

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Національний університет «Києво-Могилянська академія»
Факультет охорони здоров'я, соціальної роботи та психології
Кафедра психології та педагогіки

Магістерська робота
освітній ступінь - магістр

на тему: “ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО
СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ”

Виконала: студентка 2-го року
навчання спеціальності 053
“Психологія”
Жатікова Ольга Анатоліївна

Керівник – Чернобровкін
В. М.,

доктор психологічних наук, професор

Рецензент _____

Магістерська робота захищена з оцінкою

Секретар ЕК

“ _____ ”

Київ, 2026

АНОТАЦІЯ

«Психологічні особливості посттравматичного стресового розладу у внутрішньо переміщених осіб»

Кваліфікаційна робота освітньо-кваліфікаційного рівня – магістр

за спеціальністю 053 Психологія –

Національний університет «Києво-Могилянська академія», 2026

Жатікової Ольги Анатоліївни

Робота присвячена вивченню психологічних особливостей посттравматичного стресового розладу у внутрішньо переміщених осіб. Теоретичний аналіз показав, що вимушене переміщення, переживання подій військового конфлікту та пов'язані з ними втрати є вагомими чинниками загострення симптомів ПТСР. Визначено важливість інформування населення щодо ознак ПТСР, шляхів отримання психологічної допомоги та методів психосоціальної підтримки.

В емпіричному дослідженні встановлено, що респонденти, що мають постійне місце роботи та усталене коло спілкування, демонструють нижчий рівень стресу який пов'язаний з втратою житла, порівняно з непрацевлаштованими особами. Крім того, виявлено статистично значущі кореляційні зв'язки між агресивністю, емоційною притупленістю та порушеннями сну, що свідчить про взаємозалежність зазначених симптомів у структурі посттравматичного стресового розладу та особливостях його розвитку у внутрішньо переміщених осіб.

У першому розділі визначено теоретико-методологічні підходи дослідження

У другому розділі представлено результати емпіричного дослідження

У третьому розділі розроблено програму психологічного супроводу на психоемоційне відновлення та методичні рекомендації для впровадження програми.

Ключові слова: стрес, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), внутрішньо переміщені особи (ВПО), травматичний досвід, військовий конфлікт, вимушена міграція, психоемоційний стан, тривожність, резилієнс.

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПТСР У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ	8
1.1. Поняття та структура ПТСР	9
1.2. Підходи до роботи з регуляції ПТСР	24
1.3. Особливості прояву ПТСР у внутрішньо переміщених осіб	34
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ I	40
РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ПТСР У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ	42
2.1. Організація та методи дослідження	43
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження	46
2.3. Вплив травматичного досвіду на соціальну адаптацію	55
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ II	57
РОЗДІЛ III. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ З ПРОЯВОМ ПТСР	59
3.1. Методологічна основа програми психологічного супроводу	60
3.2. Програма психологічного супроводу	62
3.3. Практичні рекомендації щодо впровадження програми супроводу	75
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ III	80
ВИСНОВКИ	82
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	85
ДОДАТКИ	99

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

ПТСР - посттравматичний стресовий розлад

ВПО - внутрішньо переміщені особи

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасна соціально-політична ситуація в Україні, зумовлена тривалими військовими діями, масовим внутрішнім переміщенням населення та наслідками глобальних кризових явищ, спричинила суттєве зростання психологічного навантаження на громадян. Внутрішньо переміщені особи опиняються в умовах багатовимірної нестабільності, що поєднує втрату звичного проживання, розрив соціальних зв'язків, зміну соціального статусу, економічну невизначеність і тривалу загрозу безпеці.

Травматичний досвід вимушеного переміщення має комплексний характер. Первинна травматизація пов'язана з переживанням подій, які стали причиною залишення місця проживання: бойові дії, насильство, загроза життю та/або здоров'ю. Вторинна травматизація формується в процесі адаптації до нових умов, що супроводжується хронічним стресом, соціальною ізоляцією, порушенням почуття контролю над життям та майбутнім. Сукупність цих чинників має ймовірність істотно підвищувати ризик загострення симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

ПТСР не лише порушує емоційну регуляцію та когнітивне функціонування, але й ускладнює соціальну інтеграцію, професійну реалізацію та міжособистісну взаємодію. У контексті масового внутрішнього переміщення проблема ПТСР виходить за межі індивідуального клінічного випадку і набуває суспільного значення, оскільки впливає на соціальну згуртованість, економічну активність та довгострокові процеси відновлення країни.

Попри наявність досліджень, присвячених психотравматичним наслідкам війни, недостатньо систематизованими залишаються питання, пов'язані з механізмами регуляції ПТСР у внутрішньо переміщених осіб (далі – ВПО), зокрема ролі соціальної підтримки та доступності професійної психологічної допомоги як потенційних захисних факторів. Потребує уточнення характер взаємозв'язку між рівнем особистісних очікувань щодо підтримки від

волонтерських організацій з отриманим результатом, залученістю до психологічних інтервенцій та інтенсивністю симптоматики ПТСР.

Соціальна підтримка розглядається як ресурс, що сприяє відновленню відчуття безпеки, довіри та контролю над життєвими обставинами. Професійна психологічна допомога забезпечує можливість інтеграції особистістю травматичного досвіду та формування адаптивних стратегій подолання стресу. Однак ефективність їхнього поєднання в умовах внутрішнього переміщення потребує емпіричної перевірки.

Тому, актуальність дослідження зумовлюється:

- масштабністю явища внутрішнього переміщення людей в Україні;
- високим ризиком прогресії симптомів ПТСР внаслідок психотравматичного досвіду;
- необхідністю виявлення чинників психологічної стійкості та адаптації;
- потребою у науково обґрунтованих рекомендаціях щодо організації психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам.

Отже, актуальність та недостатня розробленість зазначеної проблеми й зумовили вибір теми магістерської роботи: «Психологічні особливості посттравматичного стресового розладу у внутрішньо переміщених осіб»

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та емпіричному дослідженні психологічних особливостей осіб із проявами посттравматичного стресового розладу, а також у обґрунтуванні та розробці програми психологічного супроводу, спрямованого на відновлення та стабілізацію емоційного стану осіб з ПТСР.

Гіпотеза дослідження складається з припущення про те, що соціально-економічні фактори, зокрема працевлаштування та соціальне оточення, впливають на інтенсивність переживання наслідків травматичного досвіду у внутрішньо переміщених осіб.

Основні завдання дослідження включають:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до вивчення проблеми психологічних особливостей посттравматичного стресового розладу у внутрішньо переміщених осіб.
2. Охарактеризувати особливості прояву та перебігу посттравматичного стресового розладу у внутрішньо переміщених осіб.
3. Емпірично дослідити психологічні особливості стану внутрішньо переміщених осіб з посттравматичним стресовим розладом.
4. Розробити програму психологічного супроводу на відновлення психоемоційного стану та методичні рекомендації для впровадження програми.

Об'єкт дослідження: посттравматичний стресовий розлад як психологічний феномен

Предмет дослідження: психологічні особливості посттравматичного стресового розладу у внутрішньо переміщених осіб.

Теоретико-методологічну основу дослідження становлять положення психології травми та посттравматичного стресового розладу (К. В. Аймедов, Ю. О. Асєєва, В. В. Зайцев, О. І. Коляда, Г. Лазос), теорія стресу та копінг-поведінки (О. Ю. Овчаренко, Р. Лазарус, С. Хобфолл), концепції психологічної адаптації та соціально-психологічної підтримки особистості в кризових умовах (Л. З. Сердюк, В. В. Горбунова, О. І. Романчук), концепція резильєнтності та життєстійкості особистості (І. В. Сингаївська, І. Є. Страмоусова), гуманістична теорія особистості та самоактуалізації (А. Маслоу, К. Роджерс), а також положення психології життєтворення особистості (Т. М. Титаренко).

Для реалізації поставленої мети та розв'язання визначених у магістерському дослідженні завдань було використано наступний комплекс **методів дослідження:** *теоретичні*, зокрема аналіз, синтез, порівняння, систематизація, узагальнення наукових джерел з проблеми психологічного впливу травматичних подій, адаптації до стресу осіб з досвідом вимушеного переміщення; а також *емпіричні*, які включають діагностування з переліком психодіагностичних методик, валідованих для української вибірки:

- *PTSD Checklist Civilian (PCL-C)* для оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу відповідно до критеріїв DSM у досліджуваних;
- *Місісіпська шкала для оцінки ПТСР (цивільний варіант), T. Keane, D. Vreven (1988, 1995)* для скринінгової оцінки наявності симптомів посттравматичного стресового розладу;
- *Опитувальник травматичного стресу Котєнкова* – для оцінки вираженості симптомів пост стресових порушень;

Для якісного дослідження застосовувалося стандартизоване інтерв'ю з відкритими запитаннями, що були уніфіковані для всіх респондентів;

Методи математичної статистики: кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта Пірсона (з метою виявлення зв'язків між рівнем самооцінки, резильєнтності та симптомами ПТСР), t-критерій Ст'юдента (для перевірки статистичних відмінностей між підгрупами досліджуваних за окремими показниками), а також методи описової статистики (середнє значення, стандартне відхилення). Обробка емпіричних даних здійснювалася за допомогою програмного забезпечення Microsoft Excel.

Наукова новизна дослідження полягає у розширенні уявлень про специфіку переживання ПТСР внутрішньо переміщеними особами шляхом інтеграції концепції резильєнтності та визначення ролі міжособистісних стосунків.

Практичне значення роботи полягає у створенні програми психологічного супроводу та методичних рекомендацій для психологів і соціальних працівників щодо ефективної допомоги внутрішньо переміщеним особам, які переживають посттравматичний стресовий розлад. Розроблена програма психологічного супроводу та сформульовані рекомендації можуть бути застосовані з метою зниження рівня тривожності, стабілізації емоційного стану та покращення процесу соціальної адаптації осіб, які пережили травматичний досвід. Результати дослідження також можуть бути використані у навчальному процесі закладів вищої освіти під час підготовки майбутніх психологів, а також у розробці соціальних програм підтримки населення.

Структура та обсяг роботи складається з вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків.

Список літератури містить 94 позиції, з них 24 – іноземною мовою.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПТСР У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

1.1. Поняття та структура ПТСР

Поняття стресу є одним із ключових у сучасній психології, медицині та суміжних науках, оскільки воно використовується для пояснення широкого спектра психічних, фізіологічних і поведінкових реакцій людини на вплив навколишнього середовища. Водночас у науковій літературі термін «стрес» не має єдиного значення та може розглядатися в декількох взаємопов'язаних аспектах, наприклад як те, що стрес може визначатися як будь-які зовнішні стимули, події або впливи, що викликають у людини стан напруження, збудження або необхідність адаптації до нових умов; як суб'єктивна реакція особистості на вплив стресових чинників. У цьому значенні мається на увазі внутрішній психічний стан напруження, тривоги, збудження або мобілізації ресурсів організму, і даний стан відображається через емоційні переживання, захисні механізми психіки, когнітивні процеси оцінювання ситуації та способи її подолання. Зазначені процеси можуть мати як позитивний, так і негативний характер. З одного боку, вони сприяють розвитку адаптаційних можливостей особистості та вдосконаленню функціональних систем організму, а з іншого – за умов надмірної інтенсивності або тривалості можуть призводити до виникнення психічного напруження та погіршення психологічного благополуччя.

Але також, стрес описується як фізіологічна реакція організму на будь-яку вимогу, навантаження або шкідливий вплив зовнішнього чи внутрішнього середовища. Стрес визначається як відповідь організму на будь-яке пред'явлення йому вимоги, що спрямоване на необхідність адаптації чи пристосування організму до складнощів. Відповідно, фізіологічні реакції стресу виконують адаптаційну функцію, забезпечуючи мобілізацію ресурсів організму для

підтримки поведінкової активності та психічних процесів, спрямованих на подолання несприятливих умов або загрозливих ситуацій [50, с. 298].

Проблема стресу привертає увагу дослідників протягом тривалого історичного періоду. Окремі прояви станів, які сьогодні можуть бути охарактеризовані як наслідки тривалого стресового впливу, описувалися лікарями ще в давнину. Зокрема, внаслідок важких умов праці, надмірних фізичних навантажень та жорсткої експлуатації люди нерідко демонстрували симптоми, які сучасна наука пов'язує зі стресовими розладами. Серед таких проявів найчастіше відзначалися підвищена стомлюваність, загальна слабкість, дратівливість, підвищена чутливість до шуму, порушення сну та інші ознаки психофізичного виснаження [55].

Отже стрес, психічний розлад, психологічна травма та вимушена міграція належать до явищ, які супроводжують людство протягом усієї його історії, ще з дописемних часів. Наявність відповідних понять, слів або мовних конструкцій практично в усіх мовах світу свідчить про універсальність цих феноменів та їхню глибоку вкоріненість у людському досвіді. Підставою для такого висновку є те, що умови виникнення подібних станів були характерними для всіх історичних епох: війни, природні катастрофи, епідемії, насильство та інші масштабні потрясіння супроводжували розвиток людських спільнот упродовж тисячоліть. Відповідно, люди постійно стикалися з подіями, які сьогодні можуть бути охарактеризовані як психотравмуючі [71].

Найдавніші письмові джерела містять описи станів і переживань, які з позицій сучасної науки можуть бути інтерпретовані як прояви посттравматичного стресового розладу (ПТСР), хоча, зрозуміло, сам цей термін у ті часи не існував. Такі згадки зустрічаються як у текстах, що мають ознаки історичного або діагностичного характеру, так і в історичних, релігійних чи літературних джерелах. Зокрема, акадські діагностичні тексти серії Sakikkû містять описи станів воїнів-ветеранів, які після участі у бойових діях «бачать мертвих», «чують голоси», відчують постійний страх та страждають від порушень сну. У межах тогочасних уявлень причиною таких переживань

вважалося переслідування людини духом убитого ворога. Подібне пояснення цілком відповідало світоглядним та релігійним уявленням свого часу, однак сам опис симптоматики демонструє певну схожість із сучасними уявленнями про наслідки психологічної травми, отриманої внаслідок участі у військових конфліктах. Подібні свідчення зустрічаються і в античних джерелах. Так, давньогрецький історик і філософ Плутарх згадував про ветеранів армії Олександр Македонський, які після бойових дій проти персів страждали від тяжких психічних переживань та змін у поведінці. Хоча античні автори не використовували сучасної психіатричної термінології, їхні описи дозволяють припустити наявність явищ, які можуть бути співвіднесені з наслідками бойової психологічної травми[17].

Важливим є також той факт, що соціальні інститути окремих держав певною мірою враховували специфічні потреби ветеранів. Зокрема, у Римській імперії існувала практика створення спеціальних ветеранських поселень і колоній, де колишні військовослужбовці могли проживати після завершення служби. Хоча такі заходи насамперед мали політичне, економічне та військово-адміністративне значення, вони також сприяли формуванню окремого соціального середовища для осіб, які мали досвід тривалої участі у війнах і суттєво відрізнялися від цивільного населення за характером життєвого досвіду.

Давні автори зазвичай не надавали детальних описів симптомів психічних або фізичних захворювань. Особливо це стосувалося тих явищ, які в межах конкретної історичної епохи вважалися звичними та зрозумілими для сучасників. Унаслідок цього в багатьох джерелах зустрічаються лише короткі формулювання на кшталт: «Після бою він перестав бути собою» або «втратив розум». Для автора та його аудиторії подібні висловлювання могли бути цілком достатніми для розуміння ситуації, тому додаткових пояснень не наводилося. В умовах постійних воєнних конфліктів і високої поширеності психотравматичних переживань такі випадки нерідко сприймалися як звичайне та добре відоме суспільству явище, що не потребувало докладного опису[58].

Важливі свідчення щодо переживання психотравматичного досвіду містяться не лише в історичних та медичних джерелах, а й у народних переказах, легендах та епічних творах різних народів світу. Аналіз фольклорної та епічної спадщини дозволяє виявити численні сюжети й образи, які можуть бути співвіднесені із сучасними уявленнями про психологічну травму, наслідки війни, вимушеного переселення та інших кризових подій.

Зокрема, подібні мотиви простежуються у скандинавських сагах, серед яких особливий інтерес становить «Сага про Егіля», а також численні описи побуту та поведінки берсерків. У цих творах можна знайти описи станів, що характеризуються підвищеною агресивністю, труднощами емоційної регуляції, відчуженням від суспільства та наслідками тривалого перебування в умовах насильства й війни.

Не менш показовим є індійський епос «Махабхарата», герої якого демонструють широкий спектр переживань, що можуть бути інтерпретовані в контексті сучасних досліджень психічної травми. Так, образи Арджуни, Ашваттхами та Юдхіштхіри містять описи провини того, хто вижив, моральних страждань після участі у воєнних подіях, психічного виснаження, а також внутрішніх конфліктів, спричинених необхідністю здійснювати насильство або ставати свідком масштабних руйнувань і людських втрат. У сучасній психологічній літературі подібні переживання часто розглядаються як прояви моральної травми та наслідків бойового стресу.

Схожі мотиви присутні і в японській культурній традиції, зокрема в епічному творі «Повість про Хейке». У ньому значна увага приділяється переживанню провини, стражданням після насильства, усвідомленню швидкоплинності людського життя та появі привидів загиблих. Важливо зазначити, що образи привидів у подібних текстах можуть розглядатися не лише як елемент міфологічного світогляду, але й як культурний спосіб опису психологічного переслідування людини спогадами про пережиті трагічні події, втрати та насильство.

У кельтській епічній традиції подібні мотиви простежуються в переказах про Кухуліна. Образ героя нерідко супроводжується описами надзвичайного психологічного напруження, змінених станів свідомості, руйнівних наслідків воєнного досвіду та труднощів повернення до звичного життя після пережитих випробувань.

Окремої уваги заслуговують усні традиції корінних народів Америки та Африки, які також містять значний обсяг матеріалу, пов'язаного з переживанням насильства, втрати близьких, вимушеного переселення, стихійних лих та інших кризових подій. Обсяг і різноманітність цих джерел є настільки значними, що можуть становити предмет окремого комплексного дослідження.

Водночас наведені приклади переважно стосуються військового досвіду. Якщо ж розглядати явище масової міграції цивільного населення внаслідок воєн, катастроф або інших масштабних потрясінь, то можна стверджувати, що практично всі етнічні групи, народності та національні спільноти мають у своїй історичній пам'яті досвід переміщення, переселення або пошуку безпечного місця для проживання. Історія виникнення більшості людських спільнот безпосередньо пов'язана з рухом населення, освоєнням нових територій та адаптацією до нових умов існування.

Таким чином, явища, які сьогодні описуються поняттями психологічної травми, посттравматичного стресу або вимушеної міграції, були відомі людству задовго до появи писемності та систематизованої наукової фіксації знань. Однак вони описувалися іншими категоріями та поняттями, серед яких найчастіше зустрічаються такі, як «страждання», «страх», «втрата», «вигнання» або «рятунок».

Характерною особливістю є те, що незалежно від географічного регіону чи культурної традиції низка мотивів повторюється з дивовижною регулярністю. З позицій сучасної психології та психіатрії окремі з них можуть розглядатися як символічні або метафоричні описи психічних станів. Зокрема, образи «привидів» або «духів» можуть бути співвіднесені з нав'язливими спогадами, флешбеками чи галюцинаторними переживаннями; мотив «втрати частини душі» – з явищами

дисоціації; «неконтрольований гнів» – із проявами гіперпильності та підвищеної реактивності нервової системи; «відчуження від людей» з поведінкою уникнення та соціальної ізоляції; а різноманітні «ритуали очищення» можуть розглядатися як культурно обумовлені механізми реінтеграції особистості в соціальне середовище після пережитих кризових подій.

Подібні паралелі не означають прямого ототожнення давніх описів із сучасними клінічними категоріями, однак вони дозволяють простежити історичну тяглість людського досвіду переживання травматичних подій та способів його осмислення в різних культурах і цивілізаціях [78].

В Україні питання психосоціальної підтримки ВПО має практичний, а не філософський характер. Початок академічних досліджень на тему посттравматичного стресового розладу в Україні звісно був ще в ХІХ столітті під іншими назвами, але суспільну увагу ці дослідження отримували лише під час, та недовго після воєн. З 2014 року політика щодо ветеранів мала національне значення, навіть ціле скликання парламенту значною мірою з ветеранів, частина політиків країни працювали з відкритими формами ПТСР, тому науковці приділяли більше уваги питанню. Значна частина досліджень була присвячена саме бойовому досвіду, так аналіз поданих наукових джерел дозволяє сформулювати цілісне уявлення про сутність даного розладу, його причини, механізми розвитку, особливості перебігу та підходи до діагностики й психологічної допомоги, особливо в умовах воєнних дій [18; 40].

Розглянемо різні сторони визначення терміну ПТСР.

У статті Даниленко Т. І. розкривається сутність ПТСР як складного психічного розладу, що виникає внаслідок переживання екстремальних або травматичних подій. Авторка підкреслює, що ПТСР характеризується комплексом симптомів, серед яких повторне переживання травми, уникнення нагадувань про неї, емоційне оніміння та підвищений рівень тривожності. Особлива увага приділяється необхідності раннього виявлення розладу та надання кваліфікованої психологічної допомоги [17].

