

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД «ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ К. Д. УШИНСЬКОГО»

Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису

АБДУЛЛАЄВА ВІКТОРІЯ ВАСИЛІВНА

УДК : 159.938.363.5:364.62:314.151.3-054.73:364-787.522(043)

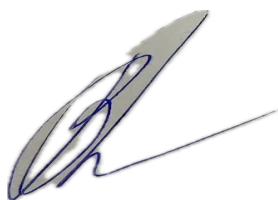
ДИСЕРТАЦІЯ
ПРАКТИКА НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В
АДАПТАЦІЇ ВИМУШЕНО ПЕРЕМІЩЕНИМ ОСОБАМ З УКРАЇНИ

053 Психологія

05 Соціальні та поведінкові науки

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело



_____ В. В. Абдуллаєва

Науковий керівник : Казанжи Марія Йосипівна, доктор психологічних наук,
професор

ОДЕСА – 2025

АНОТАЦІЯ

Абдуллаєва В. В. Практика надання психологічної допомоги в адаптації вимушено переміщеним особам з України. – Кваліфікаційна наукова робота на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю – 053 Психологія. – Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського», Одеса, 2025.

Дисертацію присвячено дослідженню теоретичних та практичних аспектів надання психологічної допомоги в адаптації вимушено переміщеним українцям. Адаптація розглядається як сукупність процесів функціональної організації внутрішніх механізмів індивіда, що забезпечують його освоєння та ефективну діяльність у соціальному та культурному середовищі на основі підтримки та своєчасного відновлення психофізіологічної та емоційної стійкості.

У результаті теоретико-методологічного аналізу визначено структуру адаптації вимушено переміщених осіб, що містить чотири функціональних рівня: біофізіологічний, що забезпечує підтримку гомеостазу, психофізіологічну регуляцію та реагування на стресові чинники; психологічний, що відповідає за збереження емоційної стабільності та цілісності образу Я; соціальний, на якому відбувається встановлення міжособистісних зв'язків та пристосування до соціальних вимог; культурологічний, який пов'язаний із засвоєнням нових культурних норм та цінностей.

У контексті психосоціальної адаптації вимушено переміщені особи зіштовхуються з такими психологічними труднощами, як тривожність, почуття сорому та провини (синдром вцілілого), страхи за своє майбутнє та життя близьких, депресивні стани та втрата сенсу життя, відчуття безпорадності, синдром відкладеного життя, посттравматичний стресовий розлад, що проявляється у порушенні сну та роботи серцево-судинної системи,

розосередженості уваги та фізичній слабкості. Актуальні питання втрати соціальної та духовної підтримки у зв'язку зі змінами в культурній та релігійній сферах, подолання мовленнєвих бар'єрів, стигматизації та етнічної дискримінації.

Запити біженців на психологічну допомогу є багатовимірними та демонструють глибинний вплив травматичного досвіду, зумовленого воєнними подіями та міграцією, на психіку та моральний стан. Вони пов'язані з потребами в емоційній підтримці та стабілізації психічного стану; у допомозі в адаптації до нового соціокультурного середовища; у підтримці на шляху до відновлення після травматичного досвіду та втрат, у допомозі в емоційній регуляції та самовладання у стресі та під час тривоги; у налагодженні та зміцненні сімейних і соціальних контактів; у професійному освоєнні та підготовці до нових умов праці та взаємодії.

На основі узагальнення теоретичних даних та досвіду міжнародної практики встановлено, що психосоціальна модель психологічної підтримки вимушено переміщених осіб спрямована на термінову регуляцію стану в екстремальних ситуаціях (відновлення базових потреб, подолання кризових станів, зниження рівня стресу та тривоги), та в подальшому – на зміцнення внутрішніх опор (підвищення емоційної стійкості, відновлення внутрішніх особистих ресурсів, пошук шляхів вирішення психологічних труднощів, пов'язаних з адаптацією в новому місці проживання та культурному середовищі). Відтак методи психологічної допомоги та підтримки мають три форми спрямування: підтримувальні, що застосовуються для зміцнення уже наявних ефективних механізмів самопомоги; перенавчальні, які фокусуються на зміні поведінкових стратегій шляхом набуття досвіду використання більш функціональних форм реагування; реконструктивні, що зосереджені на глибинному опрацюванні внутрішніх конфліктів шляхом вивчення індивідуальних якостей, характеру, особливостей реакцій та емоційних станів. Залежно від запиту психологічна допомога реалізовується засобами когнітивно-поведінкової та нарративної експозиційної терапії,

гештальт-терапії, трансфер-фокусованої терапії, EMDR, арттерапії, пісочної терапії, імаготерапії, музикотерапії, бібліотерапії та натуртерапії.

