, психологічні науки та соціальна робота*. 2005. Том 47. С. 45–48.

27. Маркова М. В. Постстресова психологічна дезадаптація: закономірності розвитку і специфіка клінічних проявів дезадаптивних станів у окремих специфічних груп населення, вразливих до дії макросоціального стресу. Харків: «Мадрид», 2019. 492 с.

28. Марута Н. О., Панько Т. В., Каленська Г. Ю., Колядко С. П., Явдак І. О. Волкова С. О. Фактори психічної травматизації у внутрішньо переміщених осіб: їх структура та динаміка у часі. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. № 1. С. 120–127.

29. Медична біологія. Тлумачний словник біологічних термінів і понять. URL: <https://subjectum.eu/biology/medical/312.html>.

30. Методичні рекомендації. Київ: Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України, 2022. 52 с.

31. Методичні рекомендації щодо надання першої психологічної допомоги сім'ям з дітьми, дітям, які перебувають/перебували у зоні збройного конфлікту. 2022. URL: <https://dszn-zoda.gov.ua/node/495>.

32. Механізм забезпечення прав внутрішньо переміщених осіб: національний та міжнародний аспекти / [С.Б. Булеца, О.І. Котляр, Я.В. Лазур та ін.]; за заг. ред.: д-ра юрид. наук, проф. О.Я. Рогача; д-ра юрид. наук, проф. М.В. Савчина; к.ю.н., доц. М.В. Менджул. Ужгород: РІК-У, 2017. 348 с.

33. Михайлов Б. В. Розлади психіки і поведінки екстремально психологічного походження. *Психічне здоров'я*. 2015. № 2 (47). С. 9–18.

34. Михайлов Б. В., Чугунов В. В., Курило В. О., Саржевський С. Н. Посттравматичні стресові розлади : Навчальний посібник / Під заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. Вид. 2-е, перероблене та доповнене. Х. : ХМАПО, 2014. 223 с.

35. Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-10). 1993. URL: <https://vood.com.ua/mkx>.
36. Моргунов О. А. та інші. Перша психологічна допомога в гострих стресових ситуаціях : навчально-практичний посібник. Харківський національний університет внутрішніх справ, 2022. URL: <https://dspace.univd.edu.ua/server/api/core/bitstreams/7e08ad95-1248-47df-a595-01cc24c7afaf/content>.
37. Надрага В. Проблеми вимушеної внутрішньої міграції населення в контексті концепції «суспільства ризику». *Український соціум*. 2015. №1 (52). С. 134–141.
38. Наугольник Л. Б. Психологія стресу : підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
39. Недоступ І. С., Ган Р. З., Кочерга З. Р., Лотовська Т. В., Глов'як В. Г., Федішин Л. Л., Терешкун Н. М. Стрес у дітей внутрішньо переміщених осіб і шляхи його подолання (огляд літератури). *Art of Medicine*. 2023. № 4 (28). С. 223–229.
40. Ніколаєнко С. І., Ніколаєнко, О. С. Поняття адаптації в різних напрямках психології. *Світогляд – Філософія – Релігія збірник наукових праць*, 2012. Вип. 2. С. 68–77.
41. Овчаренко О. Ю. Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб. К. : Університет «Україна», 2023. 266 с.
42. Оніщенко Н. В. Екстрена психологічна допомога постраждалим в умовах надзвичайної ситуації: теоретичні та прикладні аспекти: монографія. Харків : Право, 2014. 584 с.
43. Опитувальник з депресії PHQ-9. URL: <https://cbt-therapist.net/PHQ-9>.
44. Панчук Ю. М. Особистість у війні: стрес і адаптація. *Соціальна психологія*. 2013. С. 5–11.
45. Плєскач Б. В., Уркаєв В. С. Складові технології психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам спрямованої на подолання

травматичного досвіду. *Актуальні проблеми психології: Консультативна психологія та психотерапія*. 2019. № 15(3). 171–205.

46. Предко В., Предко Д. Особливості психічного стану українців в умовах війни. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом*. Психологія. 2022. № 3(56). С. 78–84.

47. Про затвердження змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я»: Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 138 від 2023. URL: <https://nextcloud.esvoe.com/apps/dashboard/>

48. Прокопик Д. Що таке «стрес» і чи може він бути корисним? *BBC News*. 2018. URL: <https://www.bbc.com/ukrainian/blog-science-44031985>.

49. Пророк Н. В., Царенко Л. Г., Бойко С. Т. Адаптація, дезадаптація, розлади адаптації: питання термінології. *Міжнародний науковий журнал «Грааль науки»*. 2021. № 9. С. 373–381.

50. Психологія екстремальної діяльності: навч. посіб. / І.І. Приходько, О. С. Колесніченко, О. В. Тімченко та ін. / За заг. ред. проф. І.І. Приходька. Харків : НАНГУ, 2016. 571 с.