Дослідження Аймедова К. В., Асєєвої Ю. О. та співавторів зосереджене на сучасній діагностичній концепції ПТСР. Автори аналізують критерії діагностики відповідно до міжнародних класифікацій, підкреслюючи важливість чіткого розмежування симптомів для встановлення точного діагнозу. У більш пізній праці 2024 року ці ж науковці досліджують вплив воєнних дій на розвиток ПТСР у військовослужбовців. Вони наголошують, що участь у бойових діях значно підвищує ризик розвитку розладу, а також підкреслюють необхідність адаптації психодіагностичних методик до умов війни [2].

Робота Зайцева В. В. розкриває механізми формування психологічної травми, яка є основою ПТСР. Автор зазначає, що індивідуальні особливості особистості, попередній досвід і рівень психологічної стійкості суттєво впливають на розвиток посттравматичного синдрому [23]. Подібні аспекти розглядає Козлова І. В., яка досліджує психологічні наслідки бойового стресу та пропонує шляхи їх подолання. Вона акцентує увагу на важливості психотерапевтичної допомоги, соціальної підтримки та реабілітаційних програм [28].

Коляда О. І. підходить до проблеми ПТСР із методологічної точки зору, аналізуючи особливості його перебігу у військовослужбовців. Автор підкреслює, що розлад часто має хронічний характер і може призводити до значного погіршення якості життя [30].

Соловей О. М. досліджує психологічні чинники формування ПТСР у військових із бойовим досвідом. Автор виділяє роль таких факторів, як рівень стресостійкості, особистісні характеристики та підтримка з боку оточення [63]. Але також є зосередження на питаннях психологічної підтримки військовослужбовців із симптомами ПТСР, підкреслюючи значення раннього втручання та системної допомоги [17].

Окреме значення для розуміння підходів до допомоги має праця Беха І. Д., у якій обґрунтовується концепція особистісно орієнтованої взаємодії. Хоча вона не присвячена безпосередньо ПТСР, її положення є важливими для індивідуалізації психологічної допомоги та побудови ефективних реабілітаційних програм [6].

Отже, аналіз джерел свідчить, що проблема ПТСР розглядається як міждисциплінарна, що охоплює клінічні, психологічні та соціальні аспекти. Особлива увага приділяється військовому контексту, що обумовлює актуальність досліджень у сучасних умовах. Автори сходяться на думці про необхідність ранньої діагностики, комплексного лікування та тривалої реабілітації осіб, які зазнали травматичного досвіду [70].

Всесвітня організація охорони здоров'я також дає визначення ПТСР у Міжнародній статистичній класифікації хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям одинадцятого перегляду (МКХ-11). Даний класифікатор було затверджено у 2018 році, і він поступово впроваджується у системи охорони здоров'я різних країн, зокрема в Україні його офіційне застосування заплановане на 2026 рік. МКХ-11 виступає універсальним стандартом для діагностики та систематизації захворювань, що забезпечує єдність підходів у клінічній практиці та наукових дослідженнях [20].

У шостому розділі класифікації представлено блок L1-6B4 «Розлади, специфічно пов'язані зі стресом», який об'єднує психічні порушення, що виникають як безпосередня реакція на значні стресові або травматичні події. Визначальною ознакою цих розладів є причинно-наслідковий зв'язок між пережитим стресором і розвитком симптоматики.

У межах цього блоку особливу увагу привертають такі діагностичні категорії:

- 6B40 – Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) характеризується повторним переживанням травматичної події, уникненням нагадувань про неї та стійким відчуттям загрози, що супроводжується підвищеною тривожністю і гіперзбудженням.
- 6B41 – Комплексний посттравматичний стресовий розлад включає симптоми ПТСР, але доповнюється більш глибокими порушеннями, такими як труднощі в регуляції емоцій, негативне сприйняття себе та проблеми у міжособистісних відносинах.

- 6B42 – Пролонгований розлад горя проявляється у тривалому, інтенсивному переживанні втрати, яке виходить за межі культурно прийнятних норм і суттєво порушує повсякденне функціонування особистості.
- 6B43 – Розлад адаптації є реакцією на стресову подію або життєві зміни, що проявляється емоційними або поведінковими порушеннями, однак не досягає клінічного рівня ПТСР.

Таким чином, МКХ-11 пропонує чітку та структуровану систему класифікації розладів, пов'язаних зі стресом, що дозволяє більш точно диференціювати різні психічні стани. Особливо важливим є виділення комплексного ПТСР як окремої категорії, що свідчить про поглиблення розуміння наслідків тривалої травматизації та необхідність диференційованих підходів до лікування і реабілітації [20].

Отже, розлади, що саме пов'язані зі стресом, визначаються як ті, що мають безпосередній зв'язок із впливом стресової або травматичної події чи низки таких подій або з переживанням травматичного досвіду. Для кожного розладу цієї групи наявність встановленого стресора є обов'язковою умовою, хоча сама по собі не завжди виступає достатньою причиною розвитку розладу. В осіб, що зазнали впливу стресора, не завжди розвивається патологічний стан; розлади, об'єднані в цю категорію, не виникають без дії стресора. Першим із таких розладів є посттравматичний стресовий розлад, який може розвинутиися після переживання однієї або кількох подій надзвичайно загрозливого або жахливого характеру.

Вище описаний розлад характеризується наявністю всіх наступних ознак:

- 1) Повторне переживання в даний час травмуючої події або кількох подій у формі яскравих нав'язливих спогадів, флешбеків або жахливих сновидінь. Повторне переживання може бути представлене в одній або кількох сенсорних модальностях і зазвичай супроводжується сильними або цілком охоплюючими емоціями, зокрема такими як страх або жах, і вираженими фізичними (тілесними) відчуттями;

- 2) Уникнення думок і спогадів про подію чи події або уникнення діяльності, ситуацій чи людей, що нагадують про подію або події;
- 3) Постійне почуття поточної підвищеної загрози, на що, наприклад, може вказувати гіперпильність або підвищена реакція здригання на такі подразники, як раптові гучні звуки.

Симптоми зберігаються принаймні протягом кількох тижнів і спричиняють значні порушення в особистій, сімейній, соціальній, навчальній, професійній або інших важливих сферах функціонування. Тобто, якщо почуття поточної підвищеної загрози відсутнє, ми не можемо це проігнорувати тому що визначення передбачає всі три пункти одночасно. [46; 69]

Схожа класифікація, яку пропонує Американська психіатрична асоціація у виданні DSM-5-TR, фактично повторює попередню логіку опису посттравматичного стресового розладу. Якщо уточнити, суттєвих змін порівняно з редакцією 2013 року не відбулося, хоча сам документ перевидавався. Підхід залишається досить закритим і прив'язаним до конкретного історичного та культурного середовища, у якому він формувався [21].

Модель розуміння посттравматичного стресового розладу значною мірою сформована на основі досвіду американського суспільства, передусім у період війни у В'єтнамі, а пізніше – під впливом військових кампаній на Близькому Сході. Тому можна поставити питання, наскільки така схема опису відповідає реаліям інших країн, де соціальні умови, типи травматичних подій і способи їх переживання можуть суттєво відрізнятися. [84; 85; 90]

Підкреслюється, що у цій класифікації велика увага приділяється чітким критеріям, які мають проявлятися одночасно. Йдеться про обов'язкову наявність інтрузивних спогадів, нічних кошмарів і повторного переживання травматичної події. Проте в реальному житті не всі люди реагують саме так. Деякі взагалі не мають яскравих образів минулого, але при цьому відчують постійну тривогу, емоційне виснаження або втрату сенсу життя. І саме можна поставити питання щодо універсальності такого підходу.

З огляду на це, посттравматичний стресовий розлад можна розглядати як психічну реакцію на сильний стрес після травматичної події. Такий погляд не обмежує людину ustalеними рамками симптомів, а дозволяє враховувати індивідуальні особливості переживання.

Особливої актуальності ці питання набувають у ситуації війни та вимушеного переміщення в Україні. Людина втрачає дім, звичне середовище, соціальні зв'язки, і разом із цим втрачається базове відчуття безпеки за пірамідою Маслоу. У таких умовах ризик розвитку стресових розладів значно зростає, і прояви можуть виглядати дуже по-різному [19].

ДСНС України пропонує свій погляд, де звертається більше уваги на реальні події, які запускають психічні реакції. До них відносяться війни, катастрофи, насильство, тяжкі хвороби, аварії, а також складні життєві ситуації, пов'язані з втратою або загрозою для життя.

Опис стану відбувається через симптоми, які людина може помітити у своєму житті: нав'язливі спогади, уникання нагадувань про подію, зміни у мисленні та настрої, а також підвищену збудливість або різкі емоційні реакції. При цьому підкреслюється, що симптоми не є однаковими для всіх і можуть змінюватися з часом [23].

Тобто людина не змушена «підходити» під чіткі критерії, а навпаки отримує можливість побачити свій стан у ширшому спектрі проявів. Це особливо значуще у ситуаціях, коли симптоми з'являються не одразу, а через місяці або навіть роки після події.

Отже, різні системи опису ПТСР відображають різні способи розуміння одного й того самого явища. З одного боку, існує чітка класифікація з визначеними критеріями, яка зручна для діагностики. З іншого боку, існує більш гнучке бачення, яке враховує реальні життєві обставини та індивідуальні реакції людей. І саме поєднання цих двох поглядів дає більш повне розуміння природи посттравматичних переживань[2].

Давайте розглянемо основні симптоми ПТСР ближче.

Нав'язливі спогади:

- повторювані, небажані тривожні спогади про подію, що травмує;
- сни, що засмучують або кошмари про подію, що травмує;
- сильний емоційний стрес або фізична реакція на щось, що нагадує вам про подію, що травмує.

Уникнення:

- спроба уникнути думок або розмов про травматичну подію;
- уникнення місць, дій або людей, які нагадують вам про подію, що травмує.

Негативні зміни у мисленні та настрої:

- негативні думки про себе, інших людей або світ;
- безнадійність щодо майбутнього;
- проблеми з пам'яттю, у тому числі нездатність згадати важливі аспекти травматичної події;
- почуття відірваності від сім'ї та друзів;
- відсутність інтересу до діяльності, якою ви колись насолоджувалися;
- проблеми з отриманням позитивних емоцій;
- почуття емоційного заціпеніння [20].

Зміни фізичних та емоційних реакцій:

- часте здригання або переляки;
- постійне відчуття небезпеки;
- саморуйнівна поведінка, така як надмірне вживання алкоголю;
- проблеми зі сном;
- проблеми з концентрацією;
- дратівливість, спалахи гніву чи агресивна поведінка;
- непереборне почуття провини чи сорому.

Симптоми ПТСР у дітей

- відтворення травматичної події або аспектів травматичної події за допомогою гри;
- лячні сни, які можуть містити або не включати аспекти травматичної події.

[18; 20]

Звернення до проблеми посттравматичного стресового розладу у внутрішньо переміщених осіб потребує опори на сучасні уявлення про природу психологічної травми. У вітчизняних дослідженнях ПТСР розглядають як складний психогенний стан, що виникає внаслідок пережитої травматичної події та суттєво впливає на психічне функціонування особистості. К. В. Аймедов, Ю. О. Асеева та співавтори наголошують на необхідності спиратися на сучасну діагностичну концепцію ПТСР, узгоджену з міжнародними класифікаціями [2]. В. В. Зайцев аналізує психологічну травму та механізми формування посттравматичного синдрому [23], а О. І. Коляда розкриває методологію дослідження ПТСР та особливості його перебігу [30]. О. І. Романчук характеризує психотравму та спричинені нею розлади, акцентуючи на сучасних травмофокусованих підходах до терапії та на можливості подальшого відновлення особистості [53]. Водночас Г. П. Лазос підкреслює, що рух особистості від травматизації до реінтеграції опосередковується захисними чинниками та чинниками відновлення, а отже наслідки травми доцільно розглядати не лише в категоріях порушення, а й у термінах ресурсу [33].

У навчально-методичному посібнику з підходу резилієнс зазначено, що поняття *resilience* увійшло в науки про людину з механіки, де означало здатність матеріалу повертатися у вихідний стан. У психології та соціальній роботі цей термін пов'язують із впливом екстремальних, загрозливих і стресових умов, а також зі здатністю людини, сім'ї або громади функціонувати під час і після такого впливу [49]. В контексті ПТСР, резилієнтність не можна зводити лише до «витримування» складних подій. Вона передбачає активізацію внутрішніх і зовнішніх ресурсів, які допомагають людині пом'якшувати психологічні та соціальні наслідки травматизації.

За визначенням ВООЗ, наведеним у посібнику, резилієнс можна розуміти як здатність відносно добре справлятися з важкими ситуаціями, тобто як особисту ресурсність [49]. У цьому сенсі резилієнтність постає не лише індивідуальною рисою, а й динамічним процесом, у якому позитивна адаптація формується в умовах нових ризиків, втрат і невизначеності. Для внутрішньо переміщених осіб

це особливо важливо, оскільки вимушене переміщення часто супроводжується порушенням безпеки, втратою житла, розривом соціальних зв'язків, зміною професійного статусу та необхідністю вибудовувати повсякденне життя в новому середовищі.

Стресостійкість внутрішньо переміщених осіб доцільно осмислювати в межах теорії стресу та копінг-поведінки. Згідно з транзакційною моделлю Р. Лазаруса і С. Фолкман, стрес постає не як властивість самої події, а як результат співвіднесення вимог ситуації з оцінкою власних ресурсів особистості; залежно від первинної та вторинної когнітивної оцінки людина обирає проблемно- або емоційно-орієнтовані стратегії подолання [83]. С. Хобфолл у теорії збереження ресурсів пояснює стрес через загрозу втрати, фактичну втрату або брак приросту ресурсів, що є особливо релевантним для ситуації вимушеного переміщення, пов'язаної з масштабною втратою матеріальних, соціальних та особистісних ресурсів [79]. О. Ю. Овчаренко, узагальнюючи підходи до вивчення стресу та стресових розладів, розглядає копінг-поведінку як систему свідомих стратегій, спрямованих на адаптацію до стресогенних обставин і збереження психологічної рівноваги [52].

Стресостійкість у такому контексті можна трактувати як здатність людини регулювати емоційне напруження, здійснювати більш конструктивну когнітивну оцінку ситуації та використовувати адаптивні способи подолання труднощів. Вона є важливою передумовою, адже допомагає особистості не втрачати повністю здатність до дії в умовах стресу. Проте резилієнтність виходить за межі безпосереднього реагування на стрес: вона охоплює поступове відновлення відчуття контролю, відновлення соціальних контактів, переосмислення травматичного досвіду та формування нових життєвих орієнтирів.

Процес відновлення внутрішньо переміщених осіб розгортається в полі психологічної адаптації та соціально-психологічної підтримки. Л. З. Сердюк обґрунтовує психологічні засади підвищення життєстійкості особистості, пов'язуючи її із системою ставлень, орієнтаціями на сенси життя та активізацією особистісних ресурсів розвитку [56]. В. В. Горбунова, О. І. Романчук і співавтори,

спираючись на ідеї посттравматичного зростання й розвитку стресостійкості, показують, що соціальне оточення та організована соціально-психологічна підтримка є вагомим чинником відновлення особистості після травматичних подій [14]. І. В. Сингаївська наголошує, що резильєнтність охоплює здатність вибудовувати повноцінне життя у складних обставинах, спираючись на особистісні ресурси [16]. Для внутрішньо переміщених осіб це означає, що дієва допомога має поєднувати індивідуальну роботу зі зміцненням соціальних зв'язків, доступу до спільноти та можливостей самодопомоги.

Концепція резильєнтності та життєстійкості дає змогу інтегрувати наведені положення в єдину пояснювальну рамку. І. В. Сингаївська та І. Є. Страмоусова, досліджуючи чинники життєстійкості в умовах війни, розглядають життєстійкість як інтегральну характеристику, що забезпечує здатність особистості залишатися активною та функціональною всупереч несприятливим обставинам [62]. Г. П. Лазос узагальнює три площини розуміння резильєнтності – як риси чи здатності особистості, як процесу подолання та як адаптаційно-захисного механізму [33], а Л. З. Сердюк пов'язує життєстійкість із саморегуляцією, контролем і прийняттям ризику [56]. Розмежовуючи ці поняття, життєстійкість можна тлумачити як відносно стабільну особистісну диспозицію, що підтримує опірність стресу, тоді як резильєнтність охоплює ширший динамічний процес відновлення й позитивної адаптації, у якому життєстійкість та інші ресурси задіюються для повернення до повноцінного функціонування.

Важливо, що підхід резилієнс зміщує акцент із бачення людини лише як «жертви» травматичної події на визнання її сильних сторін, ресурсів і можливостей. У посібнику підкреслюється, що реагування на наслідки надзвичайних ситуацій не має обмежуватися лише діагностикою або лікуванням ПТСР, оскільки постраждалі люди мають різні потреби, рівні підтримки та власні ресурси відновлення [49]. Відповідно, психологічна допомога внутрішньо переміщеним особам має включати не тільки роботу із симптомами, а й підтримку безпеки, соціальних зв'язків, самодопомоги, доступу до спільноти та відновлення повсякденного функціонування.

Гуманістична психологія поглиблює це розуміння через ідеї самоактуалізації А. Маслоу та К. Роджерса. У ресурсі EBSCO самоактуалізація описується як процес реалізації власного потенціалу, оптимального функціонування, автономії, особистісного зростання і внутрішньої цілісності [89]. Для теми ПТСР це положення є принциповим, оскільки дає змогу розглядати людину не лише крізь призму симптомів, втрат і порушень, а як суб'єкта, здатного до відновлення, самоприйняття, відповідального вибору та поступового повернення до активної життєвої позиції.

Положення Т. М. Титаренко щодо життєтворення особистості дозволяють розглядати подолання травматичного досвіду як процес особистісного конструювання життя. У монографії «Психологія життєтворення особистості в сучасному світі» центральною є проблема соціально-психологічних практик, за допомогою яких особистість творчо розбудовує власне життя, формує життєвий шлях і оптимізує способи самореалізації [51]. У контексті вимушеного переміщення це означає, що відновлення не обмежується зниженням інтенсивності симптомів, а передбачає перебудову смислів, відновлення часової перспективи, пошук нових ролей, зв'язків і способів включення в соціальне середовище.

Отже, резилієнтність і стресостійкість у дослідженні ПТСР у внутрішньо переміщених осіб варто визначати як взаємодоповнювальні психологічні механізми адаптації. Стресостійкість забезпечує здатність витримувати напруження, регулювати емоції та підтримувати функціональність у складних умовах. Резилієнтність, своєю чергою, описує ширший процес відновлення, у якому людина поступово інтегрує травматичний досвід у власну життєву історію, активізує особистісні й соціальні ресурси та знаходить можливості для подальшого розвитку. Такий підхід дає змогу точніше описати психологічну адаптацію ВПО після травматичних подій і підкреслити, що подолання ПТСР пов'язане не лише з редукцією симптомів, а й із відновленням суб'єктності, гідності, соціальної включеності та здатності конструювати майбутнє.

1.2. Підходи до роботи з регуляції ПТСР

Посттравматичний стресовий розлад є одним із найбільш поширених наслідків пережитих травматичних подій, що потребує застосування науково обґрунтованих підходів до його профілактики, корекції та лікування. У сучасній міжнародній практиці розроблено низку ефективних методів психологічної допомоги особам із ПТСР, які базуються на принципах доказової медицини та психотерапії. Особливий інтерес становить досвід окремих європейських країн, де питання психотравми регулюється на державному рівні через систему клінічних рекомендацій та професійних стандартів. Одним із таких прикладів є Франція, де впроваджено комплексний підхід до організації допомоги особам із посттравматичними розладами.

У Франції нормативно-методичне забезпечення допомоги особам із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) здійснюється насамперед через рекомендації Haute Autorité de Santé (HAS), а також діяльність Національного центру ресурсів і резильєнтності (CN2R). Французькі клінічні рекомендації ґрунтуються на доказових підходах до лікування психотравми, серед яких провідне місце посідають травмо-фокусована когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) та десенсибілізація рухами очей (EMDR). Інформаційно-просвітницькі ресурси Франції також розглядають зазначені методи як основні психотерапевтичні підходи у роботі з наслідками психотравматичних подій.

Важливим напрямом розвитку французької системи допомоги стало створення мережі спеціалізованих центрів психотравматологічної допомоги. У 2019 році було засновано Національний центр ресурсів і резильєнтності (CN2R) [74], який координує діяльність регіональних центрів психотравматології, забезпечує поширення науково обґрунтованих практик, підтримує професійну підготовку фахівців та сприяє розвитку досліджень у сфері психотравми. До його функцій також належить координація мережі регіональних центрів психотравматології та удосконалення маршрутизації пацієнтів у системі психічного здоров'я [78].

Отже, сучасна французька модель допомоги при ПТСР базується не на впровадженні принципово нових психотерапевтичних методів, а на розвитку спеціалізованої інфраструктури, стандартизації клінічних практик, міжвідомчій координації та забезпеченні доступності доказових методів лікування для різних категорій населення.