Проведено аналіз сучасного стану адаптаційних можливостей вимушено переміщених осіб з України. Для дослідження особливостей адаптації сформовано комплекс індивідуально-особистісних параметрів, що розкриває специфіку соціально-психологічної адаптації, нервово-психічної адаптації, індивідуально-психологічної організації, актуального стану, толерантності до невизначеності, психологічного благополуччя, тривоги та соціальної довіри. Дослідження реалізоване за допомогою психодіагностичних методик : Шкала діагностики соціально-психологічної адаптації (К. Роджерс та Р. Даймонд), 16-факторний особистісний опитувальник (Р. Кеттел, Форма С), «Опитувальник актуального стану» (К. Шрайнер), Опитувальник толерантності до невизначеності, MSTAT-1 (Д. Маклейн), Шкала тривожності Бека, ВАІ, тест оцінки нервово-психічної адаптації (НПА) (адаптація В. Приходько, В. Кузьмінський), Шкала психологічного благополуччя (К. Ріфф), Шкала соціальної довіри (ITS) (Дж. Роттер).

У результаті емпіричного дослідження встановлено кореляційні зв'язки соціально-психологічної, нервово-психічної адаптації з індивідуальними характеристиками, психофізичними даними, ставленням до невизначених ситуацій, психологічним добробутом та тривожністю. Підтверджено, що прийняття та позитивне ставлення до невизначеності та складних ситуацій виступає значущим предиктором адаптаційної спроможності вимушено переміщених осіб, сприяючи адекватному та ефективному подоланню стресових умов та кризових обставин. Адаптивна спроможність тісно корелює із суб'єктивними самовідчуттями цілісності та усвідомленості щодо свого життя, а психологічний та фізичний стан, емоційний комфорт є провідними чинниками підтримки оптимального рівня адаптації.

Зафіксовано, що високий рівень адаптації супроводжується емоційною стабільністю, позитивним ставленням до себе, спокоєм, соціальною активністю, орієнтацією на особистісний розвиток та досягнення власних

цілей, психологічним благополуччям. Низький рівень адаптації пов'язаний з підвищеною тривогою та напруженням, психоемоційною вразливістю, негативним самосприйняттям та оцінкою себе, фізичним дискомфортом, незадовільним самопочуттям та негативним настроєм, труднощами соціальної інтеграції.

Виділено латентні фактори адаптації вимушено переміщених осіб, що впливають на функціональність та ефективність реагування в стресових ситуаціях. До них увійшли: емоційна адаптивність, життєва свідомість та цілеспрямованість, гнучкість в невизначеності, соціальна впевненість, автономність поведінки. Виявлено, що емоційна адаптивність базується на емоційній регулятивності, самовладанні, інтернальності, прийнятті себе та інших, спокої, та є базовим ресурсом, що підтримує психологічну стійкість. Життєва свідомість та цілеспрямованість забезпечує екзистенційне орієнтування та передбачає чіткість у формулюванні цілей, усвідомленість особистих цінностей і пріоритетів, автономію та позитивне налаштування. Гнучкість у невизначеності позначає позитивне ставлення до невизначених і складних ситуацій, прийняття невизначеності, вибір гнучких умов, та слугує важливим чинником мобільності у багатозначності і нечіткості, дозволяючи знаходити можливості у кризових ситуаціях. Соціальна впевненість інтегрує характеристики прийняття себе та інших, гнучкості, внутрішнього контролю, емоційного комфорту та прагнення до контролю над оточенням, та є визначальною для здатності до конструктивної взаємодії, збереження особистої позиції при налагодженні взаємовідносин у новому соціальному колі. Автономність поведінки пов'язана з урівноваженістю та практичністю поведінки, соціальною відкритістю та здатністю приймати самостійні рішення, що забезпечує збереження ідентичності в інтеграційних процесах.

Визначено та описано психологічні профілі вимушено переміщених українців із низьким та високим рівнем адаптації, на основі компаративного аналізу. Профіль з високою адаптацією характеризується емоційною стійкістю та психологічною гнучкістю, автономністю, ефективністю в багатозначності

та нечітких умовах, позитивним ставленням до себе. Дану групу представляють екстравертні особи з розвиненими комунікативними навичками, емпатією, сміливістю, лідерськими якостями та готовністю до конструктивної взаємодії. Вони активні, мобілізовані в стресі, енергійні, мають достатньо емоційного та фізичного ресурсу, володіють навичками саморегуляції та самовідновлення. Їм властиві відкритість до нового, прагнення до особистісного розвитку, віра в себе, усвідомлення своїх можливостей, наявність власних смислів та цілей, екзистенційна зрілість. Особи з високою адаптивністю проявляють організованість та зосередженість у стресових ситуаціях, впевненість та позитивне ставлення до невизначеності, яку сприймають як можливість для власного розвитку та зростання. Вони гнучкі у поведінці, варіюють стратегіями мислення та дій, аналітичні та стримані в довірі, незалежні до соціального схвалення.