51. Психотерапія – зміцнення внутрішнього ресурсу та пошук самовизначення. *Psychologist*. 2024. URL: <https://psychologist.com.ua/yak-psixoterapiya-dopomagaе-zmitsniti-vnutrishnij-resurs-ta-znajti-vlasne-samoviznachennya/>.

52. Путінцев А. В., Пащенко Ю. Є. Адаптація внутрішньо переміщених осіб в регіонах України: сутність, поняття, підходи. *Економіка. Фінанси. Менеджмент: актуальні питання науки і практики*. 2018. № 9. С. 110–121.

53. Рингач Н. О. Міграція та громадське здоров'я: міжнародне бачення і Українські реалії у контексті національної безпеки. *Науковий часопис Академії національної безпеки*. 2018. Випуск 3–4 (19–20). С. 111–126.

54. Самойлова О. В. Сучасні погляди на проблему розладів адаптації (огляд наукової літератури). *PNMP Journal*. 2018. № 9. С. 32–37.

55. Сікора Я. Б. Адаптація як об'єкт наукового дослідження: психологопедагогічний аналіз. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: «Педагогіка. Соціальна робота»*. 2022. Випуск 2 (51). С. 135–139.
56. Спринська З. В. Психологічні особливості внутрішньо переміщених осіб. *Теорія і практика сучасної психології*. 2018. № 6. С. 50–56.
57. Тест на наявність генералізованого тривожного розладу (GAD-7). URL: <https://www.evromed.vn.ua/tests/test-na-nayavnist-heneralizovanoho-tryvozhnoho-rozladu-gad-7>.
58. Титаренко Т. М. Особистість перед викликами війни: психологічні наслідки травматизації. *Проблеми політичної психології*. 2017. Т. 5. №. 19. С. 3–10.
59. Титаренко Т. М. Технології відновлення психологічного здоров'я особистості в умовах війни: комплексний підхід. *Scientific Studios on Social and Political Psychology*. 2019. № 43 (46) С. 54–62.
60. Титаренко Т. М., Лепіхова Л. А. Психологічна профілактика стресових перевантажень серед шкільної молоді: Науково-методичний посібник. К. : Міленіум, 2006. 204 с.
61. Трубавіна І. М. Проблеми внутрішньо переміщених осіб в Україні як основа ведення випадку в соціальній роботі з ними. Гібридна війна на Сході України в міждисциплінарному вимірі: витоки, реалії, перспективи реінтеграції : зб. наук. пр. Старобільськ : ДЗ «ЛНУ ім. Т. Шевченка», 2017. С. 320–342.
62. Франкова І., Чабан О., Бурлака О. та ін. Гендерні особливості стрес-асоційованих розладів у військовослужбовців в умовах війни в Україні. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2019. № 4(3). URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/214>.
63. Харченко Ю. В., Тітов Г. І., Крижановський Д. Г., Федченко М. П., Черненко Г. П., Філіпенко В. В., Мякушко В. А. Стрес та

вісь мозок-кишечник. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2022. № 4 (38). С. 137–146.

64. Хаустова О. О. Психосоціальна реабілітація: проблеми і шляхи вирішення. *Архів психіатрії*. 2015. № 21(2). С. 36–42.

65. Чабан О., Сінкевич І. Тривога та порушення сну: можливості комбінованої фітотерапії. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2023. № 8(2). URL: <https://doi.org/10.26766/pmgr.v8i2.436>.

66. Чабан О. С. Ситуаційна соціокультурна тривога: сучасні провокації та їх психосоматичні розв'язання. *Нейро News*. 2010. № 4. С. 10–15.

67. Чабан О. Чи можливо оцінити ефективність психотерапії? PMGP. 2020. № 4(3). URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/210#bib2>

68. Чабан О. С., Хаустова О. О. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги? *Український медичний часопис*. 2022. № 4(150). С. 1–11.

69. Чорна В. В., Антомонов М. Ю., Павленко Н. П., Хлестова С. С., Коломієць В. В., Сирота М. Г. Посттравматичний стресовий розлад серед здобувачів вищої медичної та технічної освіти – реальна загроза сьогодення. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2024. № 1. С. 121–126.

70. Шевченко О. О., Давидов В. О., Удовиченко Д. В. Соціальне забезпечення внутрішньо переміщених осіб в умовах децентралізації на Сході України. *Економічний простір*. 2020. № 161. С. 114–118.

71. Шелестова О. В. Особливості впливу розладів адаптації на пізнавальну та психоемоційну сфери у військовослужбовців. *Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України*. 2016. Вип. 36. С. 606–613.

72. Шиліна Н. Є. Проблема емоційного стану біженців та переселенців за умов військового конфлікту в Україні на прикладі студентів

5 курсу. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2023. № 2. С. 30–36.