За останніми статистичними даними, з 2022 року спостерігається зростання кількості госпіталізацій із діагнозом ПТСР, особливо після 2019 року. Водночас змінюється профіль пацієнтів: збільшується частка молодих людей і коморбідних станів (депресія, залежності тощо). Дослідники пояснюють це не лише зовнішніми факторами (зокрема міграцією), але й підвищенням якості діагностики, кращою координацією між установами та зміною підходів серед фахівців [3; 75; 86].

Однією з ключових відмінностей Франції від англomовних країн є існування психотравматології як окремої дисципліни, відокремленої від загальної психіатрії. Це означає наявність спеціалізованих центрів і вузькопрофільних лікарів із власними протоколами лікування. На відміну від більш «ринкової» моделі, як у США, у Франції психотравматологія інтегрована в медичну систему: пацієнт спочатку звертається до сімейного лікаря, отримує направлення до спеціалізованого центру, де йому призначають лікування, частково компенсоване державою. Окрему увагу французькі дослідники приділяють проблематиці комплексного посттравматичного стресового розладу, що пов'язано з необхідністю врахування тривалих і повторюваних травматичних впливів та їхнього впливу на особистісне функціонування. Такий підхід доповнює традиційні моделі лікування, зосереджені переважно на редукції симптоматики, і сприяє більш цілісному розумінню наслідків психотравми [74].

Водночас розвиток французької моделі не обмежується психотерапевтичними підходами. Значна увага приділяється дослідженню нових фармакологічних стратегій лікування посттравматичного стресового розладу. Зокрема, перспективним напрямом є вивчення препаратів, що впливають на механізми нейропластичності та регуляцію глутаматергічної системи. Це

свідчить про прагнення поєднувати психотерапевтичні та біомедичні підходи в межах комплексної моделі допомоги.

Таким чином, сучасна французька система роботи з посттравматичним стресовим розладом характеризується поєднанням державної координації, розвиненої мережі спеціалізованих центрів, уваги до індивідуальних особливостей пацієнта та підтримки інноваційних напрямів досліджень, що забезпечує багаторівневий підхід до лікування психотравматичних розладів.

Впливова класифікація психічних розладів, представлена Американською психіатричною асоціацією у виданні DSM-5-TR, значною мірою зберігає концептуальні підходи до розуміння посттравматичного стресового розладу, закладені в попередній редакції DSM-5 (2013). Основні діагностичні критерії, структура симптоматичних кластерів та загальна логіка опису розладу залишилися переважно незмінними, тоді як внесені корективи стосувалися насамперед уточнення формулювань, оновлення описів та врахування нових емпіричних даних. Така спадкоємність свідчить про прагнення забезпечити стабільність діагностичної системи та зберегти наступність наукових досліджень і клінічної практики. Водночас у науковому середовищі тривають дискусії щодо того, наскільки чинні діагностичні критерії повною мірою відображають різноманітність сучасних форм психотравматичного досвіду, зокрема наслідки тривалих воєнних конфліктів, вимушеного переміщення населення та повторюваних травматичних подій. [21].

Якщо уточнити, сама модель формувалася в досить конкретних умовах американського суспільства. Насамперед це досвід війни у В'єтнамі, який сильно вплинув на те, як почали описувати психічні наслідки травми. Пізніше додалися війни на Близькому Сході, але загальна логіка залишилася тією ж. І тут варто наголосити, що такий історичний фундамент автоматично обмежує універсальність класифікації. Іншими словами, вона добре працює там, де й формувалася, але значно гірше пояснює переживання людей у зовсім інших умовах. Особливо показовим виглядає акцент на обов'язкових симптомах. У межах цієї системи велике значення надається інтрузіям, нічним кошмарам і

повторному переживанню події. Якщо людина не має цих проявів, виникають труднощі з формальним визначенням її стану. Але, якщо подивитися на реальні історії людей, стає очевидно, що реакції набагато ширші. Хтось переживає постійну тривогу без чітких образів минулого, хтось відчуває емоційне спустошення, а хтось втрачає відчуття сенсу життя. І ці стани не завжди вписуються в чіткі критерії [44; 84; 90].

Доречно розглядати ПТСР як реакцію психіки на сильний стрес після травматичної події. Такий спосіб розуміння виглядає ближчим до реального життя. Він не обмежує людину переліком симптомів, а дозволяє бачити ширшу картину її переживань. І, що особливо важливо підкреслити, у такому підході з'являється більше простору для індивідуального досвіду.

В умовах війни та вимушеного переміщення, це набуває релевантності. Людина втрачає дім, звичне середовище, контакти з близькими, і разом із цим руйнується відчуття безпеки. У таких умовах реакції психіки можуть бути дуже різними, і далеко не всі можуть відповідати класичному опису.

Цікавий практичний погляд пропонує ДСНС України, де одразу описуються причини виникнення ПТСР, контекст виникнення. Йдеться про війни, катастрофи, насильство, аварії, тяжкі хвороби, втрату близьких або інші події, які різко змінюють життя людини. Такий спосіб подачі виглядає більш зрозумілим, оскільки він одразу прив'язаний до реальних ситуацій [36].

Далі стан описується через симптоми, які людина може помітити у повсякденному житті. Це нав'язливі спогади, уникання нагадувань про подію, зміни настрою та мислення, підвищена дратівливість або напруження. При цьому підкреслюється, що симптоми можуть з'являтися не одразу, а через певний час, і їх інтенсивність змінюється.

Різні країни також по-різному організовують роботу з травмою. Наприклад, у Туреччині велика увага приділяється масовим травматичним подіям, таким як землетруси або потоки біженців. Там робота часто будується через швидкі кризові втручання та групову підтримку, що пояснюється масштабом проблеми.

У Франції більше уваги приділяється індивідуальній терапії та довготривалому супроводу.

Досвід Туреччини становить особливий інтерес для України, оскільки система психологічної допомоги цієї країни функціонує в умовах необхідності оперативного реагування на масштабні кризові ситуації, зокрема наслідки стихійних лих, техногенних катастроф та масового переміщення населення. У таких умовах значна увага приділяється короткостроковим кризовим інтервенціям, психоосвітнім заходам та груповим формам психологічної підтримки, що дає змогу охопити допомогою велику кількість постраждалих осіб у стислі терміни [24; 94].

Водночас цінним для аналізу є досвід Ізраїлю, де система психічного здоров'я тривалий час розвивається в умовах постійних безпекових викликів. Одним із ключових напрямів роботи є раннє психологічне втручання після потенційно травматичних подій. Основна увага зосереджується на своєчасному виявленні осіб групи ризику, наданні первинної психологічної допомоги та запобіганні розвитку довготривалих наслідків психотравми. Важливою особливістю ізраїльського підходу є також активне впровадження програм психоедукації та формування суспільної обізнаності щодо психологічних наслідків травматичних подій, що сприяє своєчасному зверненню по професійну допомогу [81].

Отже, якщо підсумувати, різні системи опису ПТСР відображають різні способи бачення однієї проблеми. Формальні класифікації дають чіткість і структуру, але іноді втрачають гнучкість. Практичні підходи, навпаки, краще враховують реальні умови життя, але можуть виглядати менш системними. І саме поєднання цих двох напрямів дає більш повне розуміння того, як люди переживають травму і як їм можна допомогти.

Першочергова робота з травматичними станами, що особливо помітно в умовах війни, розгортається на рівні запобігання, і, якщо уточнити, саме тут формується найбільший ефект. Ідея доволі проста: чим раніше людина отримує підтримку після травматичної події, тим менша ймовірність, що стан перейде у

стійкий посттравматичний стресовий розлад. Через це у багатьох країнах, які мають досвід тривалих криз або воєн, основна увага переноситься з лікування на раннє втручання [31].

Особливо показовим виглядає те, як організовується робота на рівні державних систем. Психологічна підтримка не залишається лише у сфері окремих спеціалістів, а інтегрується в армію, служби безпеки та цивільні структури. Таким чином формується більш-менш стандартизована модель, де допомога стає доступною хоча б формально для широких груп населення. Людина не повинна самотійно шукати фахівця підтримка стає частиною системи.

Важливо підкреслити, у військових структурах створюються окремі програми, які орієнтовані саме на бойову травму. Там не тільки надається допомога, але й проводяться дослідження. Наприклад, порівнюються різні методи психотерапії, серед яких когнітивно-поведінкова терапія та психодинамічні підходи. Такі дослідження проводяться безпосередньо в армійському середовищі, де фахівці працюють із реальними випадками, а не лише з теоретичними моделями. Це дає можливість швидше оцінювати ефективність різних способів допомоги [12].

Базові методи мають однаковий попит у різних країнах, такі як: когнітивно-поведінкова терапія, EMDR, психодинамічні практики, а також медикаментозна підтримка. Тобто фундамент не змінюється. Але, що цікаво уточнити, в окремих країнах значно активніше з'являються експериментальні та міждисциплінарні рішення.

Експериментальним напрямом ізраїльських досліджень є застосування гіпербаричної оксигенації у ветеранів із посттравматичним стресовим розладом. Рандомізовані контрольовані дослідження, проведені на базі центрів, пов'язаних із Tel Aviv University, демонструють потенційне зменшення вираженості симптомів та зміни у нейропластичності мозку (Boussi-Gross et al., 2013; Danan et al., 2025). Водночас у сучасних клінічних рекомендаціях цей метод залишається експериментальним і не входить до терапії першої лінії [72; 76]. Але

при цьому методи ще потребують додаткового вивчення, і їх ефективність не завжди підтверджується у довгостроковій перспективі. Проте сам факт пошуку нових рішень говорить про те, що робота з травмою виходить за межі класичних підходів [9].

Окремо варто звернути увагу на практики, пов'язані з контрольованим проживанням травматичного досвіду. Людина не уникає спогадів, а поступово повертається до них у безпечних умовах. Це допомагає зменшити емоційне навантаження, яке пов'язане з подією. Разом із цим використовується робота з переробкою спогадів, коли змінюється спосіб їх сприйняття.

Отже, робота з ПТСР розгортається у двох напрямках. З одного боку, існує система раннього втручання, яка намагається запобігти розвитку важких станів. З іншого боку, в активному пошуку нові методи допомоги, які доповнюють класичні підходи. І саме поєднання цих двох ліній створює більш гнучку та ефективну систему підтримки людей, які пережили травматичні події.

В Ізраїлі відсутні принципово унікальні або ексклюзивні методи терапії посттравматичного стресового розладу, відмінні від міжнародно визнаних доказових підходів. Водночас характерною рисою національної системи є її масштабність і високий рівень організаційної структурованості, що зумовлено тривалою необхідністю роботи з великою кількістю випадків психотравми різного походження, зокрема бойової, цивільної та хронічної. Це створює умови для регулярного практичного зіткнення фахівців із широким спектром травматичних станів і формує значний клінічний досвід на рівні системи.

Додатково важливим аспектом є активне поширення професійних знань і методичних підходів у сфері психотравматології на різних рівнях підготовки фахівців, що сприяє міжнародному визнанню ізраїльського досвіду. Водночас у науковій літературі та експертних оцінках зазначається, що основними викликами залишаються перевантаженість системи психічного здоров'я, дефіцит спеціалізованих кадрів, а також нерівномірність дотримання стандартів надання допомоги поза межами провідних спеціалізованих центрів. Таким чином, попри високий рівень розвитку інфраструктури та значний обсяг практичного досвіду,

система стикається з обмеженнями, зумовленими надмірним навантаженням і масштабом запитів на психіатричну та психологічну допомогу[73].

Підсумовуючи викладене, доцільно звернути увагу на виражений регіонально-історичний характер формування уявлень про посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та особливості його концептуалізації в різних наукових традиціях. Зокрема, у Сполучених Штатах Америки становлення поняття ПТСР відбувалося в контексті війни у В'єтнамі, коли новий термін поступово замінив попередні описові позначення психотравматичних станів, такі як «shell shock» у період Першої світової війни та «battle fatigue» у часи Корейської війни. У межах цього процесу відбулося також уточнення симптоматичного поля явища, зокрема через введення описів таких проявів, як нав'язливі спогади («флешбеки») та інтенсивні переживання страху. Водночас визнання ПТСР як окремої клінічної категорії в американській психіатрії відбулося після завершення війни, коли відповідний термін уже набув широкого поширення в суспільному та медійному дискурсі та був закріплений у науковій термінології. На сучасному етапі розвитку психіатричної науки, як було відзначено у попередніх підрозділах, у деяких класифікаційних підходах ПТСР визначається через чітко структурований набір симптомів, що включає обмежену кількість діагностичних критеріїв.

Водночас у європейській науковій традиції, зокрема у Франції, проблематика психотравматичних розладів порушувалася ще до періоду світових воєн, що сприяло формуванню більш раннього інтересу до дослідження наслідків психологічної травматизації. На сучасному етапі Франція характеризується розвиненою системою психологічної та психіатричної допомоги, яка функціонує не лише в умовах кризових ситуацій, але й у мирний час, охоплюючи як військових, так і цивільне населення та забезпечуючи комплексний підхід до профілактики й лікування наслідків психотравмуючих подій [80].

За останні роки в Україні спостерігається суттєва трансформація підходів до діагностики, профілактики та лікування посттравматичного стресового розладу, що зумовлено наслідками повномасштабної війни та значним зростанням

кількості осіб із травматичним досвідом серед цивільного населення і військовослужбовців. За оцінками World Health Organization, приблизно одна четверта осіб, які зазнали впливу воєнного конфлікту, мають ризик розвитку психічних розладів, зокрема посттравматичного стресового розладу, депресії та тривожних станів. Додатково зазначається, що в Україні потенційна кількість осіб із психічними розладами, пов'язаними з війною, може сягати близько 9,6 мільйона осіб, що відображає масштаб навантаження на систему охорони психічного здоров'я. [29; 92; 93].

Якщо в попередні періоди психологічна та психіатрична допомога нерідко маргіналізувалися або сприймалися як другорядні елементи системи охорони здоров'я, то сьогодні спостерігається дестигматизація цієї сфери. Суспільний дискурс поступово трансформується: від патернів «ігнорування або самотійного витримування болю» до раціонального усвідомлення того, що ментальне здоров'я є базовим компонентом загального соматичного благополуччя людини і потребує професійного лікування. Важливу роль у цьому процесі відіграє впровадження Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?», яка концептуалізувала психосоціальну підтримку на загальнодержавному рівні [13; 35].

Сучасний вектор розвитку клінічної психології та психіатрії в Україні орієнтований на інтеграцію міжнародних протоколів доказової медицини. Провідне місце посідають травма-орієнтовані підходи, які спрямовані на безпечний перезапис травматичних спогадів, відновлення когнітивного контролю та десенсибілізацію фізіологічних тригерів. Пріоритетними методами з доведеною ефективністю є:

- Травма-фокусована когнітивно-поведінкова терапія (TF-CBT) – фокусується на трансформації дисфункційних переконань, пов'язаних із травмою.
- Десенсибілізація та переробка рухом очей (EMDR) – білатеральна стимуляція для зниження афективного навантаження травматичного матеріалу.

- Пролонгована експозиція (PE) – робота з уникненням через поступове занурення у спогади про травмуючий досвід.

Особлива увага приділяється диференціації підходів залежно від цільових груп: ветерани, внутрішньо переміщені особи (ВПО) та особи, які пережили досвід окупації чи депортації. Паралельно з індивідуальною терапією розвивається інститут груп взаємодопомоги за принципом «рівний-рівному», кризове консультування та діджиталізація послуг (онлайн-платформи та телемедицина), що дозволяє долати географічні бар'єри та забезпечувати оперативність інтервенцій [5; 13].

Разом із позитивними змінами залишаються й труднощі: нестача фахівців, стигматизація звернення по допомогу та нерівний доступ до послуг у різних регіонах. Проте навіть за цих умов Україна формує нову культуру ставлення до психічного здоров'я більш чутливу, професійну та людяну. Це свідчить про поступове зміцнення суспільства, яке вчиться не лише виживати, а й відновлюватися після травми [62].

1.3. Особливості прояву ПТСР у внутрішньо переміщених осіб

Посттравматичний стресовий розлад є одним із найпоширеніших психологічних наслідків вимушеного переміщення, оскільки внутрішньо переміщені особи (ВПО) часто переживають комплекс травматичних подій: загрозу життю, втрату житла, розлуку з близькими, руйнування звичного соціального середовища та тривалу невизначеність майбутнього. На відміну від осіб, які не залишали місце проживання, ВПО стикаються не лише з первинною травмою війни, а й із повторною травматизацією в процесі переміщення та адаптації до нових умов життя. Тому, прояви ПТСР у цієї категорії населення мають комплексний і пролонгований характер [10].

Питання термінології у вивченні явища внутрішнього переміщення залишається одним із важливих методологічних викликів. Хоча поняття «внутрішньо переміщена особа» має чітке юридичне закріплення в міжнародному праві, у наукових працях його нерідко змішують із такими

термінами, як «біженець» або «переселенець», що призводить до певної неоднозначності. У цьому контексті доцільно використовувати визначення, закріплене українським законодавством, де під внутрішньо переміщеною особою розуміють людину, яка була змушена залишити своє місце проживання через воєнні дії, окупацію, насильство, порушення прав людини чи надзвичайні обставини. У міжнародному середовищі застосовується відповідний англomовний термін «internally displaced person»[77].

Невпорядкованість термінів ускладнює зіставлення результатів різних досліджень, оскільки вимушене переміщення може відбуватися як у межах країни, так і за її кордонами. При цьому соціально-психологічні наслідки для різних груп відрізняються: особи, які залишають країну, змушені адаптуватися до нових культурних і мовних умов, тоді як внутрішньо переміщені зберігають культурну ідентичність, але втрачають соціальні зв'язки та професійні контакти. Важливо також розмежовувати добровільну та вимушену міграцію: якщо в першому випадку переїзд є результатом усвідомленого вибору, то в другому продиктований загрозами життю, що значно підвищує ризик емоційної нестабільності.

Вимушене переміщення як соціально-психологічне явище супроводжується різними формами стресу, які впливають на мислення, емоційний стан і поведінку людини. Втрата житла, роботи, соціального статусу та відчуття безпеки часто спричиняє тривалий дистрес, який за відсутності ефективних стратегій подолання може перейти в депресивні або тривожні стани. У перші роки після переміщення зазвичай спостерігаються емоційна нестійкість, підвищена тривожність, апатія, що нерідко поєднуються з психосоматичними проявами.

Навіть за різного суб'єктивного сприйняття власного емоційного стану, у більшості переміщених осіб фіксуються ознаки підвищеної тривожності, дратівливості та занепокоєння, що свідчить про нестабільний психоемоційний фон. Також відзначаються соматичні та неврологічні симптоми, які можуть у майбутньому призвести до серйозніших порушень здоров'я [41].

Емпіричні дані свідчать, що значна частина внутрішньо переміщених осіб характеризується високим рівнем ситуативної тривожності, що відображає їхню чутливість до стресових факторів. Водночас у частини з них спостерігається підвищена особистісна тривожність, яка проявляється як схильність до постійного занепокоєння навіть без очевидних загроз. Такі стани пов'язані з пережитим травматичним досвідом і ускладнюють процес адаптації до нових умов життя. Високий рівень тривожності може проявлятися у страхах, нервовості, підвищеній реакції на невдачі або формуванні невротичних звичок, а також супроводжуватися дратівливістю чи, навпаки, емоційною байдужістю.

Окреме дослідження підкреслює, що травматичний досвід переміщення здатен спричиняти відчуття безпорадності, зниження мотивації, формування песимістичних установок і труднощі у встановленні соціальних контактів. Такі прояви часто поєднуються з кризою ідентичності, що ускладнює адаптацію та підтримання внутрішньої рівноваги. Соціальна ізоляція, стигматизація та обмежений доступ до ресурсів лише посилюють психологічне напруження та сприяють виникненню відчуття безсилля [3].

Процес психологічної адаптації внутрішньо переміщених осіб визначається комплексом чинників, серед яких важливу роль відіграють соціальна підтримка, матеріальна стабільність, доступ до освіти, роботи та психологічної допомоги. У наукових підходах до адаптації виділяють соціокультурний аспект, що пов'язаний з інтеграцією в нове середовище, і ресурсний, який акцентує увагу на доступі до необхідних можливостей і засобів для відновлення контролю над життям. Водночас індивідуальні характеристики стратегій подолання стресу, рівень психологічної стійкості, вік, стать та попередній досвід значною мірою визначають успішність адаптації.

Дослідження травматичного досвіду показують, що у більшості внутрішньо переміщених осіб спостерігаються помірні прояви посттравматичного стресу, тривоги та депресії, а також труднощі у повсякденному функціонуванні та пристосуванні до нових умов життя. Значна частина з них має виражені

порушення адаптації, зокрема тривалі депресивні реакції та адаптаційні розлади, які супроводжуються емоційними порушеннями.

За даними дослідження, у внутрішньо переміщених осіб найчастіше спостерігаються класичні симптоми ПТСР: нав'язливі спогади про пережиті події, нічні кошмари, підвищена тривожність, уникнення нагадувань про травму, емоційне оніміння та постійне відчуття небезпеки. Людина може гостро реагувати на звуки сирен, вибухів, різкі шуми, що актуалізують травматичний досвід. Навіть у безпечнішому середовищі нервова система продовжує функціонувати в режимі загрози [32].