Профілю з низькою адаптацією характерні емоційна нестійкість, нервово-психічне напруження, інтолерантність до труднощів та раптових життєвих викликів, психоемоційне та фізичне виснаження, невпевненість в собі, чутливість до зовнішніх стресогенних чинників. Це інтровертні особи з підвищеною тривожністю, негативним емоційним фоном, схильністю до фрустрації та необґрунтованих переживань, що мають труднощі у взаємодії з собою та соціумом. Вони замкнуті, імпульсивні та дезорганізовані, у стресових обставинах відчують напруження та розосередження, побоюються та уникають невизначеності й змін, сприймають життєві труднощі як загрозу, пасивні. Представники профілю відчують загальне фізичне та емоційне виснаження, неенергійні, незадоволені собою та своїм життям, мають слабкі навички саморегуляції. Їм властиві роздратованість, занепокоєність, схильність до катастрофізації, закритість до нового, відчуття безпорадності та безсилля перед труднощами, пригніченість. Особи з низькою адаптацією виявляють дефіцити в емоційній, ціннісній та мотиваційній сферах, відсутність смислових життєвих орієнтирів та цілей, небажання до самовдосконалення. Вони чутливі до схвалення та залежні до думки оточення,

використовують довіру як захисний механізм для ідеалізації оточення, мають скарги на фізичне самопочуття та емоційний дисбаланс.

Розроблено програму психологічної допомоги вимушено переміщеним українцям, що зорієнтована на покращення психологічного стану та адаптаційних можливостей. У ній інтегровано провідні техніки м'язової релаксації та вивільнення напруги через рух з тілесно-орієнтованого підходу, медитативні та техніки регуляції дихання з майндфулнес-методу, елементи когнітивної реструктуризації та модифікації поведінкових стратегій з когнітивно-поведінкового підходу, елементи рольової взаємодії та активізації соціальної підтримки з інтерперсонального підходу, техніки усвідомленого самосприйняття та планування майбутнього з позитивного підходу. Розкрито вектори спрямованості програми: нормалізація стану, формування навичок саморегуляції та адаптивного мислення, активізація та посилення соціальної підтримки, мобілізація внутрішніх ресурсів.

Семизаняттєва структура програми передбачає перше діагностичне та шість інтервенційних занять із чітко визначеними цілями, методами та практичними техніками, що забезпечує поступове формування навичок саморегуляції, емоційної стабілізації, усвідомлення та трансформації дезадаптивних когнітивних й поведінкових стратегій, соціальної інтеграції.

Описано можливості модифікації програми залежно від специфіки запитів і потреб різних груп переміщених осіб, що робить її універсальним та інклюзивним інструментом психологічної підтримки. Програма враховує особливості інтервенції людей похилого віку, осіб з інвалідністю, батьків із дітьми, біженців та переселенців із вираженою симптоматикою посттравматичного стресового розладу, а також формати онлайн та офлайн зустрічей, пропонуючи модифікації змісту, темпу та методів психологічного впливу. Це забезпечує її доступність для кожної переміщеної особи, яка потребує психологічної допомоги, з урахуванням технічних та психологічних аспектів взаємодії.

Розкрито організаційні аспекти впровадження програми, що наслідують стратегії подальшої підтримки та довготривалого ефекту. Супровід учасників після проходження програми психологічної допомоги включає формати контрольних зустрічей, індивідуального супроводу, відвідування груп самопомоги, устаткування ресурсними матеріалами та залучення до волонтерства. Для забезпечення довготривалого ефекту психологічної допомоги обґрунтовано тактики формування нового соціального середовища, проведення бустер-сесій та повторних курсів, моніторингу та зворотного зв'язку, підтримки ініціатив переміщених осіб, створення спільноти взаємопідтримки та впливу на громаду.

Ключові слова : адаптація; психологічна допомога, супровід та психосоціальна підтримка; структура, етапи процесу консультування та психологічна корекція; стрес, стресостійкість та посттравматичний стресовий розлад; психологічні ресурси та ресурсність; емпатія та толерантність; мотив та мотивація; потреби та вибір; тривожність; міграція та вимушені переселенці; захист та розвиток; особистість.