73. Beck A. T. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York, NY: International Universities Press. 1976. URL: <https://psycnet.apa.org/record/1976-28303-000>.

74. Beck Depression Inventory. URL: <https://www.ismanet.org/doctoryourspirit/pdfs/Beck-Depression-Inventory-BDI.pdf>.

75. Bryant R.A. Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. *World Psychiatry*. 2019. № 18(3). P. 259–269.

76. Burda H. Когнітивно-поведінкова терапія при генералізованому тривожному розладі. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2017 2(1). URL: <https://doi.org/10.26766/pmgp.v2i1.17>.

77. Chaban O., Khaustova O., Bezsheyko V. New Quality of Life Scale in Ukraine: reliability and validity. *Indian J Soc Psychiatry*. 2016. № 32(4). 473 p.

78. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th ed. 1994. URL: <https://sociology.knu.ua/uk/library/diagnostic-and-statistical-manual-mental-disorders-dsm-iv-4th-ed>.

79. DSM-5-TR. Update Supplement to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision. 2023. URL: <https://www.psychiatry.org/getmedia/eecccfbc-91de-4171-b7ba-8d6c1aae3d11/APA-DSM5TR-Update-September-2023.pdf>.

80. Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. *Lyle Stuart*. 1962. URL: <https://psycnet.apa.org/record/1963-01437-000>.

81. Engel G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977. № 196. P. 129–136.

82. Ewert A., Tessneer S. Psychological Resilience and Posttraumatic Growth: An Exploratory Analysis. *Journal of Experiential Education*. 2019. № 42(3). P. 280–296.

83. Johnston D. W., Schurer S., Shields, M. A. Exploring the intergenerational persistence of mental health: Evidence from three generations. *Journal of Health Economics*. 2013. № 32(6). P. 1077–1089.
84. García-Batista Z. E., Validity and reliability of the Beck Depression Inventory (BDI-II) in general and hospital population of Dominican Republic. *PLoS One*. 2018. 13(6). URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6025862/>.
85. Ginting H., Naring, G., Van der Veld, W. M., Srisayekti, W., Becker, E. S. Validating the Beck Depression Inventory-II in Indonesia's general population and coronary heart disease patients. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 13 (3). P. 235–242.
86. International Classification of Diseases 11th Revision. 2022. URL: <https://icd.who.int/en/>.
87. Kassaye A., Dereje J. Post-traumatic stress disorder and its associated factors among war-affected residents in Woldia town, North East Ethiopia. *Plos One*. 2022. № 18(12). URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38127880/>.
88. Kenny D. T. God, Freud and Religion: The origins of faith, fear and fundamentalism. Routledge, 2015. URL: https://www.researchgate.net/publication/283108454_God_Freud_and_Religion_The_origins_of_faith_fear_and_fundamentalism.
89. Michopoulos I., Douzenis A. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample. *Ann. Gen. Psychiatry*. 2008. 7 (4). URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2276214/>.
90. Morina N., Hoppen T. H., Priebe S. Out of sight, out of mind: refugees are just the tip of the iceberg. An illustration using the cases of depression and posttraumatic stress disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 2020. No. 11. P. 179–185.
91. Murthy R. S., Lakshminarayana R. Mental health consequences of war: a brief review of research findings. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association*. 2006. T. 5. №. 1. C. 25–30.

92. Olberg, K. Culture Shock: Adjustment to New Cultural Environment. *Practical Anthropology*. 1960, № 7. P. 177–182.
93. Peace and Security. Bulletin of United Nations. New York: UN, 2020. 36 p.
94. Slobodin O., De Jong J. T. Family interventions in traumatized immigrants and refugees: a systematic review. *Transcult Psychiatry*. 2015. № 52(6). URL: 1363461515588855.
95. State-Trait Anxiety Inventory, STAI. 1973. URL: <https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/ssessment/tools/trait-state>.
96. Stern A. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Occupational Medicine*. 2014. № 5. P 393–394.
97. Ströhle A, Gensichen J, Domschke K. The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. *Dtsch Arztebl Int*. 2018. № 155(37). P. 611-620.
98. Updates to DSM Criteria, Text and ICD-10 Codes. American Psychiatric Association. URL: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/updates-to-dsm>.
99. Wade D., Crompton D., Howard A., Stevens N., Metcalf O., Brymer M., Forbes D. Skills for Psychological Recovery: Evaluation of a post-disaster mental health training program. *Disaster Health*. 2014. № 2(3-4). P. 138–145.
100. Wong A. W., Danoff S. K. Next-Generation Interstitial Lung Disease. *Clinics in Chest Medicine*. 2021. URL: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/hospital-anxiety-and-depression-scale>.
101. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017. № 14. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>.
102. Zung Self-Rating Depression Scale. URL: https://integrationacademy.ahrq.gov/sites/default/files/2020-07/Zung_Self_Rating_Depression_Scale.pdf.