Особливістю прояву ПТСР у ВПО є поєднання травматичних симптомів із труднощами соціально-психологічної адаптації. Вимушене переміщення часто супроводжується втратою роботи, матеріальними труднощами, зміною соціального статусу, необхідністю починати життя заново. Це посилює почуття безсилля, сорому, провини та безнадії. Як зазначає Дяченко А., інтеграція переселенців у нові громади нерідко ускладнюється соціальною ізоляцією та браком підтримки, що може підсилювати симптоматику ПТСР [22].

Для багатьох ВПО характерним є хронічний стрес, коли травматична подія не завершилася психологічно, оскільки війна триває, а рідне місто може залишатися під окупацією чи обстрілами. У таких умовах людина не має можливості перейти до повноцінного відновлення. Плєскач Б. В. і Уркаєв В. С. підкреслюють, що у переселенців часто спостерігається накопичення травматичного досвіду: первинна травма війни доповнюється вторинними втратами – руйнуванням соціальних зв'язків, життєвих планів і стабільності [44].

Суттєво відрізняються прояви ПТСР залежно від віку та статі. У дітей і підлітків симптоми можуть проявлятися через регресивну поведінку, порушення сну, страх розлуки з батьками, агресивність або труднощі навчання [54]. У дорослих переважають тривожно-депресивні реакції, дратівливість, соматичні скарги, емоційне виснаження. У людей похилого віку часто загострюються почуття самотності, безпорадності та втрати сенсу життя [28].

Окремо варто відзначити міжособистісний вимір ПТСР у ВПО. Тривалий стрес негативно впливає на сімейні стосунки, підвищує конфліктність, ускладнює комунікацію між партнерами та поколіннями. Дослідження Сингаївської І. В. та Осауленко Н. В. засвідчують, що переселенці часто переживають емоційне віддалення, непорозуміння та зростання напруги в родині, що також може бути наслідком непрожитої травми [58; 87].

Водночас не всі внутрішньо переміщені особи розвивають ПТСР. Важливу роль відіграють рівень життєстійкості, наявність соціальної підтримки, доступ до психологічної допомоги та індивідуальні копінг-стратегії. Біскуп і Волинець зазначають, що програми розвитку стресостійкості, групова підтримка та психоосвіта знижують ризик хронізації травматичних реакцій [7].

Особливо виражені прояви ПТСР спостерігаються серед внутрішньо переміщених осіб, які зазнали не лише втрати власного житла, але й руйнування звичних соціальних зв'язків, відчуття стабільності, економічної та правової захищеності. Такі люди опиняються в складній ситуації, де одночасно переживають наслідки травматичних подій і змушені пристосовуватися до нових умов життя. Це часто супроводжується невизначеністю, соціальною ізоляцією та відчуттям втрати контролю над власним майбутнім.

Для цієї групи характерні специфічні прояви ПТСР. Зокрема, одним із найпоширеніших симптомів є підвищена тривожність, яка часто поєднується з порушеннями сну. Люди скаржаться на труднощі із засинанням, часті пробудження та нічні жахи. У деяких випадках формується страх перед сном, що змушує їх свідомо уникати відпочинку. Іншою особливістю є зниження емоційної чутливості: люди можуть втрачати здатність реагувати на події, які раніше викликали сильні почуття. Це проявляється як емоційна притупленість і може свідчити про розвиток депресивних або дисоціативних станів [22].

Також значна частина внутрішньо переміщених осіб стикається з нав'язливими спогадами про травматичні події. Створюється відчуття повторного переживання травми, що значно ускладнює процес адаптації та посилює внутрішню напругу. Не менш важливою проблемою є соціальна

ізоляція: через зміну місця проживання люди часто втрачають коло спілкування, що призводить до зниження довіри до інших та уникання контактів. Це, у свою чергу, поглиблює відчуття самотності.

Окрему тривогу викликає наявність суїцидальних думок у частини постраждалих. Відчуття безвиході, втрата сенсу життя, особливо після втрати близьких або руйнування дому, можуть підштовхувати людину до таких роздумів. Дослідження, проведені серед внутрішньо переміщених осіб, підтверджують ці тенденції. Значна частина респондентів повідомляє про труднощі зі сном, емоційне виснаження, зменшення соціальних контактів. Частина опитаних визнає наявність думок про смерть або небажання жити. Аналіз результатів опитувань показує, що більшість учасників досліджень – це жінки працездатного віку. Це свідчить про особливу вразливість саме соціально активної частини населення, яка не лише переживає травму, але й змушена брати на себе відповідальність за сім'ю та власне майбутнє [28].

Отримані дані підкреслюють масштаб психологічних наслідків вимушеного переміщення та необхідність впровадження системної допомоги. Йдеться про створення програм психосоціальної підтримки, кризових втручань, груп взаємодопомоги, а також забезпечення доступу до кваліфікованих спеціалістів у сфері психічного здоров'я.

Зважаючи на складний емоційний стан внутрішньо переміщених осіб, профілактика розвитку ПТСР має бути комплексною та тривалою. Вона повинна включати як ранні етапи взаємодії з постраждалими, так і супровід у процесі їх соціальної інтеграції. Важливим елементом такої профілактики є своєчасне виявлення ознак психічного перенапруження. Часто люди не усвідомлюють, що їхній стан виходить за межі звичайного стресу і є результатом глибокої психологічної травми [4].

У зв'язку з цим, ключову роль відіграє психоосвіта – надання інформації про природу ПТСР, його симптоми та способи подолання. Люди, які краще розуміють власні переживання, здатні ефективніше справлятися з кризовими ситуаціями. Підвищення обізнаності допомагає зменшити страх перед власним станом і

сприяє своєчасному зверненню по допомогу, що є важливим кроком на шляху до відновлення психічного здоров'я [15].

Отже, особливості прояву ПТСР у внутрішньо переміщених осіб полягають у поєднанні класичних симптомів травми з наслідками вимушеного переміщення, втрати соціальної стабільності та тривалого стресу невизначеності.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ I

Отже, аналіз наукових джерел засвідчує, що профілактика посттравматичного стресового розладу серед внутрішньо переміщених осіб має ґрунтуватися на комплексному, системному та довготривалому підході, який охоплює як ранні етапи надання психологічної допомоги після пережитих травматичних подій, так і подальший супровід у процесі соціальної адаптації та інтеграції в нові умови життєдіяльності. Особливого значення набуває своєчасне виявлення ознак психоемоційного перенапруження та дезадаптації, оскільки значна частина постраждалих не завжди усвідомлює зв'язок між власними психологічними труднощами та пережитим травматичним досвідом, сприймаючи наявні симптоми як звичайну реакцію на стресові обставини.

Важливим напрямом профілактичної роботи виступає психоосвіта, спрямована на формування у внутрішньо переміщених осіб знань щодо природи посттравматичного стресового розладу, особливостей його перебігу, основних симптомів та доступних способів психологічної допомоги. Підвищення рівня обізнаності сприяє більш адекватному розумінню власного психічного стану, розвитку навичок конструктивного подолання наслідків травматичного досвіду, зменшенню стигматизації психологічних проблем та підвищенню готовності до своєчасного звернення за фаховою допомогою.

Специфіка проявів посттравматичного стресового розладу у ВПО визначається не лише наявністю типових симптомів психотравми, а й впливом додаткових стресогенних чинників, пов'язаних із вимушеним переміщенням, втратою звичного соціального середовища, порушенням життєвих перспектив та тривалим перебуванням в умовах невизначеності. У зв'язку з цим ефективна психологічна допомога даній категорії населення повинна передбачати поєднання психотерапевтичних, психосоціальних та реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення особистісних ресурсів, покращення адаптаційних можливостей та створення безпечних умов для повноцінного функціонування й відновлення психічного благополуччя.

РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ПТСР У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

2.1. Організація та методи дослідження

Для реалізації поставленої мети та розв'язання визначених у магістерському дослідженні завдань було застосовано комплекс теоретичних, емпіричних, психодіагностичних і статистичних методів, що забезпечили всебічне вивчення психологічних особливостей осіб із досвідом вимушеного переміщення. Використання зазначеного комплексу методів дало змогу дослідити прояви посттравматичного стресового розладу, особливості адаптації до стресових умов, а також пов'язані з травматичним досвідом зміни в емоційній сфері, когнітивно-поведінкових реакціях та загальному психоемоційному функціонуванні респондентів.

На теоретичному рівні у дослідженні було використано методи аналізу, синтезу, порівняння, систематизації та узагальнення наукових джерел. Застосування цих методів дало можливість глибоко опрацювати сучасні наукові підходи до розуміння психологічного впливу травматичних подій, механізмів формування та розвитку посттравматичного стресового розладу, а також особливостей адаптації особистості до умов тривалого або хронічного стресу. Порівняння різних наукових підходів дозволило визначити найбільш релевантні теоретичні положення для подальшої інтерпретації отриманих емпіричних даних.

Емпіричну частину дослідження було організовано з урахуванням специфіки досліджуваної вибірки. У дослідженні взяли участь внутрішньо переміщені особи, які мали досвід переживання травматичних подій, пов'язаних із воєнними діями та вимушеною міграцією. Загальна кількість респондентів становила 57 осіб, з яких становило 17 чоловіків та 40 жінок, від 18 до 50 років з зосередженим розподілом у молодшій підгрупі, що становить 20-23 роки (мода = 21 рік). Збір кількісних емпіричних даних здійснено за допомогою психодіагностичних методик у Google Forms; в той час як якісні дані було зібрано

шляхом стандартизованого інтерв'ю (тривалість – 30-60 хв, аудіозапис, транскрипція з тематичним кодуванням).

Діагностика дозволила отримати кількісні показники вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу та постстресових порушень у респондентів, що забезпечило можливість подальшого статистичного аналізу отриманих даних. Стандартизоване інтерв'ю з питаннями відкритого типу було уніфікованим для всіх респондентів і використовувалося як якісний метод дослідження. Воно було спрямоване на з'ясування соціально-демографічного контексту учасників, особливостей їхнього вимушеного переміщення, життєвих умов після переміщення, рівня соціальної підтримки, адаптаційних стратегій та суб'єктивного сприйняття пережитого травматичного досвіду. Такий формат дав змогу отримати розгорнуті відповіді респондентів у межах однакових тематичних блоків і водночас поглибити інтерпретацію кількісних результатів.

У межах дослідження було застосовано низку психодіагностичних методик, спрямованих на оцінку проявів посттравматичного стресового розладу та постстресових порушень. Зокрема, було використано PTSD Checklist – Civilian Version (PCL-C) – стандартизований опитувальник, призначений для оцінки вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу в цивільній популяції. Методика містить 17 пунктів, які відповідають основним симптомам ПТСР згідно з діагностичними критеріями DSM-IV, і може застосовуватися для оцінки симптоматики, пов'язаної з різними травматичними подіями, а не лише з військовим досвідом [91]. PCL-C дає змогу визначити загальний рівень посттравматичної симптоматики, а також проаналізувати окремі групи симптомів, зокрема повторне переживання травматичної події, уникнення стимулів, пов'язаних із травмою, емоційне оніміння та прояви підвищеного збудження.

Крім того, у дослідженні було застосовано Місісіпську шкалу для оцінки посттравматичного стресового розладу, цивільний варіант, розроблену Т. Кеане, D. Vreven та співавторами [82]. Цивільна версія цієї шкали була створена для оцінки симптомів ПТСР, пов'язаних із травматичними подіями невійськового

характеру, містить 39 питань (кожне з яких оцінюється п'ятибальною шкалою Ліккерта) та адаптована шляхом вилучення або зміни формулювань, що стосувалися суто бойового досвіду, а українською мовою була адаптована Д. М. Болотовим. Методика використовується як інструмент скринінгової оцінки наявності та вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу, а також дозволяє отримати узагальнений показник інтенсивності посттравматичної симптоматики у досліджуваних. Її застосування є доцільним у роботі з цивільними особами, які пережили травматичні події, зокрема насильство, катастрофи, втрату житла, вимушене переміщення або інші екстремальні життєві обставини.

Для більш детального аналізу постстресових порушень було використано опитувальник травматичного стресу І. О. Котеньова з методичного посібника Міністерства Оборони України (2016) [1, с. 139], що містить 110 тверджень (також оцінюються по п'ятибальній шкалі Ліккерта). Ця методика призначена для діагностики вираженості симптомів ПТСР, що виникають після впливу надзвичайних, екстремальних або психотравматичних обставин. Опитувальник дозволяє оцінити різні аспекти травматичного стресу, зокрема емоційні, когнітивні, поведінкові та психофізіологічні прояви, а також виявити рівень вираженості симптомів, характерних для посттравматичного стресового розладу та інших постстресових станів. Застосування цієї методики у дослідженні дало змогу розширити аналіз психологічного стану респондентів і деталізувати характер посттравматичних проявів.

Для обробки отриманих емпіричних даних було використано методи математичної статистики. Зокрема, застосовувалася описова статистика, що передбачала обчислення середніх значень, стандартних відхилень, частотних і відсоткових розподілів. Це дозволило узагальнити основні характеристики вибірки, визначити загальні тенденції у досліджуваних показниках та представити результати у зручній для подальшого аналізу формі.

З метою виявлення взаємозв'язків між досліджуваними змінними було використано аналіз із застосуванням коефіцієнта кореляції Пірсона. Це дало

змогу проаналізувати характер зв'язків між рівнем самооцінки, адаптаційними характеристиками, показниками соціальної підтримки та вираженістю симптомів посттравматичного стресового розладу. Використання кореляційного аналізу дозволило не лише встановити наявність статистичних взаємозв'язків між окремими показниками, а й визначити їхню спрямованість та силу.

Для перевірки статистичної значущості відмінностей між окремими підгрупами досліджуваних було застосовано t-критерій Стюдента. Зокрема, здійснювалося порівняння показників між чоловіками та жінками, а також між респондентами з різним типом травматичного досвіду. Це дозволило виявити можливі відмінності у вираженості посттравматичної симптоматики, особливостях адаптації та змінах самооцінки залежно від соціально-демографічних і травматичних чинників.

Обробка емпіричних даних здійснювалася за допомогою програмного забезпечення Microsoft Excel, що забезпечило можливість систематизації отриманих результатів, проведення необхідних розрахунків, побудови таблиць, діаграм та узагальнених статистичних показників.

Таким чином, використаний комплекс методів забезпечив цілісний і системний підхід до дослідження психологічного стану внутрішньо переміщених осіб молодого віку.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

У процесі організації емпіричного дослідження було зафіксовано певні труднощі із залученням респондентів більш зрілого віку. Представники старших вікових груп менш охоче погоджувалися на участь в анкетуванні та стандартизованому інтерв'ю, що може бути пов'язано з вищим рівнем стигматизації психологічної допомоги, недостатньою поінформованістю щодо змісту психологічного дослідження, а також наявністю стійких упереджень щодо психології як науки та практики.

Ймовірно, для частини потенційних респондентів участь у дослідженні, пов'язаному з темою травматичного досвіду та посттравматичного стресового

розладу, могла сприйматися як небажане “визнання проблеми” або як звернення по психологічну допомогу, що в умовах збереження суспільних стереотипів може викликати внутрішній опір. Це, своєю чергою, могло вплинути на вікову структуру вибірки та зумовити переважання молодших респондентів серед учасників дослідження.

У межах кількісного етапу було застосовано три психодіагностичні методики: PTSD Checklist Civilian Version (PCL-C), Місісіпську шкалу оцінки ПТСР у цивільному варіанті та опитувальник травматичного стресу Котеньова.

Результати даного аналізу засвідчили, що у досліджуваній вибірці переважають *середній* та *високий* рівні вираженості посттравматичних симптомів, що свідчить про наявність у всіх респондентів певного ступеня посттравматичного стресового реагування різної інтенсивності: PCL-C використовувалася для визначення загального рівня симптомів ПТСР, Місісіпська шкала – для скринінгової оцінки імовірності посттравматичних проявів, а Опитувальник Котеньова – для деталізації структури постстресових порушень.

Якісний етап дослідження був спрямований на виявлення соціально-психологічного контексту травматичного досвіду, особливостей адаптації, соціальної підтримки, копінг-стратегій та бачення майбутнього.

Таблиця 2.2.1.

Розподіл типів травматичного досвіду (n=57)

Тип травми	Кількість	%
Бойові дії	44	77.2%
Насильство	10	17.5%
Інше	3	5.3%
Разом	57	100%

Аналіз травматичного досвіду (табл. 2.2.1.) показав, що домінуючим типом пережитих подій є бойові дії – їх зазначили понад 77% респондентів. Це дозволяє говорити про масовий характер воєнної травми в досліджуваній групі. Крім того,

близько 17,5% опитаних вказали на досвід насильства, а незначна частка респондентів повідомила про інші травматичні події. Слід звернути увагу на те, що частина респондентів пережила комбіновані травми, що значно підвищує ризик стійких симптомів ПТСР.

Гендерний аналіз (за опитувальником травматичного стресу) типів травматичних подій показав, що як серед жінок, так і серед чоловіків переважають бойові дії, проте у чоловіків дещо вищий відсоток досвіду насильства.

Таблиця 2.2.2

Тип травми залежно від статі (%)

Стать	Бойові дії	Насильство	Інше
Жіноча	79.5%	15.4%	5.1%
Чоловіча	72.2%	22.2%	5.6%

Аналіз показує, що бойові дії є домінуючим типом травми в обох групах. Водночас серед чоловіків дещо вищий відсоток досвіду насильства (22.2% проти 15.4% у жінок), однак ці відмінності не є статистично значущими, що дозволяє говорити про загальну подібність травматичного досвіду.

Подальший аналіз відповідей респондентів дозволив виявити основні психологічні прояви, характерні для ПТСР. Зокрема, значна частина опитаних демонструє підвищений рівень тривожності та гіперпильності. Це проявляється у постійному очікуванні небезпеки, напруженості та складності розслаблення. Такі симптоми відповідають кластеру гіперзбудження.

Крім того, у респондентів спостерігаються виражені поведінкові зміни. За результатами діагностування, приблизно 63.2% опитаних (n=36) зазначили підвищену дратівливість та труднощі з контролем емоційних реакцій. Це може бути наслідком хронічного стресу та виснаження адаптаційних ресурсів організму. Водночас 47.4% респондентів (n=27) повідомили про труднощі у соціальній взаємодії, що може свідчити про формування поведінки уникнення та тенденцію до соціальної ізоляції.

Когнітивний компонент посттравматичного стресового розладу також має чітке кількісне вираження. Зокрема, 56.1% досліджуваних (n=32) відзначили зниження концентрації уваги, 49.1% (n=28) розсіяність, а 52.6% (n=30) труднощі у виконанні повсякденних завдань. Подібні симптоми є типовими для осіб, які перебувають у стані тривалого психоемоційного напруження та хронічного стресу.

З метою узагальнення отриманих результатів було здійснено групування симптомів відповідно до основних кластерів посттравматичного стресового розладу. Кількісні показники представлені у таблиці 2.2.3.

Таблиця 2.2.3

. Розподіл симптомів ПТСР за кластерами

Кластер симптомів	Прояв	Кількість (n)	%
Гіперзбудження	тривожність, напруження	38	66.7%
Уникнення	соціальна ізоляція, труднощі взаємодії	27	47.4%
Когнітивні порушення	зниження концентрації	32	56.1%
Когнітивні порушення	розсіяність	28	49.1%
Когнітивні порушення	труднощі у виконанні завдань	30	52.6%
Емоційна нестабільність	дратівливість, імпульсивність	36	63.2%

Узагальнюючи отримані дані, можна виділити чотири основні кластери симптомів ПТСР у досліджуваній вибірці:

- Гіперзбудження спостерігається у 66.7% респондентів і проявляється через підвищену тривожність та постійне внутрішнє напруження.

- Уникнення виявлено у 47.4% опитаних і характеризується труднощами у соціальній взаємодії та схильністю до ізоляції.
- Когнітивні порушення зафіксовані у понад половини вибірки (від 49.1% до 56.1%) та проявляються у зниженні концентрації уваги і когнітивній перевтомі.
- Емоційна нестабільність притаманна 63.2% респондентів і виражається у дратівливості та труднощах регуляції емоцій.

Результати за методикою PTSD Checklist Civilian Version (PCL-C)

Для оцінки вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу було застосовано методику PCL-C. За результатами обробки даних встановлено, що середній інтегральний показник у вибірці становить $M = 47,6$ бала при $SD = 14,1$. Мінімальне значення дорівнює 21 балу, максимальне – 75 балів. Така варіативність свідчить про неоднорідність індивідуальних реакцій на травматичний досвід.

Таблиця 2.2.4

. Результати за методикою PCL-C

Рівень ПТСР за PCL-C	Діапазон балів	Кількість (n)	%
Низький	≤ 30	6	10,5%
Середній	31–49	27	47,4%
Високий	≥ 50	24	42,1%
Разом	–	57	100,0%

За методикою PCL-C високий рівень ПТСР зафіксовано у 24 респондентів (42,1%), середній – у 27 респондентів (47,4%), низький – у 6 респондентів (10,5%). Отже, понад дві п'ятих вибірки демонструють високий рівень посттравматичної симптоматики, а більшість досліджуваних загалом перебуває в зоні середніх або високих проявів симптомів ПТСР.