ABSTRACT

Abdullaeva V. V. The practice of providing psychological assistance in the adaptation of forcibly displaced persons from Ukraine. – Qualification scientific work based on manuscript rights.

The dissertation on the obtaining of scientific degree of PhD on speciality – 053 «Psychology». – The State Institution «South Ukrainian National University named after K. D. Ushynsky», Odesa, 2025.

The dissertation is devoted to the study of theoretical and practical aspects of providing psychological assistance in the adaptation of forcibly displaced Ukrainians. Adaptation is considered as a set of processes of functional organization of an individual's internal mechanisms that ensure their assimilation and effective

activity in a social and cultural environment based on support and timely restoration of psychophysiological and emotional stability.

As a result of theoretical and methodological analysis, the structure of adaptation of forcibly displaced persons has been determined, which contains four functional levels : biophysiological, which ensures homeostasis, psychophysiological regulation, and response to stress factors; psychological, responsible for maintaining emotional stability and integrity of the self-image; social, where interpersonal relationships are established and adaptation to social requirements takes place; cultural, which is associated with the assimilation of new cultural norms and values.

In the context of psychosocial adaptation, forcibly displaced persons face psychological difficulties such as anxiety, feelings of shame and guilt (survivor syndrome), fears for their future and the lives of their loved ones, depression and loss of meaning in life, feelings of helplessness, post-traumatic stress disorder, manifested in sleep disturbances and cardiovascular system disorders, lack of concentration, and physical weakness. Current issues include loss of social and spiritual support due to changes in the cultural and religious spheres, overcoming language barriers, stigmatization, and ethnic discrimination.

Refugees' requests for psychological assistance are multidimensional and demonstrate the profound impact of traumatic experiences caused by war and migration on their mental and moral state. They are related to the need for emotional support and stabilization of mental health; assistance in adapting to a new sociocultural environment; support on the path to recovery from traumatic experiences and losses; assistance in emotional regulation and self-control in times of stress and anxiety; establishing and strengthening family and social contacts; professional development and preparation for new working conditions and interactions.

Based on a synthesis of theoretical data and international practice, it has been established that the psychosocial model of psychological support for forcibly displaced persons is aimed at urgent regulation of the state in extreme situations

(restoration of basic needs, overcoming crisis situations, reducing stress and anxiety), and subsequently at strengthening internal support (increasing emotional stability, restoring internal personal resources, finding ways to solve psychological difficulties associated with adaptation to a new place of residence and cultural environment). Therefore, psychological assistance and support methods have three forms of focus : supportive, used to strengthen existing effective self-help mechanisms; retraining, which focuses on changing behavioral strategies by gaining experience in using more functional forms of response; reconstructive, which focus on deep processing of internal conflicts by studying individual qualities, character, reaction patterns, and emotional states. Depending on the request, psychological assistance is provided through cognitive-behavioral and narrative exposure therapy, Gestalt therapy, transfer-focused therapy, EMDR, art therapy, sand therapy, imagotherapy, music therapy, bibliotherapy, and nature therapy.

An analysis of the current state of adaptation capabilities of internally displaced persons from Ukraine was conducted. To study the peculiarities of adaptation, a set of individual personality parameters was formed, revealing the specifics of socio-psychological adaptation, neuropsychological adaptation, individual psychological organization, current state, tolerance to uncertainty, psychological well-being, anxiety, and social trust. The study was conducted using psychodiagnostic methods : the Social-Psychological Adaptation Diagnostic Scale (C. Rogers and R. Diamond), the 16-factor personality questionnaire (R. Cattell, Form C), the Current State Questionnaire (K. Schreiner), Uncertainty Tolerance Questionnaire, MSTAT-1 (D. MacLean), Beck Anxiety Scale, BAI, Neuropsychological Adaptation Assessment Test (NPA) (adapted by V. Prykhodko, V. Kuzminsky), Psychological Well-Being Scale (K. Riff), Social Trust Scale (ITS) (J. Rotter).

The empirical study established correlations between socio-psychological and neuropsychological adaptation and individual characteristics, psychophysical data, attitudes toward uncertain situations, psychological well-being, and anxiety. It has been confirmed that acceptance and a positive attitude towards uncertainty and

difficult situations are significant predictors of the adaptive capacity of forcibly displaced persons, contributing to the adequate and effective overcoming of stressful conditions and crisis situations. Adaptive capacity is closely correlated with subjective feelings of integrity and awareness of one's life, while psychological and physical condition and emotional comfort are the leading factors in maintaining an optimal level of adaptation.