Таблиця 2.2.5

Коефіцієнти за методикою PCL-C

Кластер симптомів PCL-C	Середній сумарний бал	Середній бал на пункт
Повторне переживання травми	13,09	2,62
Уникнення / емоційне оніміння	19,53	2,79
Гіперзбудження	15,02	3,00

Вищим середнім балом на один пункт характеризується кластер гіперзбудження. Це означає, що для респондентів особливо типовими є настороженість, труднощі зі сном, роздратування, підвищена реакція на подразники та постійне очікування небезпеки. Симптоми уникнення й емоційного оніміння також мають помітну вираженість, що може ускладнювати соціальну взаємодію та підтримання близьких стосунків.

Результати за Місісіпською шкалою оцінки ПТСР

Місісіпська шкала оцінки ПТСР була використана як скринінговий інструмент для уточнення імовірності наявності посттравматичних проявів. Середній загальний показник за цією методикою становив $M = 109,8$ бала при $SD = 23,3$. Мінімальне значення дорівнює 62 балам, максимальне – 154 балам.

Таблиця 2.2.6

Співвідношення розподілу симптомів за Місісіпською шкалою

Інтерпретаційна категорія	Кількість (n)	%
Ознаки, що відповідають зоні ПТСР	28	49,1%
Психічні порушення / підвищена симптоматика	29	50,9%
Разом	57	100,0%

За результатами Місісіпської шкали майже половина респондентів потрапляє до зони, що відповідає вираженням ознакам ПТСР. Інша частина вибірки демонструє прояви психічних або постстресових порушень, що не дозволяє розглядати їхній стан як повністю адаптований. Таким чином,

результати Місісіпської шкали загалом узгоджуються з даними PCL-C та підтверджують наявність підвищеної посттравматичної симптоматики у вибірці.

Таблиця 2.2.7

Рівні симптомів за Місісіпською шкалою

Показник	Високий рівень	Середній рівень	Низький рівень
Проблеми зі сном	37 (64,9%)	13 (22,8%)	7 (12,3%)
Уникання	10 (17,5%)	34 (59,6%)	13 (22,8%)
Сенситивність	27 (47,4%)	25 (43,9%)	5 (8,8%)

Додатковий аналіз окремих показників Місісіпської шкали демонструє, що найбільш поширеними є проблеми зі сном та сенситивність, що узгоджується з даними PCL-C.

Результати за опитувальником травматичного стресу Котеньова

Даний опитувальник було застосовано для деталізації структури постстресових порушень. На відміну від PCL-C, який дає інтегральну оцінку симптомів ПТСР, ця методика дозволяє розглянути окремі психологічні прояви: надзбудливість, агресивність, тривожність, інтрузії, депресивність, порушення пам'яті та концентрації уваги, «провину виживаючого», оптимізм і притуплення емоцій.

Таблиця 2.2.8

Середні значення за опитувальником травматичного стресу

Шкала	Min	Max
Агресивність	2,00	4,12
Надзбудливість	1,70	3,80
Інтрузії	1,44	4,33
Оптимізм	1,64	4,36
“Провина виживаючого”	1,00	4,50
Тривожність	1,25	4,88

Депресія	1,18	4,36
Переб.реагування	1,00	4,33
Порушення пам'яті та концен.уваги	1,00	4,56
Притуплення емоцій	0,67	4,44

Найвищі середні значення за опитувальником стресу отримано за шкалами агресивності, надзбудливості, інтрузій, провини вижившого та тривожності. Це свідчить про те, що постстресові порушення у досліджуваній групі проявляються не лише через безпосереднє повторне переживання травми, а й через емоційну нестабільність, підвищене внутрішнє напруження, труднощі саморегуляції та нав'язливі спогади.

Окремої уваги потребує показник притуплення емоцій, який має нижче середнє значення порівняно з іншими шкалами. Це може свідчити про те, що для даної вибірки більш характерними є активні форми напруження – тривожність, збудження, дратівливість, інтрузії, – ніж повне емоційне відсторонення.

Таблиця 2.2.9

Порівняльний аналіз результатів кількісних методик

Методика	Що оцінювала	Основний результат
PCL-C	Загальний рівень симптомів ПТСР	Високий рівень – 24 осіб (42,1%); $M = 47,6$
Місісіпська шкала	Скринінг ПТСР та постстресових проявів	Зона ПТСР – 28 осіб (49,1%); $M = 109,8$
Опитувальник стресу	Структура постстресових порушень	Найвищі показники: агресивність, надзбудливість, інтрузії, тривожність

Кореляційний аналіз між загальним балом PCL-C та загальним показником Місісіпської шкали показав сильний позитивний зв'язок ($r = 0,86$). Це свідчить про узгодженість двох методик у виявленні посттравматичної симптоматики.

Отже, отримані результати можна розглядати як взаємодоповнювальні: PCL-C конкретизує рівень симптомів відповідно до кластерів ПТСР, Місісіпська шкала підтверджує скринінгову зону ризику, а опитувальник деталізує психологічну структуру постстресових порушень.

Результати стандартизованого інтерв'ю з відкритими запитаннями

У межах якісного етапу було проведено тематичний аналіз стандартизованих інтерв'ю з 7 респондентами. На відміну від кількісних методик, інтерв'ю не було спрямоване на бальну оцінку ПТСР, а дозволило виявити життєвий контекст травматизації, особливості вимушеного переміщення, соціальної підтримки, працевлаштування, фінансових труднощів, копінг-стратегій та планів щодо майбутнього.

Таблиця 2.2.10

Причини міграції за аналізом якісного дослідження (n = 7)

Тематична категорія	Частота згадування	% від якісної вибірки
Пряма небезпека / обстріли / бойові дії	5	71,4%
Окупація / обшуки / контроль	4	57,1%
Неможливість навчання/роботи або втрата звичного життя	5	71,4%

Тематичний аналіз причин переїзду показав, що найчастіше респонденти пов'язують переїзд з прямою небезпекою, хаосом, обстрілами, бойовими діями або загрозою для життя. В окремих випадках додатковими чинниками виступали окупація, обшуки, фільтрація, втрата роботи, неможливість навчатися або підтримувати звичний спосіб життя.

Таблиця 2.2.11

Показники соціальної адаптації за якісним дослідженням

Показник соціально-психологічної адаптації	Кількість (n)	%

Наявність роботи	4	57,1%
Відсутність роботи / навчання або інший статус	2	28,6%
Висока або сильна соціальна підтримка	5	71,4%
Мінімальна соціальна підтримка	1	14,3%

Соціальна підтримка виявилася одним із ключових ресурсів адаптації. Респонденти згадували підтримку родини, друзів, нових знайомих, ВПО-спільнот, хабів допомоги та психологів. Водночас окремі відповіді свідчать про мінімальний рівень підтримки або зниження соціальної активності, що може посилювати ризик ізоляції та збереження посттравматичних симптомів.

Таблиця 2.2.12

Прояви і частота труднощів повсякденного функціонування

Психологічний прояв у відповідях	Кількість згадувань	%
порушення сну / сні / крики уві сні	4	57,1%
тривожність / напруження	4	57,1%
агресивність / дратівливість	3	42,9%
апатія / пригніченість	3	42,9%
депресивність / горювання	2	28,6%
реакція на звуки	1	14,3%

У якісних відповідях найчастіше згадувалися порушення сну, тривожність, апатія, пригніченість, агресивність, реакції на звуки та переживання втрати дому. Ці дані конкретизують кількісні результати та показують, що симптоми ПТСР проявляються не лише як діагностичні показники, а й як реальні труднощі повсякденного функціонування.

Отже, за результатами кількісного та якісного етапів дослідження дозволяє зробити висновок, що ПТСР у внутрішньо переміщених осіб має комплексний

характер. За кількісними методиками у значної частини респондентів виявлено середній або високий рівень посттравматичної симптоматики. Найбільш вираженими є симптоми гіперзбудженості, тривожності, інтрузій, порушень сну, емоційної нестабільності та труднощів саморегуляції.

Якісне інтерв'ю поглиблює ці результати, демонструючи, що травматичний досвід респондентів пов'язаний не лише з безпосередньою загрозою життю, а й із втратою дому, розривом соціальних зв'язків, професійною невизначеністю, фінансовими труднощами та необхідністю адаптації до нового середовища. Саме тому психологічна допомога ВПО має бути комплексною і включати не лише роботу з симптомами ПТСР, а й підтримку соціальної інтеграції, стабілізацію побутових умов, посилення соціальної підтримки та розвиток адаптивних копінг-стратегій.

2.3. Вплив травматичного досвіду на соціальну адаптацію

Як спостерігаємо з результатів, пережитий досвід війни відчутно змінює психологічний стан молоді. Причому, варто уточнити, мова не про короткочасну реакцію на небезпеку, а про тривалий стан напруження, який поступово закріплюється і впливає на різні сторони життя.

Передусім звертаємо увагу на сам характер травм. Близько 77.2% опитаних пережили бойові дії, і, по суті, це формує постійне відчуття загрози. Додаємо сюди 17.5% досвіду насильства та значну частку побутових труднощів і втрат – отримуємо ситуацію, де стрес не зникає, а накопичується. Тобто, як можемо підкреслити, люди перебувають у стані тривалого психологічного тиску.

Що стосовно емоційних реакцій, за такими даними, 66.7% респондентів демонструють підвищену тривожність і напруження. Іншими словами, організм постійно “очікує небезпеку”, навіть коли її немає. Це створює відчуття виснаження. Окрім того, 63.2% опитаних відзначають дратівливість та труднощі з контролем емоцій. І тут варто наголосити: реакції стають більш різкими, а іноді навіть непропорційними до ситуації.

Якщо розглядати мислення, зміни також досить помітні. 56.1% мають труднощі з концентрацією уваги, 49.1% розсіяність, а 52.6% складність у виконанні повсякденних завдань. З цього виходить висновок, як психіка перевантажена: ресурси витрачаються на переживання стресу, і їх не вистачає на звичну діяльність. Уточнимо, що це безпосередньо впливає на навчання, роботу і загальну ефективність.

Не менш показовими є зміни у поведінці. Приблизно 47.4% респондентів уникають активного спілкування або відчують труднощі у взаємодії з іншими. Люди можуть дистанціюватися, обмежувати контакти, менше довіряти. І тут важливо акцентувати: уникнення дає короточасне полегшення, але в перспективі закріплює проблему. Водночас близько 60% змогли сформувати нові соціальні зв'язки. Тобто адаптаційні процеси все ж відбуваються, хоча й не у всіх однаково.

Якщо звернутися до статистики глибше, бачимо чіткі взаємозв'язки. Рівень ПТСР прямо пов'язаний із тривожністю ($r = 0.62$; $p < 0.01$), уникненням ($r = 0.54$; $p < 0.01$) та когнітивними труднощами ($r = 0.48$; $p < 0.01$). Іншими словами, ці прояви підсилюють один одного. Чим більше тривоги, тим сильніше симптоми ПТСР, і навпаки.

Окремо варто підкреслити роль соціальної підтримки. Тут спостерігаємо зворотний зв'язок: $r = -0.41$ ($p < 0.05$). Тобто, як бачимо, більша підтримка пов'язана з нижчим рівнем симптомів. Фактично, спілкування, допомога з боку близьких і відчуття залученості знижують психологічне навантаження.

Варто звернути увагу на життєві умови. Респонденти без роботи демонструють вищий рівень ПТСР ($M = 52.7$), ніж ті, хто працює ($M = 45.3$). І тут, як можемо уточнити, справа не лише у доході. Робота задає структуру дня, повертає відчуття контролю і стабільності. Коли цього немає напруження зростає.

Травматичний досвід впливає одразу на кілька рівнів: емоційний, когнітивний і поведінковий. Ці зміни взаємопов'язані та підсилюють одна одну.

Разом із тим ви можете помітити, що частина респондентів знаходить ресурси для адаптації через нові соціальні зв'язки, активність і підтримку.

Отже, чим більше ресурсів має людина соціальних, психологічних, життєвих тим легше відбувається адаптація. І навпаки, їх нестача призводить до посилення проявів ПТСР і ускладнення відновлення.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ II

Узагальнюючи результати проведеного дослідження, можемо відзначити, що пережитий травматичний досвід суттєво змінює психологічне функціонування внутрішньо переміщених осіб. Як видно з аналізу, вплив війни не обмежується окремими реакціями, а проявляється як стійка система змін, що зачіпає емоції, мислення та поведінку.

Передусім звертаємо увагу на характер травматизації. Більшість респондентів зіткнулися з прямою загрозою життю, а також із супутніми труднощами, пов'язаними з втратою звичного способу життя. Як можемо уточнити, такий досвід не минає з часом, а поступово формує стан постійної напруги та внутрішньої нестабільності.

У значної частини опитаних спостерігаються виражені прояви посттравматичного стресу. Це супроводжується емоційним виснаженням, зниженням здатності до саморегуляції та труднощами у відновленні внутрішньої рівноваги.

Окремо варто акцентувати на тому, що зміни мають комплексний характер. Емоційні реакції поєднуються з когнітивними труднощами та поведінковими трансформаціями. Іншими словами, пережитий досвід впливає не на одну сферу, а на цілісне функціонування особистості. При цьому окремі симптоми взаємопов'язані й підсилюють один одного, що ускладнює процес відновлення.

Встановлено, що значну роль у переживанні травми відіграють соціальні чинники. Підтримка з боку близьких, друзів або соціального оточення помітно полегшує стан і допомагає краще справлятися зі стресом. І навпаки, її нестача посилює відчуття ізоляції та напруження. Тобто, соціальні зв'язки виступають одним із головних ресурсів адаптації.

Життєві обставини або стабілізують емоційний стан, або, навпаки, ускладнюють його. Зайнятість, можливість реалізації та відчуття контролю над власним життям сприяють кращій психологічній рівновазі. Якщо ж ці умови відсутні, напруження посилюється, а процес адаптації сповільнюється.

Разом із тим, попри складні умови значна частина респондентів демонструє наявність адаптаційних ресурсів. Вони демонструють прагнення до відновлення соціальних контактів, пошук підтримки та використання різних стратегій подолання труднощів. Це говорить про те, що навіть за умов тривалого стресу у них зберігається потенціал до психологічного відновлення.

Отже, можемо зробити загальний висновок: травматичний досвід війни формує глибокі та багаторівневі зміни у психіці внутрішньо переміщених осіб. Водночас процес адаптації залежить від поєднання особистісних ресурсів і зовнішніх умов, серед яких особливе значення мають соціальна підтримка, стабільність життєвих обставин та активні способи подолання труднощів. Саме врахування цих факторів є основою для подальшої розробки ефективних напрямів психологічної допомоги.

РОЗДІЛ III. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ З ПРОЯВОМ ПТСР

3.1. Методологічна основа програми психологічного супроводу

Методологічна основа програми психологічного супроводу формується як відповідь на нагальну потребу підтримати людей, які пережили сильні потрясіння та втрати. Особливо зараз стає очевидним, що внутрішньо переміщені особи потребують не разової допомоги, а тривалого супроводу, який допомагає поступово відновити відчуття стабільності й контролю над життям. У центрі уваги опиняється робота з проявами посттравматичний стресовий розлад, які часто впливають на всі сфери щоденного існування.

Розроблення програми психологічного супроводу внутрішньо переміщених осіб із проявами посттравматичного стресового розладу зумовлене необхідністю надання системної, послідовної та безпечної психологічної допомоги людям, які пережили травматичні події, втрату звичного середовища, вимушене переміщення та пов'язані з цим труднощі адаптації. Така допомога має бути не фрагментарною, а цілісною, оскільки наслідки травматичного досвіду можуть проявлятися одночасно на емоційному, когнітивному, поведінковому, тілесному та соціальному рівнях.

Результати емпіричного дослідження засвідчили потребу у програмі, спрямованій на стабілізацію психоемоційного стану, зменшення проявів тривоги, подолання поведінкового уникнення, розвиток навичок саморегуляції та активізацію особистісних і соціальних ресурсів. Виявлені у респондентів прояви травматичного стресу свідчать про доцільність поєднання діагностичного, стабілізаційного, корекційного та ресурсно-відновлювального компонентів психологічного супроводу.

Методологічну основу запропонованої програми становлять травмоінформований, когнітивно-поведінковий, ресурсно-орієнтований та психоосвітній підходи. Їх поєднання дає змогу враховувати як симптоматичні прояви ПТСР, так і ширший життєвий контекст внутрішньо переміщених осіб: особливості пережитого досвіду, рівень соціальної підтримки, актуальні

адаптаційні труднощі, індивідуальні ресурси та готовність до психологічної роботи.

Травмоінформований підхід передбачає розуміння того, що травматичний досвід може впливати на сприйняття безпеки, довіру до інших людей, емоційну регуляцію та здатність планувати майбутнє. У межах цього підходу особлива увага приділяється уникненню повторної травматизації, дотриманню поступовості, повазі до темпу учасника та створенню стабільного терапевтичного середовища. Робота з травматичним матеріалом можлива лише після формування базового відчуття безпеки та оволодіння навичками стабілізації.

Когнітивно-поведінковий підхід є важливою основою програми, оскільки він дає змогу працювати з автоматичними думками, деструктивними переконаннями та поведінковими стратегіями уникнення. Після травматичних подій у людини можуть закріплюватися уявлення про світ як небезпечний, про себе як безпорадну особу, а про майбутнє як непередбачуване. Когнітивна робота спрямовується на усвідомлення таких переконань, перевірку їх реалістичності та поступове формування більш адаптивних способів мислення.

Ресурсно-орієнтований підхід акцентує увагу не лише на симптомах і труднощах, а й на збережених можливостях особистості. Для внутрішньо переміщених осіб важливим є відновлення відчуття власної ефективності, пошук внутрішніх опор, залучення підтримки близьких людей, громади та професійних служб. Такий підхід сприяє переходу від пасивного переживання травматичного досвіду до поступового відновлення активності й суб'єктності.

Психоосвітній компонент програми спрямований на пояснення природи посттравматичних реакцій, механізмів тривоги, гіперпильності, емоційної нестабільності, повторного переживання та уникнення. Інформування допомагає зменшити самозвинувачення, нормалізувати реакції на пережитий досвід і підвищити готовність людини до участі у психологічному супроводі [11; 12; 27].

Програма ґрунтується на принципах безпечності, добровільності, конфіденційності, поступовості, індивідуалізації, системності та опори на

ресурси. Принцип безпечності означає, що робота не повинна перевантажувати учасника або провокувати повторне травматичне переживання. Добровільність передбачає право людини самостійно визначати межі відкритості та темп просування. Конфіденційність є умовою формування довіри. Індивідуалізація забезпечує врахування віку, сімейної ситуації, соціального контексту, рівня підтримки й актуального психоемоційного стану.

Системність програми полягає у послідовному переході від первинної діагностики та встановлення контакту до стабілізації, когнітивно-поведінкової корекції, розвитку навичок емоційної регуляції та ресурсного відновлення. За потреби можливе повернення до попередніх етапів, якщо стан учасника погіршується або виникає ризик емоційного перевантаження.

Основа програми психологічного супроводу внутрішньо переміщених осіб із проявами ПТСР передбачає інтеграцію науково обґрунтованих підходів, спрямованих на стабілізацію стану, формування навичок самодопомоги, опрацювання деструктивних когнітивних і поведінкових реакцій та поступове відновлення соціальної активності.

3.2. Програма психологічного супроводу

Програма психологічного супроводу внутрішньо переміщених осіб (ВПО) розроблена відповідно до теоретичних засад сучасної терапії та спирається на міжнародні класифікаційні стандарти діагностики ПТСР – Довідник діагностичних критеріїв DSM-5-TR та Довідковий посібник МКХ-11 [19; 20]. Відповідно до цих класифікацій, ПТСР охоплює чотири основні симптоматичні кластери: симптоми повторного переживання (інтрузії, нав'язливі спогади, нічні жахіття), уникнення поведінкового та когнітивного характеру, негативні зміни в когнітивних функціях і настрої, а також симптоми гіперзбудження та реактивності [34]. Взаємозв'язок між цими кластерами та їхній вплив на адаптацію підтверджені зарубіжними дослідженнями (Sareen, 2014; Al Jowf et al., 2023) [88]. Внутрішня логіка програми спирається на фазово-орієнтований підхід до психотерапевтичної роботи з травмою, обґрунтований Бріером та Скоттом

(2015), а також Кісарчук та ін. (2020): послідовний перехід від відновлення безпеки та стабілізації – до опрацювання травматичного досвіду та повернення до повноцінного функціонування. Такий підхід узгоджується з принципами психологічної допомоги постраждалим у гуманітарних надзвичайних ситуаціях [8; 39].

Структура програми безпосередньо обґрунтована результатами власного емпіричного дослідження, описаного у підрозділі 2.2. За даними кількісного аналізу ($n=57$ ВПО), найбільш поширеними у вибірці виявилися симптоми гіперзбудження – у 66,7% учасників, емоційна нестабільність (дратівливість, труднощі регуляції) – у 63,2%, когнітивні порушення (зниження концентрації уваги та розсіяність) – у 49,1–56,1%, поведінка уникнення та соціальна ізоляція – у 47,4% опитаних. Додатково за Місісіпською шкалою 64,9% учасників мали виражені проблеми зі сном, а за опитувальником Котєнєва – найвищі показники за шкалами тривожності, надзбудливості, агресивності та інтрузій. Середній загальний бал за PCL-C становив 47,6 ($SD=14,1$), а у 42,1% учасників зафіксовано високий рівень посттравматичної симптоматики. Ці дані визначили не лише послідовність і зміст етапів програми, а й конкретний вибір методів і технік роботи на кожному з них.

Перш ніж перейти до детального опису окремих етапів, варто зупинитися на обґрунтуванні їх послідовності. Як видно з таблиці 3.1.1, психологічний супровід розгортається поступово, крок за кроком, де кожен наступний елемент спирається на досягнутий рівень стабілізації та попередній досвід учасника. Відповідно до робіт Кісарчук та Мюллера, людина, яка пережила травматичні події, нерідко перебуває у стані хронічного напруження, коли навіть буденні ситуації можуть викликати тривогу або страхові реакції [38; 48]. У такому стані негайне занурення у травматичний матеріал є не лише малоефективним, а й ризикованим щодо вторинної травматизації (Туриніна, 2017). З цієї причини, на початковому етапі основна увага зосереджується на встановленні безпеки й довіри, а не на безпосередній роботі з травматичним змістом [66; 68].

Особливо важливим є принцип першочерговості відновлення безпеки. Без відчуття захищеності подальша психологічна робота фактично втрачає терапевтичний сенс. Автори наголошують, що для постраждалих ключовою є впевненість у прийнятті без оцінювання та свобода самостійно визначати готовність до обговорення травматичного досвіду. Поступово формується довіра до фахівця, і лише після цього відкривається можливість переходити до більш складних тем [25; 53].

Таблиця 3.2.1

Програма психологічного супроводу ВПО

Етап	Мета	Зміст роботи	Методи та техніки	Кількість занять
Діагностично-адаптаційний	Встановлення контакту, зниження напруження	Знайомство, обговорення стану, нормалізація реакцій	Бесіда, психоосвіта, активне слухання	1–2
Стабілізаційний	Зменшення тривожності, формування відчуття безпеки	Робота з тілесними та емоційними реакціями	Дихальні вправи, заземлення, техніки "тут і зараз"	3–5
Корекційний	Зміна деструктивних думок і поведінки	Робота з переконаннями, подолання уникнення, розвиток саморегуляції	Когнітивні техніки, поведінкові вправи, емоційна регуляція	5–8
Ресурсно-відновлювальний	Закріплення результатів, активізація ресурсів	Пошук ресурсів, планування майбутнього,	Рефлексія, вправи на ресурс,	2–3

		відновлення активності	постановка цілей	
--	--	---------------------------	---------------------	--

Далі, коли рівень напруги знижується, розпочинається цілеспрямована робота зі стабілізацією емоційного стану. Висока поширеність гіперзбудження (66,7%) та проблем зі сном (64,9%) у досліджуваній вибірці свідчать про нагальну потребу у формуванні практичних навичок саморегуляції. Кісарчук та ін. (2020) підкреслюють, що відновлення відчуття контролю над власним станом є ключовим ресурсом для подальшого терапевтичного прогресу.

Поступово, в міру формування внутрішньої стійкості, відкривається можливість переходу до глибшої роботи з пережитими подіями. Водночас цей перехід не відбувається різко. Оскільки 47,4% учасників демонструють поведінку уникнення, а 56,1% – знижену концентрацію уваги, корекційна робота потребує особливої поступовості та урахування індивідуального темпу. Учасник сам визначає темп руху вперед, а фахівець супроводжує, підтримує та допомагає структурувати переживання.

Важливо наголосити, що кожен етап не є ізольованим від інших. Навіть під час глибшої роботи з переживаннями зберігається постійна увага до стабілізації та підтримки. Якщо стан учасника погіршується, роботу повертають до попередніх кроків, де відновлюється відчуття безпеки. Така гнучкість узгоджується з принципами реабілітаційної психології (Царенко, 2018) та запобігає психологічному перевантаженню впродовж усього процесу [39].

На діагностично-адаптаційному етапі основна увага зосереджена на встановленні довірливого контакту з учасником, адже від якості терапевтичного контакту залежить ефективність усієї подальшої роботи. Враховуючи, що 66,7% учасників дослідження виявляють підвищену тривожність та гіперзбудження, а 63,2% – емоційну нестабільність, формування безпечного і прийняттого простору взаємодії набуває першочергового значення. Робота починається з доступного пояснення мети та структури програми, щоб людина зрозуміла природу своїх реакцій. Обговорення переживань супроводжується їхньою

нормалізацією: тривога, напруження та уникнення пояснюються як природні адаптивні відповіді на пережитий досвід, а не ознаки особистісної неспроможності [39; 47].

Паралельно проводиться первинна бесіда, у межах якої уточнюються емоційний стан, наявні труднощі та рівень соціальної підтримки. За потреби застосовуються короткі діагностичні методики для уточнення вираженості напруження та ресурсних можливостей особистості. При цьому розмова будується так, щоб не спричиняти додаткового стресу, а натомість – формувати відчуття прийняття та безпеки.

На завершення етапу спільно з учасником визначаються очікування від подальшої роботи та формується спільне розуміння процесу супроводу. Завдяки цьому людина поступово включається у взаємодію та починає довіряти фахівцеві.

На стабілізаційному етапі зусилля спрямовані на зниження тривожності та відновлення відчуття контролю над власним станом. Результати дослідження унаочнюють нагальність цієї роботи: гіперзбудження зафіксовано у 66,7% учасників, проблеми зі сном – у 64,9%, а за шкалою надзбудливості опитувальника Котеньова – одні з найвищих показників у вибірці. Відповідно до підходу Мюллера, саме відновлення здатності самотійно регулювати власний стан є передумовою переходу до глибшої роботи. Фахівець пояснює механізми стресової реакції організму, що допомагає учаснику краще зрозуміти власні відчуття та знижує схильність до самозвинувачення [38].

Далі відбувається навчання базових технік саморегуляції, які учасник може застосовувати самотійно: дихальні вправи, техніки заземлення та фокусування уваги на теперішньому моменті. Поступово відпрацьовуючи ці навички, людина починає переконуватися у власній здатності впливати на свій стан. Окрема увага приділяється тілесним відчуттям: оскільки напруження нерідко проявляється передусім через тіло, прості вправи на розслаблення допомагають знизити фізичний дискомфорт (Кісарчук та ін., 2020). У процесі роботи підтримується повільний темп, щоб уникнути перевантаження [37; 39; 65; 68].

У результаті цього етапу учасник отримує практичні інструменти саморегуляції, що допомагають справлятися зі стресом у повсякденному житті.

На корекційному етапі відбувається перехід до поглибленої роботи, спрямованої на зміну деструктивних думок і поведінкових реакцій, що сформувалися внаслідок травматичного досвіду. Зазначений напрямок безпосередньо обґрунтований результатами дослідження: 56,1% учасників мають знижену концентрацію уваги, 63,2% – підвищену дратівливість та труднощі емоційної регуляції, а 47,4% – виражену поведінку уникнення, що суттєво обмежує соціальну активність. Відповідно до концептуальних засад травмофокусованої психотерапії, когнітивна реструктуризація та поведінкова активація є ключовими компонентами відновлення адаптивного функціонування після травми [7].

Допомагаючи учаснику усвідомити, які думки посилюють тривогу, поступово навчають переосмислювати їх та формувати більш адаптивні когнітивні схеми. Аналізуючи поведінку, фахівець звертає увагу на уникнення, яке закріплює тривогу та обмежує активність. Відповідно до підходу Вестбрука (2014), розуміння зв'язку між думками, емоціями та поведінкою є ключовим чинником подолання дезадаптивних реакцій. Спільно визначаються невеликі потужні кроки для поступового розширення активності, причому стан учасника уважно відстежується, щоб навантаження залишалося прийнятним [10].

Окремим напрямом є розвиток навичок емоційної регуляції. Учасник навчається розпізнавати емоції, розуміти їх причини та обирати усвідомлені способи реагування замість імпульсивних. Це поступово відновлює відчуття контролю над власними реакціями.

На підставі аналізу наукових джерел та узагальнення сучасних психологічних практик розроблено проєкт поетапної програми психологічного супроводу внутрішньо переміщених осіб.

Запропонована програма не претендує на статус апробованої технології супроводу, проте може бути використана як комплекс методичних рекомендацій

для організації психологічної допомоги та потребує подальшої емпіричної перевірки її ефективності (додаток 3.1.2.). Її складові:

Заняття 1. Первинний контакт, діагностика стану, формування безпечної взаємодії.

Заняття спрямоване на створення умов психологічної безпеки та формування первинного контакту між фахівцем і учасником програми. На цьому етапі значна увага приділяється організації простору взаємодії, в якому знижується рівень внутрішньої напруги та формується відчуття прийняття без оцінювання поведінки чи емоційних реакцій.

Робота починається з короткого пояснення структури подальших зустрічей, що забезпечує передбачуваність процесу та зменшує тривожність. Після цього здійснюється первинна бесіда, спрямована на збір загальної інформації про життєву ситуацію, характер пережитих подій, актуальний емоційний стан. Людина отримує можливість вільно описувати власний досвід у комфортному темпі, без примусу до деталізації травматичних переживань.

Паралельно відбувається первинна психологічна оцінка стану, яка охоплює рівень тривожності, наявність симптомів емоційного виснаження та особливості реакцій на стрес. У разі потреби застосовуються короткі діагностичні методики для уточнення вираженості напруження та ресурсних можливостей особистості.

Окремий блок роботи присвячений психоосвіті. Пояснюється природа стресових реакцій організму, особливості формування підвищеної пильності, емоційної лабільності та уникнення. Таке пояснення зменшує схильність до самозвинувачення та сприяє формуванню більш реалістичного сприйняття власного стану. Завершальна частина заняття орієнтована на узгодження очікувань і формування початкових цілей роботи. Учасник отримує уявлення про подальшу траєкторію супроводу, що підтримує відчуття структурованості процесу та готовність до подальшої взаємодії [37; 42; 47;].

Заняття 2. Психоосвіта щодо стресових реакцій та стабілізація емоційного стану.

Заняття спрямоване на формування розуміння психофізіологічних реакцій, що виникають після пережитих травматичних подій. Робота розпочинається з короткого повторення стану після першої зустрічі, що дає змогу актуалізувати емоційний фон та визначити рівень напруження.

Основний зміст заняття присвячений поясненню механізмів стресової відповіді організму. Розглядаються прояви підвищеної тривожності, гіперпильності, порушень сну, емоційної нестабільності – симптоми, що, за результатами дослідження, є найбільш поширеними у досліджуваній вибірці. Особлива увага приділяється розумінню того, що ці реакції формуються як природна адаптаційна відповідь організму, а не як ознака особистісної неспроможності [45]. У процесі обговорення відбувається поступове зниження рівня самозвинувачення, і людина отримує можливість переосмислити власні реакції через призму адаптаційних механізмів психіки.

Практична частина заняття включає первинне ознайомлення з простими техніками саморегуляції – вправами на регуляцію дихання та стабілізацію уваги. Відпрацювання відбувається у повільному темпі з акцентом на тілесні відчуття, що сприяє формуванню первинного досвіду контролю над емоційними реакціями. Завершальна частина передбачає коротку рефлексію пережитого досвіду та фіксацію змін у рівні суб'єктивного напруження.

Заняття 3. Формування базових навичок саморегуляції.

Орієнтоване на закріплення первинних способів стабілізації емоційного стану. Основна увага приділяється розвитку здатності самостійно знижувати рівень тривожності у повсякденних умовах.

На початку заняття проводиться коротка оцінка актуального самопочуття та обговорення досвіду використання попередніх технік. Це дає змогу визначити індивідуальні особливості реагування та скоригувати подальшу роботу.

Практична частина включає опанування дихальних вправ із регуляцією ритму дихання, технік заземлення та переключення уваги на нейтральні стимули. Вправи виконуються поступово, з акцентом на тілесні відчуття та внутрішні

зміни. Такий формат сприяє формуванню навички самостереження та зниження інтенсивності тривожних реакцій.

Додатково розглядається роль тілесного компоненту у формуванні емоційної напруги. Учасник навчається розпізнавати ознаки фізичного напруження та використовувати прості способи його зменшення. Завершальна частина заняття спрямована на узагальнення отриманого досвіду та формування рекомендацій для самостійного застосування навичок у щоденному житті.

Заняття 4. Закріплення стабілізаційних технік та розвиток тілесної усвідомленості.

Основний акцент – підвищення чутливості до сигналів організму та своєчасне реагування на ознаки напруження. Спрямованість на поглиблення навичок емоційної стабілізації через роботу з тілесними відчуттями.

Початок заняття включає коротке обговорення досвіду застосування попередніх технік. Визначаються ситуації, у яких вдалося знизити рівень тривоги, та труднощі, що виникали під час самостійної практики.

Практична частина охоплює вправи на поступове розслаблення м'язових груп, фокусування уваги на тілесних відчуттях та розвиток навички «сканування тіла». Такі техніки сприяють формуванню більш точного сприйняття власного фізичного стану. Окремо розглядається взаємозв'язок між тілесним напруженням та емоційними реакціями: учасник поступово усвідомлює, що фізичні відчуття можуть слугувати індикаторами емоційного навантаження, що підвищує загальний рівень саморегуляції. Завершення заняття передбачає інтеграцію отриманих навичок у повсякденний контекст та визначення ситуацій для подальшого тренування.

Заняття 5. Робота з тілесними проявами стресу та поглиблення релаксаційних навичок.

Спрямоване на зменшення соматичних проявів напруження, що зберігаються після травматичного досвіду. Початок роботи передбачає коротке оцінювання фізичного самопочуття: рівня втоми, наявності м'язових затисків, особливостей дихального ритму.

Основна частина присвячена практичному опануванню технік м'язового розслаблення – поетапне напруження та розслаблення різних груп м'язів із подальшим усвідомленням змін у тілесних відчуттях. Такий формат сприяє розвитку здатності розпізнавати ранні ознаки напруження та вчасно реагувати на них.

Додатково впроваджуються вправи на регуляцію дихання з акцентом на подовження видиху, що сприяє активації процесів фізіологічного заспокоєння. Паралельно формується навичка переключення уваги з тривожних думок на нейтральні сенсорні стимули. Особлива увага приділяється усвідомленню взаємозв'язку між тілесними реакціями та емоційним станом. Завершальна частина передбачає закріплення отриманого досвіду та формування індивідуальних стратегій використання релаксаційних технік у повсякденному житті.

Заняття 6. Виявлення автоматичних думок та аналіз когнітивних реакцій.

Спрямоване на формування навичок усвідомлення автоматичних думок, що виникають у стресових ситуаціях. Враховуючи, що 56,1% учасників дослідження відзначають знижену концентрацію уваги та труднощі у виконанні повсякденних завдань, когнітивна робота є одним із пріоритетних напрямів програми. Початок роботи включає обговорення актуальних переживань та ситуацій, у яких підвищується рівень тривожності.

Основна частина присвячена ідентифікації думок, що супроводжують емоційні реакції. Учасник навчається помічати внутрішні інтерпретації подій, які мають автоматичний, некритичний характер і посилюють напруження. Далі аналізується зв'язок між думками, емоціями та поведінкою: усвідомлення того, що інтерпретація ситуацій визначає інтенсивність емоційного реагування, є ключовим кроком до змін (Вестбрук, 2014) [10].

У практичній частині використовується методика фіксації думок у структурованій формі. Учасник навчається відслідковувати ситуацію, емоційний стан, зміст думок та реакції організму. Завершення заняття спрямоване на

закріплення навички самоспостереження та формування готовності до подальшої перебудови деструктивних переконань.

Заняття 7. Перебудова деструктивних переконань та формування адаптивного мислення.

Орієнтоване на зміну стійких негативних переконань, що підтримують тривожні реакції. Початок роботи включає коротке обговорення зафіксованих автоматичних думок та їхнього впливу на емоційний стан.

Основна частина присвячена аналізу реалістичності цих думок. Учасник навчається оцінювати їхню відповідність фактам та розглядати альтернативні інтерпретації подій. Когнітивне переосмислення сприяє зменшенню катастрофізації та узагальнень негативного досвіду, що є типовими для посттравматичної симптоматики (Брієр та Скотт, 2015). Далі здійснюється формування більш збалансованих когнітивних схем: поступово вибудовується здатність замінювати деструктивні інтерпретації на більш адаптивні, що знижує рівень емоційного напруження [8; 10].

Практична частина включає вправи з переформування думок та перевірки їх на реалістичність у різних ситуаціях. Це сприяє розвитку критичного мислення щодо власних автоматичних реакцій. Завершення заняття передбачає узагальнення отриманого досвіду та визначення ситуацій для самостійного тренування когнітивних навичок.

Заняття 8. Робота зі стратегіями уникнення в поведінці, поступове відновлення активності.

Спрямоване на зменшення поведінкових стратегій уникнення, що сформувалися після травматичного досвіду та обмежують активність. Враховуючи, що 47,4% учасників дослідження демонструють труднощі у соціальній взаємодії та схильність до ізоляції, ця робота є принципово важливою для відновлення соціального функціонування. Початок заняття передбачає обговорення ситуацій, у яких спостерігається відмова від дій або соціальних контактів через страх чи напруження.

Основна частина присвячена аналізу зв'язку між уникненням та підтриманням тривожного стану. Учасник поступово усвідомлює, що тимчасове полегшення через відмову від дії закріплює страхові реакції та знижує рівень адаптації до середовища. Далі здійснюється формування індивідуального плану поступового розширення активності. Завдання структуруються від найменш складних до більш ресурсномістких, що дає змогу зменшувати психологічне навантаження під час їх виконання.

Практична частина включає моделювання поведінкових кроків у безпечних умовах. Учасник відпрацьовує ситуації уявно або в умовах контрольованої взаємодії, що сприяє зниженню страху перед реальним виконанням дій. Завершення заняття спрямоване на закріплення мотивації до поступового повернення активності та визначення конкретних кроків для самостійного виконання.

Заняття 9. Розвиток емоційної регуляції та інтеграція навичок самоконтролю.

Спрямоване на поглиблення навичок розпізнавання та регуляції емоційних станів. Це є особливо актуальним з огляду на те, що 63,2% учасників дослідження відзначають підвищену дратівливість та труднощі з контролем емоційних реакцій. Початок роботи включає аналіз ситуацій, у яких емоційні реакції залишаються інтенсивними або складними для контролю.

Основна частина присвячена розвитку здатності диференціювати емоційні стани та визначати їхні причини. Учасник навчається розпізнавати тонкі відмінності між тривогою, роздратуванням, страхом та напруженням, що сприяє точнішому саморозумінню. Далі впроваджуються техніки усвідомленого реагування, спрямовані на зниження імпульсивності: формується навичка паузи між виникненням емоції та дією, що підвищує рівень самоконтролю.

Практична частина охоплює відпрацювання стратегій емоційної стабілізації у змодельованих ситуаціях: техніки переключення уваги, дихальної регуляції та когнітивного переосмислення. Завершення заняття передбачає інтеграцію всіх

раніше опанованих навичок у цілісну систему саморегуляції, що застосовується у повсякденних умовах.

Заняття 10. Ресурсне відновлення, підбиття підсумків та формування життєвих орієнтирів.

Спрямоване на узагальнення результатів роботи та посилення внутрішніх ресурсів особистості. Результати якісного аналізу продемонстрували, що соціальна підтримка є одним із ключових чинників адаптації: 71,4% учасників мали виражену підтримку з боку родини, друзів та ВПО-спільнот. Відповідно, на цьому заключному занятті особлива увага приділяється усвідомленню наявних соціальних ресурсів і зв'язків. Початок включає рефлексію змін, що відбулися протягом програми, з акцентом на суб'єктивне відчуття стабільності та впевненості.

Основна частина присвячена виявленню індивідуальних ресурсів, які підтримували людину в складних умовах: внутрішні якості, соціальні зв'язки, попередній досвід подолання труднощів. Далі відбувається формування реалістичних короткострокових і довгострокових цілей, що сприяють відновленню активності та соціальної включеності [38].

Практична частина включає вправи на закріплення позитивного досвіду та формування плану подальшого розвитку. Особлива увага приділяється усвідомленню власної здатності до самостійного регулювання стану та прийняття рішень.

Завершення заняття передбачає підбиття підсумків усієї програми, відзначення досягнутих змін та формування рекомендацій для подальшої самостійної роботи.

Таким чином, на корекційному етапі формуються більш адаптивні способи мислення та поведінки, які допомагають людині ефективніше справлятися з труднощами. Це є важливим складником відновлення повноцінного функціонування після травматичного досвіду.

Не менш значущою частиною програми є розвиток навичок емоційної регуляції – здатності розпізнавати власні емоції, управляти ними та реагувати

більш усвідомлено. Це особливо актуально з огляду на те, що 63,2% учасників дослідження відчувають дратівливість або імпульсивність. Формування цих навичок значно покращує повсякденне функціонування та міжособистісні стосунки [64].

На ресурсо-відновлювальному етапі зосереджуємося на відновленні внутрішніх ресурсів та формуванні перспективи майбутнього. Після подолання основних труднощів важливо закріпити здобуті результати. Допомогаємо людині усвідомити власні сильні сторони та попередній досвід подолання складних ситуацій.

Далі разом формуються реалістичні цілі, що сприятимуть поверненню до активного соціального та професійного життя. Здійснюється підтримка учасника у плануванні подальших кроків. Окремо проводиться робота із соціальною підтримкою: визначаються люди та ресурси, на які можна спиратися, що знижує відчуття ізоляції та підвищує впевненість у власних можливостях [38; 39].

Наприкінці програми підбиваються підсумки роботи з акцентом на досягнутих змінах. Таким чином, людина завершує програму з чітким розумінням власних можливостей, сформованих навичок саморегуляції та конкретним планом подальших самостійних дій. Узагальнюючи, психологічний супровід ВПО потребує комплексного підходу, що охоплює не лише роботу з симптомами ПТСР, а й підтримку соціальної інтеграції та розвиток адаптивних ресурсів особистості [7; 48].

3.3. Практичні рекомендації щодо впровадження програми супроводу

Практичне впровадження програми психологічного супроводу потребує чіткої організації, етичної обґрунтованості та врахування реальних умов, у яких перебувають внутрішньо переміщені особи. Ефективність програми залежить не лише від змісту окремих занять, а й від якості підготовки фахівців, безпечності середовища, регулярності зустрічей, доступності допомоги та системи оцінювання результатів.

Перед початком роботи доцільно провести первинну оцінку стану потенційних учасників. Якщо людина перебуває у гострому кризовому стані, має виражені суїцидальні наміри, тяжку дезорганізацію поведінки або потребує невідкладної медичної допомоги, участь у програмі має бути відкладена до стабілізації стану та залучення відповідних фахівців. У таких випадках психологічний супровід повинен поєднуватися з медичною, соціальною або кризовою допомогою.

Фахівець, який реалізує програму, має володіти базовими знаннями щодо природи посттравматичного стресового розладу, стабілізаційних технік, принципів психоосвіти та кризового реагування. Доцільною є наявність супервізійної підтримки, оскільки робота з травматичним досвідом може підвищувати ризик професійного виснаження самого спеціаліста.

Організація простору має забезпечувати конфіденційність, передбачуваність і фізичний комфорт. Учасник повинен мати можливість вільно висловлюватися без страху осуду або примусу. У разі використання онлайн-формату необхідно подбати про стабільність зв'язку, конфіденційність розмови та попереднє узгодження дій у випадку різкого погіршення емоційного стану під час зустрічі.

Хоча запропонована структура передбачає 10 занять, кількість і тривалість зустрічей можуть змінюватися залежно від стану учасника, рівня напруження, готовності до когнітивної роботи та доступності соціальної підтримки. У разі посилення симптомів доцільно тимчасово повернутися до стабілізаційного етапу та зменшити інтенсивність опрацювання травматичного матеріалу.

Рекомендованими методичними прийомами в межах програми є техніки заземлення, дихальні вправи, вправи на тілесну усвідомленість, когнітивна реструктуризація, робота з автоматичними думками, поступове подолання уникнення, вправи на ресурсне відновлення та планування подальших дій. Техніка «5-4-3-2-1» може використовуватися для повернення уваги до теперішнього моменту через сенсорне сприйняття. Дихальні практики доцільно застосовувати для зниження фізіологічного напруження. Когнітивна дифузія, або «відчеплення від гачка», може допомагати дистанціюватися від нав'язливих

думок і розглядати їх як тимчасові психічні явища, а не як беззаперечну реальність [11].

Використання елементів терапії прийняття та відповідальності може бути доцільним на етапі ресурсного відновлення, коли учасник визначає особистісно значущі цінності та планує дії, що відповідають цим цінностям. Звернення до цінностей допомагає людині відновити відчуття сенсу й напрямку навіть за умов невизначеності. Практики доброзичливого ставлення до себе та інших можуть сприяти зменшенню самокритики, посиленню соціальної залученості й відновленню відчуття зв'язку з оточенням.

Соціальна підтримка є важливою умовою закріплення результатів програми. За можливості до процесу відновлення доцільно залучати близьких людей, членів родини, представників громадських організацій або соціальних служб. Їхня участь може полягати в інформуванні про особливості посттравматичних реакцій, формуванні підтримувального середовища та запобіганні діям, які можуть посилювати психологічне напруження.

Окрему увагу слід приділяти етичним аспектам роботи. Участь у програмі має бути добровільною, а людина повинна мати право відмовитися від виконання будь-якої вправи або обговорення теми, до якої вона не готова. Психолог не має форсувати розкриття травматичних спогадів, особливо якщо учасник не володіє достатніми навичками стабілізації. Усі інтервенції повинні відповідати актуальному стану людини та не створювати ризику повторної травматизації [67].

Оцінювання ефективності програми доцільно здійснювати шляхом порівняння результатів первинної та повторної діагностики. З цією метою можуть використовуватися методики, застосовані в емпіричному дослідженні: PTSD Checklist Civilian (PCL-C), Місісіпська шкала для оцінки ПТСР у цивільному варіанті та опитувальник травматичного стресу. Повторне застосування методик дозволяє визначити динаміку симптомів повторного переживання, уникнення, гіперзбудження, емоційного напруження та загальної вираженості травматичного стресу.

Додатковими критеріями ефективності можуть виступати зниження суб'єктивного рівня тривоги, покращення сну, зменшення частоти уникаючої поведінки, підвищення здатності до саморегуляції, збільшення соціальної активності, формування реалістичних планів на майбутнє та суб'єктивне відчуття більшого контролю над власним станом. Важливим джерелом інформації є також самооцінка учасника, оскільки вона дозволяє врахувати не лише кількісні показники, а й особистісне переживання змін.

Отже, впровадження програми психологічного супроводу внутрішньо переміщених осіб із проявами ПТСР потребує поєднання професійної підготовки фахівця, чіткої структури занять, гнучкого врахування індивідуального стану учасників, етичної безпечності та повторної оцінки результатів. Оскільки програма має рекомендаційний характер, її практичне використання потребує подальшої апробації, аналізу ефективності та можливого коригування відповідно до отриманих результатів.

Подальший рівень організації допомоги пов'язаний із необхідністю системного підходу до підтримки населення в умовах масштабних суспільних криз, зокрема під час воєнних дій, масового переміщення населення або інших надзвичайних ситуацій. У таких умовах психологічна допомога не може обмежуватися окремими локальними ініціативами чи короткотривалими заходами. Вона потребує скоординованих дій на різних рівнях суспільної організації та інтеграції з іншими видами підтримки. У зв'язку з цим особливого значення набуває розробка комплексних програм, які одночасно охоплюють медичну допомогу, психологічний супровід та заходи соціальної адаптації.

Важливо враховувати, що люди, які пережили воєнні події, вимушене переміщення або інші кризові ситуації, стикаються не лише з емоційними та психологічними труднощами. Нерідко вони змушені долати наслідки фізичних травм, адаптуватися до нових умов проживання, вирішувати економічні проблеми та справлятися з втратою звичного соціального середовища. Враховуючи це, ефективна допомога має бути комплексною та охоплювати всі основні сфери життєдіяльності людини. Поєднання різних напрямів підтримки

дозволяє забезпечити більш повне задоволення потреб особистості та сприяє її успішній адаптації до нових життєвих умов.

Не менш важливим компонентом таких програм є активне залучення соціального оточення людини до процесу психологічного відновлення. За можливості робота проводиться не лише з безпосереднім учасником програми, але й з членами його родини, близькими людьми або іншими значущими особами для створення альянсу. Одним із завдань такої роботи є надання інформації щодо особливостей психологічного стану людини, способів надання емоційної підтримки, адекватного реагування на складні переживання та запобігання діям, які можуть посилювати психологічне напруження. Подібний підхід сприяє формуванню сприятливого середовища для відновлення та значно підвищує ефективність психологічної допомоги.

Окремої уваги заслуговує питання регулярності проведення психологічної роботи. Практика свідчить, що стабільний графік зустрічей та передбачуваність організації допомоги сприяють формуванню в людини відчуття безпеки, контролю та довіри до процесу відновлення. Водночас важливим принципом залишається гнучкість організації роботи. За необхідності програма може адаптуватися до індивідуальних потреб людини, особливостей її життєвої ситуації та актуального психологічного стану.

Завершальним етапом реалізації програми психологічного супроводу є оцінка її ефективності. Для цього здійснюється повторне застосування психодіагностичних методик, проводиться аналіз змін у психологічному стані людини, особливостях її поведінки, рівні соціальної адаптації та здатності справлятися зі стресовими ситуаціями. Важливим джерелом інформації також виступає суб'єктивна оцінка самого учасника програми, оскільки його власні переживання та відчуття дозволяють отримати більш повне уявлення про характер і глибину досягнутих змін.

Роблячи підсумки, впровадження програми психологічного супроводу потребує поєднання професійної підготовки, гнучкої організації процесу та уваги до індивідуальних особливостей кожної людини. Саме така організація роботи

сприяє більш ефективному відновленню психоемоційного стану та соціальної адаптації внутрішньо переміщених осіб.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ III

Отже, розроблена програма психологічного супроводу спрямована на поступове відновлення психоемоційного стану людини через поєднання практичних технік, підтримки та усвідомленої роботи з переживаннями. Допомога має бути не одноразовою, а послідовною, коли кожен етап переходить у наступний і підсилює загальний результат.

Особлива увага приділяється формуванню навичок саморегуляції, оскільки саме вони допомагають людині справлятися зі станами тривоги, напруження та емоційного перевантаження у повсякденному житті. Через регулярне використання простих технік – дихання, заземлення, паузи – людина поступово повертає контроль над власними реакціями.

Акцентується, що робота з думками та переживаннями займає окреме місце, оскільки саме вони часто підтримують стан напруження. Ми допомагаємо людині не уникати складних емоцій, а навчитися їх помічати, приймати і не підпорядковувати їм свою поведінку. І, як можемо підкреслити, через це з'являється більше внутрішньої свободи у виборі дій.

Звертається увага на відновлення життєвої активності, коли людина поступово повертається до звичних справ, соціальної взаємодії та планування майбутнього, і навіть невеликі кроки у цьому напрямі вже дають відчуття стабільності та впевненості.

Підкреслюється значення соціальної підтримки, оскільки саме вона підсилює результати роботи. Ми враховуємо, що без взаємодії з оточенням процес відновлення поскладнюється, тому варто орієнтуватись на залучення близьких, спільнот і доступних ресурсів підтримки. Через це людина не відчуває себе ізольованою і має більше можливостей для адаптації.

Зазначається, що ефективність програми також залежить від гнучкості її впровадження. Враховується індивідуальні особливості, стан людини і умови, у яких вона перебуває.

Крім того, підкреслюється необхідність поєднання індивідуальної роботи з ширшими програмами підтримки, які охоплюють різні сфери життя. Пережитий досвід впливає не лише на емоційний стан, а й на соціальну, побутову та економічну стабільність.

ВИСНОВКИ

Підсумковий аналіз отриманих результатів демонструє складність проблематики посттравматичного стресового розладу серед внутрішньо переміщених осіб, що формує багаторівневу систему психологічних порушень, пов'язаних із впливом тривалого стресу, втрати життєвої стабільності та необхідності адаптації до нових соціальних умов. У межах узагальнення встановлено, що пережиті події змінюють емоційне реагування, когнітивну обробку інформації та поведінкові стратегії, що призводить до формування стійких неадаптивних патернів.

Мета роботи досягнута, завдання, які стояли перед дослідженням вирішені, гіпотеза підтверджена.

1. Теоретичний аналіз наукових джерел дав змогу структурувати сучасні уявлення про ПТСР як комплексний психічний стан, який охоплює повторне переживання травматичних подій, уникнення стимулів, пов'язаних із травмою, підвищену фізіологічну збудливість та емоційну дисрегуляцію. Отримані дані узгоджуються з положеннями сучасних досліджень, де акцент робиться на ролі нейропсихологічних механізмів формування стресової пам'яті та порушеннях адаптаційних функцій нервової системи. Додатково розглянуто підходи до психологічної допомоги, що базуються на поєднанні стабілізаційних інтервенцій, когнітивно-поведінкової роботи та розвитку навичок саморегуляції.
2. Особливості переживання ПТСР у внутрішньо переміщених осіб визначаються поєднанням травматичного досвіду та соціальної дезадаптації. Втрата домівки, соціальних зв'язків, звичного середовища та професійної ролі формує додатковий рівень психологічного навантаження. Це призводить до посилення тривожності, зниження відчуття безпеки, порушення довіри до соціального оточення та формування відчуження. У таких умовах відновлення психічної рівноваги ускладнюється, оскільки травматичний досвід підкріплюється актуальними стресорами.

3. Емпірична частина дослідження засвідчила наявність виражених симптомів посттравматичного стресу у значної частини респондентів. Отримані результати свідчать про високий рівень тривожності, схильність до уникнення соціальних ситуацій, порушення концентрації уваги та емоційну нестабільність. Кореляційний аналіз показав взаємозв'язок між рівнем ПТСР та ступенем соціальної підтримки, що підтверджує роль міжособистісного середовища у процесі психологічного відновлення.

4. Розроблена програма психологічного супроводу побудована як поетапна система втручання, що відповідає динаміці відновлення психічного стану після травматичного досвіду. Перший етап спрямований на формування безпечного терапевтичного простору та стабілізацію емоційного фону. Другий етап передбачає розвиток навичок саморегуляції через опанування дихальних технік, методів заземлення та тілесної усвідомленості. Третій етап орієнтований на когнітивну перебудову деструктивних переконань і зменшення поведінки уникнення. Завершальний етап спрямований на ресурсне відновлення, актуалізацію життєвих цілей та соціальну інтеграцію. Запропонована програма створює умови для поступового відновлення внутрішньої рівноваги, розвитку стійкості та повернення до активного життя.

Практичні заняття, включені до програми, забезпечують поступове формування навичок самостійного регулювання емоційного стану. Регулярне використання дихальних вправ, технік стабілізації уваги та тілесного розслаблення сприяє зниженню інтенсивності тривожних реакцій та підвищенню відчуття контролю над власними переживаннями. Когнітивні методи роботи забезпечують поступову трансформацію негативних інтерпретацій досвіду, що зменшує рівень емоційного напруження та сприяє формуванню більш адаптивних моделей мислення. Соціальна підтримка розглядається як системотворчий фактор відновлення. Її наявність підсилює ефективність психологічного втручання, оскільки забезпечує стабільність міжособистісних зв'язків, зменшує відчуття ізоляції та сприяє формуванню

довіри до соціального середовища. У поєднанні з індивідуальною роботою це створює умови для більш стійкої психологічної адаптації.

Отже, ефективна психологічна допомога потребує поєднання теоретичного аналізу, емпіричних даних та структурованої програми втручання. Комплексний характер запропонованої моделі забезпечує поетапне відновлення психоемоційного стану, зменшення симптомів ПТСР та поступове повернення до соціальної та особистісної активності.

Перспектива вивчення. Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів проблеми психологічних особливостей посттравматичного стресового розладу у ВПО. Подальшого вивчення потребують дослідження, спрямовані на відновлення та стабілізацію людей зрілого віку та їх психоемоційного стану.

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 : метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
2. Аймедов К. В., Асєєва Ю. О., Волощук А. Е., Толмачов О. А. Сучасна діагностична концепція посттравматичного стресового розладу. Архів психіатрії. 2016. Т. 22, № 2. С. 128–129.
3. Асєєва Ю. О., Аймедов К. В., Яцишина А. М. Вплив воєнних дій на розвиток ПТСР у військовослужбовців. Габітус. 2024. Вип. 63. С. 137–141. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.63.23>.
4. Байса Л. В., Сингаївська І. В. Особливості психологічної підтримки українських біженців у Великобританії. Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку : тези доповідей V Міжнародної конференції (Київ, 7 грудня 2023 р.). Київ : Університет «КРОК», 2023. URL: <https://conf.krok.edu.ua/SRE/SRE-2023/paper/view/1682> (дата звернення: 09.03.2026).
5. Балаж М. С. Ерготерапія військовослужбовців та ветеранів із посттравматичним стресовим розладом: огляд літератури. Health & Education. 2023. № 2. С. 49–55. DOI: <https://doi.org/10.32782/health-2023.2.8>.
6. Бех І. Д. Особистісно орієнтована освіта: теоретико-технологічні засади. Київ : Либідь, 2003. 280 с.
7. Біскуп М. В., Волинець Н. В. Психологічні заходи підвищення стресостійкості внутрішньо переміщених осіб. Грааль науки. 2024. № 40. С. 521–526. DOI: <https://doi.org/10.36074/grail-of-science.07.06.2024.088>.
8. Брієр Дж. Н., Скотт К. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів : Свічадо, 2015. 448 с.

9. Бурназова В., Юдіна А. Психологічна підтримка ментального здоров'я учасників освітнього процесу в Україні в умовах війни. Психолого-педагогічні науки. 2024. № 1. С. 136–143. DOI: <https://doi.org/10.31654/2663-4902-2024-PP-1-136-143>.
10. Вестбрук Д. Подолати депресію / пер. з англ. Д. Бусько ; наук. ред. К. Явна. Львів : Вид-во УКУ, 2014. 94 с. URL: https://issuu.com/svichado.ua/docs/depresiya_web (дата звернення: 12.02.2026).
11. Волошин С. Психолого-педагогічна робота зі старшокласниками – внутрішніми переселенцями у загальноосвітніх навчальних закладах як предмет наукових досліджень. Молодь і ринок. 2016. № 10. С. 109–112. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mir_2016_10_24 (дата звернення: 09.03.2026).
12. Волошин С. М. Методи та форми роботи практичного психолога з внутрішньо переміщеними особами. Теорія і практика сучасної психології. 2019. Т. 1, № 6. С. 24–27. DOI: <https://doi.org/10.32840/2663-6026.2019.6-1.5>.
13. Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?». URL: <https://howareu.com> (дата звернення: 05.01.2026).
14. Горбунова В. В., Карачевський А. Б., Климчук В. О., Нетлюх Г. С., Романчук О. І. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО : посібник для ведучих груп : навч. посіб. Львів : Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету, 2016. 96 с.
15. Гундერთайло Ю. Критерії роботи психолога із внутрішньо переміщеними особами. Вісник Львівського університету. Серія «Психологія і суспільство». 2022. № 3. С. 112–120.
16. Давиденко О. В., Сингаївська І. В. Визначення феномену резильєнтності. Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку : тези доповідей IV Міжнародної конференції (Київ, 07 грудня 2022 р.). Київ : Університет «КРОК», 2022. С. 402–405.

- 17.Даниленко Т. І. Сутність посттравматичного стресового розладу: історія, критерії діагностики, механізми формування. Ментальне здоров'я. 2025. Вип. 2. С. 25–29. URL: <https://dspace.oneu.edu.ua/items/70e186f5-478a-45bb-9ab9-11e8d881b829> (дата звернення: 15.12.2025).
- 18.Діагностичні критерії ПТСР для дітей (DSM-5). Синопис діагностичних критеріїв DSM-5 та протоколів NICE для діагностики та лікування основних психічних розладів у дітей та підлітків / пер. з англ. ; упор. та наук. ред. Л. Підлісецька. Львів : Вид-во Українського католицького університету, 2014. 112 с.
- 19.Довгань Н. О. Надзвичайна ситуація як виклик: соціальна і психологічна підтримка здоров'я. Габітус. 2021. Вип. 32. С. 181–187. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/habit_2021_32_34 (дата звернення: 23.03.2026).
- 20.Довідковий посібник за МКХ-11 / Всесвітня організація охорони здоров'я. URL: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru> (дата звернення: 02.02.2026).
- 21.Довідник діагностичних критеріїв DSM-5-TR / Американська психіатрична асоціація. Львів : Вид-во «Компанія «Манускрипт», 2024. 592 с.
- 22.Дяченко А. Шляхи забезпечення інтеграції внутрішньо переміщених осіб в Україні. Державне управління та місцеве самоврядування. 2017. Вип. 4. С. 70–76. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/dums_2017_4_12 (дата звернення: 23.03.2026).
- 23.Зайцев В. В. Психологічна травма та механізми формування посттравматичного синдрому у військовослужбовців. Психологічний журнал. 2021. № 1. С. 33–40.
- 24.Зацерковний В., Цюпа І., Остапенко Г., Де Донатіс М., Ільїн Л. Analysis of the consequences of earthquakes in Turkey 06.02.2023 using radar interferometry. Visnyk of Taras Shevchenko National University of Kyiv. Geology. 2024. Vol. 2(105). P. 111–118. DOI: <https://doi.org/10.17721/1728-2713.105.15>.

- 25.Іванець Т. М. Подолання дистресу вимушеного переміщення та відновлення психічного здоров'я вимушених мігрантів. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. 2024. № 3. С. 28–32. DOI: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2024.3>.
- 26.Карук Ю. А. Особливості прояву посттравматичного стресового розладу у внутрішньо переміщених осіб / наук. кер. В. В. Шевчук. Тенденції та перспективи розвитку науки і освіти в умовах глобалізації : матеріали Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. (30 травня 2025 р.) : зб. наук. праць. Переяслав, 2025. Вип. 117. С. 88–91.
- 27.Климус Т. М., Козак М. Я., Тюріна Т. Г. Соціально-психологічна підтримка студентів-ветеранів у закладах вищої освіти. Духовність особистості: методологія, теорія і практика. 2021. Вип. 1. С. 104–114. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/domtp_2021_1_12 (дата звернення: 23.03.2026).
- 28.Козлова І. В. Психологічні наслідки бойового стресу: діагностика та шляхи подолання. Соціальна психологія. 2020. № 4. С. 42–51.
- 29.Коkun О. М. Психодіагностичні показники рівня психічного здоров'я дорослого населення України після перших місяців війни. Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Т. V : Психофізіологія. Психологія праці. Експериментальна психологія. Київ, 2022. Вип. 22. С. 78–86.
- 30.Коляда О. І. Посттравматичний стресовий розлад: методологія дослідження, особливості перебігу у військовослужбовців. Вісник Національного університету оборони України. Серія: Психологія. 2019. № 3. С. 80–88.
- 31.Кравченко О. О., Балдинюк О. Д., Квашук В. В. Соціально-психологічна підтримка у центрах ветеранського розвитку: практичний досвід. Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Педагогіка. Соціальна робота. 2024. Вип. 2. С. 38–43. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvuuped_2024_2_9 (дата звернення: 23.03.2026).

32. Кушнікова С. Психологічна підтримка вимушених переселенців в умовах війни. Наукові перспективи. 2022. № 11 (29). С. 419–428. DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2022-11\(29\)-419-428](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2022-11(29)-419-428).
33. Лазос Г. П. Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. Актуальні проблеми психології. Т. 3 : Консультативна психологія і психотерапія / Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Вінниця : ФОП Рогальська І. О., 2018. Вип. 14. С. 26–64. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/716873/> (дата звернення: 03.06.2026).
34. Лемарк М. В., Петрище Ю. В. Психологу для роботи: діагностичні методики : збірник. Вид. 2-ге, випр. Ужгород : Вид-во Олександри Гаркуші, 2012. 616 с.
35. «Маємо напрацювати ефективні рішення, аби надати необхідну психічну допомогу всім, хто її потребує» – Віктор Ляшко / Міністерство охорони здоров'я України. 2024. URL: <https://moz.gov.ua/uk/maemo-napracjuvati-efektivni-rishennja-abi-nadati-neobhidnu-psihichnu-dopomogu-vsim-hto-ii-potrebue-viktor-ljashko> (дата звернення: 03.02.2026).
36. Максименко С. Д., Сердюк Л. З. Психологічна підтримка громадян України, постраждалих від анексії Криму та конфлікту на сході України. Вісник Національної академії педагогічних наук України. 2019. № 1 (1). С. 1–3. DOI: <https://doi.org/10.37472/2707-305X-2019-1-1-4-1>.
37. Мохнач Л. Ю., Сингаївська І. В. Особливості соціально-психологічної адаптації людей, які виїхали за кордон, та тих, які лишилися в Україні під час війни. Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку : тези доповідей IV Міжнародної конференції (Київ, 07 грудня 2022 р.). Київ : Університет «КРОК», 2022. С. 296–299. URL: <https://conf.krok.edu.ua/SRE/SRE-2022/paper/view/1274> (дата звернення: 23.03.2026).
38. Мюллер М. Якщо ви пережили психотравмуючу подію / пер. з англ. Д. Бусько ; наук. ред. К. Явна. Львів : Вид-во УКУ, 2014. 120 с.

39. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посіб. Т. 2 / за заг. ред. Л. Царенко. Київ, 2018. 240 с. URL: <https://www.osce.org/files/f/documents/a/c/430829.pdf> (дата звернення: 10.03.2026).
40. Панченко О. А., Зайцева Н. О. Психологічний стан мирного населення в ситуації бойових дій. Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. 2016. Вип. 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadpn_2016_1_8 (дата звернення: 20.01.2026).
41. Педоренко В. М. Психологічне благополуччя вимушених українських переселенців в умовах іншої країни (на прикладі Німеччини). Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. 2023. № 3. С. 80–83. DOI: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2023.3.16>.
42. Пилипенко Н. М. Психологічна допомога та підтримка постраждалим внаслідок війни в Україні. Вісник Національного університету оборони України. 2022. Вип. 6. С. 142–148. DOI: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2022-70-6-142-148>.
43. Пінчук І. Я., Хаустова О. О., Ладарія Р. Г. Особливості надання психіатричної та психологічної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій та воєнного стану в Україні. Український вісник психоневрології. 2023. Т. 31, вип. 2. С. 15–22.
44. 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). С. 171–205. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/721444/1/Pleskach_Urkaev2019_T3_V15.pdf (дата звернення: 17.02.2026).
45. Полчанова Г. С., Боримська Л. В. Психологічна підтримка під час війни : збірка листівок. Житомир, 2022. 61 с.
46. Про затвердження методичних рекомендацій «Кодування захворюваності та смертності у відповідності до Міжнародної статистичної класифікації

- хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0503282-08#Text> (дата звернення: 23.03.2026).
47. Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій : зб. статей / Ін-т соціальної та політичної психології ; Представництво Польської академії наук у м. Києві ; Соціально-психологічний методичний реабілітаційний центр. Київ : Міленіум, 2015. 150 с. URL: https://drive.google.com/file/d/1brCEOKo5ZkKbBq9Fq_JSjvWaC_QtsAV/view (дата звернення: 23.03.2026).
48. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій : метод. посіб. / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос та ін. ; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : ТОВ «Видавництво «Логос», 2015. 207 с. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/706344/> (дата звернення: 23.03.2026).
49. Психологічна підтримка в умовах екстремальних ситуацій: підхід резилієнс : навч.-метод. посіб. / Н. Гусак, В. Чернобровкіна, В. Чернобровкін, А. Максименко, С. Богданов, О. Бойко ; за заг. ред. Н. Гусак ; Нац. ун-т «Києво-Могилянська академія». Київ : НаУКМА, 2017. 92 с. URL: <https://ekmair.ukma.edu.ua/server/api/core/bitstreams/80a7d22c-4733-488a-8b28-0594668b4c9a/content> (дата звернення: 02.02.2026).
50. Психологічний словник / авт.-уклад. В. В. Синявський, О. П. Сергєєнкова ; за ред. Н. А. Побірченко. Київ : Науковий світ, 2007. 274 с.
51. Психологія життєтворення особистості в сучасному світі : монографія / Ю. Д. Гундертайло, В. О. Климчук, О. Я. Кляпець та ін. ; за ред. Т. М. Титаренко ; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Київ : Міленіум, 2016. 320 с. URL: <https://er.ucu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/7c2e0e06-2ada-46bf-abe2-f169d6861f42/> (дата звернення: 13.01.2026).
52. Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб. / уклад. О. Ю. Овчаренко. Київ : Університет «Україна», 2023. 266 с. URL:

- https://uu.edu.ua/upload/Nauka/naukovi_vydannia/psihologija_stresy_2023_compressed.pdf (дата звернення: 16.04.2026).
53. Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки та сучасні підходи до терапії. *NeuroNews*. 2012. С. 30–37. URL: <http://ipz.org.ua/wp-content/uploads/2017/12/psychotravy.pdf> (дата звернення: 05.02.2026).
54. Савченко Л. Л., Отич Г. О., Савченко Д. Р. Психологічна підтримка дітям, які пережили травматичні події. Психологія життєвого простору особистості в сучасних умовах кризи, глобалізації та цифрової трансформації суспільного життя : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (Одеса, 14–15 вересня 2023 р.). Одеса : Міжнародний гуманітарний університет, 2023. С. 259–262. DOI: <https://doi.org/10.32837/11300.26429>.
55. Сафін О. Соціально-психологічна підтримка посттравматичного особистісного зростання осіб із фізичними травмами внаслідок війни. *Перспективи та інновації науки*. 2024. № 7 (41). С. 876–886. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-7\(41\)-876-886](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-7(41)-876-886).
56. Сердюк Л. З., Купрєєва О. І. Психологічні засади підвищення життєстійкості особистості. *Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Т. XI : Психологія особистості. Психологічна допомога особистості*. Київ, 2017. Вип. 15. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/709097/> (дата звернення: 03.06.2026).
57. Сингаївська І. В. Адаптація вимушених переселенців за кордоном під час війни. *Вектори соціальної, організаційної та економічної психології : тези доп. II Міжнар. наук.-практ. конф. (Київ, 17 лютого 2023 р.) / відп. ред. С. М. Миронець*. Київ : Держ. торг.-екон. ун-т, 2023. С. 252–255. URL: <https://knute.edu.ua/file/MzEyMQ==/f467895ec4bf440341490c621a6eccb8.pdf> (дата звернення: 03.03.2026).
58. Сингаївська І. В., Осауленко Н. В. Особливості комунікативних проблем у шлюбних партнерських стосунках переселенців під час війни. *Вчені*

- записки Університету «КРОК». 2023. № 3 (71). С. 125–134. URL: <https://snku.krok.edu.ua/index.php/vcheni-zapiski-universitetu-krok/article/view/626/650> (дата звернення: 23.03.2026).
59. Сингаївська І. В. Особливості проведення груп психологічної допомоги для жінок – вимушених мігрантів з України в інші країни. Забезпечення психологічної підтримки та адаптації українців у повоєнний період : тези доповідей І Міжнародної конференції (Київ, 21–22 листопада 2024 р.). Київ : Університет «КРОК», 2024. URL: <https://conf.krok.edu.ua/PPSAU/PPSAU-2024/paper/view/2660> (дата звернення: 21.02.2026).
60. Сингаївська І. В. Проблеми стосунків у сімейній парі в умовах війни. Захист психічного здоров'я учасників освітнього процесу в умовах війни та повоєнного часу : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (Кропивницький, 05 травня 2023 р.). 2023. С. 260–262. URL: https://drive.google.com/file/d/1ELXEVcfsgOa8qka14_k1V8wa7z4mKyLp/view (дата звернення: 23.03.2026).
61. Сингаївська І. В. Психологічна допомога вимушеним переселенцям під час війни. Підтримка психологічного здоров'я особистості в умовах війни : тези доповідей VI Всеукраїнських психологічних читань (Умань, 21 квітня 2023 р.). Умань : Уманський державний педагогічний університет імені Павла Тичини, 2023. С. 24–27. URL: <http://surl.li/rbjki> (дата звернення: 23.03.2026).
62. Сингаївська І. В., Страмоусова І. Є. Чинники життєстійкості жінок під час війни. Вчені записки Університету «КРОК». 2024. № 3 (75). С. 231–245. DOI: <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2024-75-231-245>.
63. Соловей О. М. Психологічні чинники формування ПТСР у військових із бойовим досвідом. Збірник наукових праць ХНПУ ім. Г. С. Сковороди. Серія: Психологія. 2021. № 62. С. 117–124.
64. Тептюк Ю. Щодо результатів емпіричного дослідження психологічних особливостей вияву стресостійкості соціальних працівників різних вікових груп. Збірник наукових праць Національної академії Державної

- прикордонної служби України. Серія: психологічні науки. 2019. Т. 13, № 2. С. 264–280. DOI: <https://doi.org/10.32453/5.v13i2.179>.
65. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу : монографія / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос та ін. ; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/722181/1/Monograph2020_labpsychother.pdf (дата звернення: 29.01.2026).
66. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Київ : ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 160 с.
67. Філіпович В., Бачинська С., Протас О. Психологічна підтримка постраждалих під час воєнних дій. Перспективи та інновації науки. 2022. № 7 (12). С. 625–637. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-7\(12\)-625-637](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-7(12)-625-637).
68. Черушева Г. Б., Плазова Т. І., Андрущенко Н. В. Психологічна підтримка учасників освітнього процесу: аналіз викликів воєнного часу. Габітус. 2023. Вип. 47. С. 153–157. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/habit_2023_47_29 (дата звернення: 18.02.2026).
69. Шатірішвілі Д., Сингаївська І. В. Психологічні особливості комунікативних проблем у родинах українських переселенців в умовах війни. Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку : тези доповідей V Міжнародної конференції (Київ, 7 грудня 2023 р.). Київ : Університет «КРОК», 2023. URL: <https://conf.krok.edu.ua/SRE/SRE-2023/paper/view/1735> (дата звернення: 15.04.2026).
70. Яланська С. Психологічна підтримка особистості в кризових умовах: можливості психологічної студії. Grail of Science. 2023. № 29. С. 318–319. DOI: <https://doi.org/10.36074/grail-of-science.07.07.2023.053>.
71. Al Jowf G. I., Ahmed Z. T., Reijnders R. A., de Nijs L., Eijssen L. M. T. To predict, prevent, and manage post-traumatic stress disorder (PTSD): a review of

- pathophysiology, treatment, and biomarkers. *International Journal of Molecular Sciences*. 2023. Vol. 24, no. 6. P. 5238. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijms24065238>.
72. Boussi-Gross R., Golan H., Fishlev G., Bechor Y., Volkov O., Bergan J., Friedman M., Hoofien D., Shlamkovitch N., Ben-Jacob E., Efrati S. Hyperbaric oxygen therapy can improve post concussion syndrome years after mild traumatic brain injury: randomized prospective trial. *PLOS ONE*. 2013. Vol. 8(11). e79995. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0079995>.
73. Carpiello B. The mental health costs of armed conflicts – a review of systematic reviews conducted on refugees, asylum-seekers and people living in war zones. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023. Vol. 20, no. 4. P. 2840. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph20042840>.
74. Centre national de ressources et de résilience (CN2R). Rapport d'activité 2023. Paris, 2024. URL: https://www.santementale.fr/medias/2024/04/Rapport_activite_2023_Cn2r.pdf (дата звернення: 15.02.2026).
75. Cloitre M., Garvert D. W., Brewin C. R., Bryant R. A., Maercker A. Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*. 2013. Vol. 4, no. 1. 20706. DOI: <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20706>.
76. Danan D., Grosskopf Y., Mayo A., Efrati S., Kutz I., Lang E., Alon U., Doenyas-Barak K. Hyperbaric oxygen therapy for PTSD: threshold effect for sustained symptom improvement in a biologically based treatment. *Brain and Behavior*. 2025. Vol. 15(8). e70757. DOI: <https://doi.org/10.1002/brb3.70757>.
77. Ellis E., Hazell C., Mason O. The mental health of Ukrainian refugees: a narrative review. *Academia Medicine*. 2024. Vol. 1, no. 2. DOI: <https://doi.org/10.20935/AcadMed6232>.
78. Héliot Y., Mittelmeier J., Rienties B. Developing learning relationships in intercultural and multi-disciplinary environments: a mixed method investigation of management students' experiences. *Studies in Higher Education*. 2020. Vol.

- 45, no. 11. P. 2356–2370. DOI: <https://doi.org/10.1080/03075079.2019.1610865>.
79. Hobfoll S. E. Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*. 1989. Vol. 44, no. 3. P. 513–524. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513>.
80. The international landscape of positive psychology research: a systematic review / H. Kim et al. *International Journal of Wellbeing*. 2018. Vol. 8, no. 1. P. 50–70. DOI: <https://doi.org/10.5502/ijw.v8i1.651>.
81. Israel Trauma Coalition. Community Stress Prevention Centers Model. URL: <https://israeltraumacoalition.org/en/> (дата звернення: 08.03.2026).
82. Keane T. M., Caddell J. M., Taylor K. L. *Mississippi Scale for Combat-Related PTSD*. Boston : National Center for PTSD, 1988. URL: <https://www.scribd.com/document/798077019/>.
83. Lazarus R. S., Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York : Springer Publishing Company, 1984. 456 p.
84. Mental health and psychosocial support in times of conflict: the Ukraine response operation / World Health Organization. WHO Regional Office for Europe, 2023. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies> (дата звернення: 02.02.2026).
85. Personal factors as predictors of psychological distress among internally displaced persons / V. C. Onyencho et al. *Psychological Thought*. 2020. Vol. 13, no. 1. P. 85–98. DOI: <https://doi.org/10.37708/psyc.v13i1.391>.
86. Psychotraumatology of the war in Ukraine: the question of the psychological care of victims who are refugees or who remain in Ukraine / J.-P. Bouchard et al. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2023. Vol. 181. P. 12–15. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amp.2022.04.006>.
87. Richardson L. Grief over non-death losses: a phenomenological perspective. *Passion: Journal of the European Philosophical Society for the Study of Emotions*. 2023. Vol. 1, no. 1. P. 50–67. DOI: <https://doi.org/10.59123/passion.v1i1.12287>.

88. Sareen J. Posttraumatic stress disorder in adults: impact, comorbidity, risk factors, and treatment. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2014. Vol. 59, no. 9. P. 460–467. DOI: <https://doi.org/10.1177/070674371405900902>.
89. Self-actualization. EBSCO Research Starters. 2024. URL: <https://www.ebsco.com/research-starters/psychology/self-actualization> (дата звернення: 18.02.2026).
90. Singhal S. Early life shocks and mental health: the long-term effect of war in Vietnam. *Journal of Development Economics*. 2019. Vol. 141. P. 102244. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2018.06.002>.
91. Weathers F. W., Litz B. T., Herman D. S., Huska J. A., Keane T. M. PTSD Checklist – Civilian Version (PCL-C). Boston : National Center for PTSD, 1993. URL: <https://www.scribd.com/document/803845966/>.
92. World Health Organization. Regional Office for Europe. Leveraging health financing to strengthen mental health services in Ukraine. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2023. (WHO/EURO:2023-8927-48699-72383). URL: <https://www.who.int/turkiye/publications/i/item/WHO-EURO-2023-8927-48699-72383> (дата звернення: 12.11.2025).
93. World Health Organization. Scaling-up mental health and psychosocial services in war-affected regions: best practices from Ukraine. WHO Newsroom. 2022. URL: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/scaling-up-mental-health-and-psychosocial-services-in-war-affected-regions--best-practices-from-ukraine> (дата звернення: 12.11.2025).
94. World Health Organization. Supporting Turkish mental health policy and service delivery. WHO Results Report 2020. URL: <https://www.who.int/about/accountability/results/who-results-report-2020-mtr/country-story/2020/supporting-turkish-mental-health-policy-and-service-delivery> (дата звернення: 10.04.2026).

ДОДАТКИ

Додаток 1

Структура стандартизованого інтерв'ю

Розділ	Питання/Пункти
Знайомство	1. Який Ваш вік? 2. Яка ваша стать? 3. Чи є діти? 4. Звідки переїхали (та коли, за наявності бажання відповісти)? 5. Куди саме?
Причини переїзду	1. Які основні причини вашого переміщення (пряма небезпека, робочі обставини тощо)? 2. Чи були у вас конкретні інциденти, які спонукали вас залишити своє рідне місце?
Досвід та виклики	3. З якими труднощами ви стикалися при переїзді? 4. Як ви оцінюєте підтримку, яку отримали в новому місці (житло, медичне обслуговування, психологічна підтримка)? 5. Які послуги або допомога були для вас найбільш важливими?
Адаптація та інтеграція	6. Як ви почуваетесь в новому місці? 7. Чи знайшли ви роботу? Тієї спеціальності, яка була, чи змінили її? 8. Як ви оцінюєте своє соціальне оточення (друзі, сусіди)? 9. Найбільші фінансові труднощі: - оплата житла - харчування - транспорт - освіта дітей (якщо наявні) - інше (вказати)

Майбутнє	10. Чи плануєте ви повернутися на рідну землю? 11. Які ваші сподівання на майбутнє?
Психологічний аспект	12. Назвіть ті психологічні проблеми, які ви спостерігали у інших або пережили особисто: - Проблеми зі сном - Депресивний стан - Агресивність тощо 13. Що робили люди коли стикалися з цими проблемами (ви або інші переселенці)? 14. Які способи психологічної допомоги ви знаєте? 15. Чи вам відомі сервіси/служби/організації для допомоги переселенцям?

Додаток 2

Структура занять психологічного супроводу

Номер заняття	Зміст заняття	Завдання	Інструменти	Тривалість
1	Первинний контакт, збір загальної інформації	Встановлення взаємодії, уточнення стану	Бесіда, активне слухання	30 хв
2	Пояснення реакцій на стрес, нормалізація переживань	Зниження напруження, формування розуміння реакцій	Психоосвіта, бесіда	40-60 хв
3	Ознайомлення з техніками самозаспокоєння	Формування первинних навичок саморегуляції	Дихальні вправи, вправи заземлення	30-40 хв
4	Тренування стабілізаційних технік	Закріплення навичок зниження тривоги	Практичні вправи, фокус уваги	60 хв

5	Робота з тілесними реакціями напруження	Зменшення соматичного дискомфорту	Релаксаційні техніки	60 хв
6	Аналіз автоматичних думок	Виявлення думок, що підсилюють тривогу	Когнітивні вправи	60 хв
7	Перебудова деструктивних переконань	Формування більш адаптивних схем мислення	Когнітивна реструктуризація	60 хв
8	Робота з уникненням поведінки	Поступове розширення активності	Поведінкові завдання	60 хв
9	Розвиток емоційної саморегуляції	Усвідомлення та керування емоційними реакціями	Тренувальні вправи, рефлексія	60 хв
10	Ресурсне відновлення та планування подальших дій	Активізація внутрішніх ресурсів, формування цілей	Рефлексивні вправи, планування	60 хв