It has been found that a high level of adaptation is accompanied by emotional stability, a positive attitude towards oneself, calmness, social activity, a focus on personal development and the achievement of one's own goals, and psychological well-being. A low level of adaptation is associated with increased anxiety and tension, psycho-emotional vulnerability, negative self-perception and self-assessment, physical discomfort, poor health and negative mood, and difficulties with social integration.

Latent factors of adaptation of forcibly displaced persons that affect the functionality and effectiveness of response in stressful situations have been identified. These include emotional adaptability, life awareness and purposefulness, flexibility in uncertainty, social confidence, and behavioral autonomy. It was found that emotional adaptability is based on emotional regulation, self-control, internalization, acceptance of oneself and others, calmness, and is a basic resource that supports psychological stability. Life awareness and purposefulness provide existential orientation and imply clarity in goal setting, awareness of personal values and priorities, autonomy, and a positive attitude. Flexibility in uncertainty refers to a positive attitude toward uncertain and complex situations, acceptance of uncertainty, and choosing flexible conditions, and serves as an important factor in mobility in ambiguity and vagueness, allowing opportunities to be found in crisis situations. Social confidence integrates the characteristics of acceptance of oneself and others, flexibility, internal control, emotional comfort, and the desire to control one's environment, and is decisive for the ability to interact constructively and maintain one's personal position when establishing relationships in a new social circle. Behavioral autonomy is associated with balanced and practical behavior,

social openness, and the ability to make independent decisions, which ensures the preservation of identity in integration processes.

The psychological profiles of forcibly displaced Ukrainians with low and high levels of adaptation have been identified and described based on a comparative analysis. The high adaptation profile is characterized by emotional stability and psychological flexibility, autonomy, effectiveness in ambiguous and uncertain conditions, and a positive attitude towards oneself. This group is represented by extroverts with developed communication skills, empathy, courage, leadership qualities, and a willingness to engage in constructive interaction. They are active, mobilized in stressful situations, energetic, have sufficient emotional and physical resources, and possess self-regulation and self-recovery skills. They are open to new things, strive for personal development, believe in themselves, are aware of their capabilities, have their own meanings and goals, and are existentially mature. Highly adaptable individuals are organized and focused in stressful situations, confident and positive about uncertainty, which they perceive as an opportunity for personal development and growth. They are flexible in their behavior, vary their thinking and action strategies, are analytical and cautious in their trust, and are independent of social approval.

The low adaptation profile is characterized by emotional instability, nervous and mental tension, intolerance to difficulties and sudden life challenges, psycho-emotional and physical exhaustion, self-doubt, and sensitivity to external stressors. These are introverted individuals with increased anxiety, a negative emotional background, a tendency to frustration and unfounded worries, who have difficulties interacting with themselves and society. They are withdrawn, impulsive, and disorganized, experience tension and distraction in stressful situations, fear and avoid uncertainty and change, perceive life's difficulties as a threat, and are passive. Representatives of this profile experience general physical and emotional exhaustion, are unenergetic, dissatisfied with themselves and their lives, and have poor self-regulation skills. They are characterized by irritability, anxiety, a tendency to catastrophize, closed-mindedness to new things, feelings of helplessness and

powerlessness in the face of difficulties, and depression. People with low adaptation show deficits in the emotional, value, and motivational spheres, a lack of meaningful life goals and objectives, and an unwillingness to improve themselves. They are sensitive to approval and dependent on the opinions of those around them, use trust as a defense mechanism to idealize their surroundings, and complain of physical discomfort and emotional imbalance.

A psychological assistance program has been developed for forcibly displaced Ukrainians, aimed at improving their psychological state and adaptive abilities. It integrates leading techniques of muscle relaxation and tension release through movement from a body-oriented approach, meditative and breathing regulation techniques from the mindfulness method, elements of cognitive restructuring and modification of behavioral strategies from a cognitive-behavioral approach, elements of role interaction and activation of social support from an interpersonal approach, techniques of conscious self-perception and planning for the future from a positive approach. The vectors of the program's focus are revealed : normalization of the condition, formation of self-regulation and adaptive thinking skills, activation and strengthening of social support, mobilization of internal resources.

The seven-session structure of the program includes an initial diagnostic session and six intervention sessions with clearly defined goals, methods, and practical techniques, ensuring the gradual formation of self-regulation skills, emotional stabilization, awareness and transformation of maladaptive cognitive and behavioral strategies, and social integration.

The program can be modified depending on the specific requests and needs of different groups of displaced persons, making it a universal and inclusive tool for psychological support. The program takes into account the specific features of interventions for older people, persons with disabilities, parents with children, refugees, and displaced persons with pronounced symptoms of post-traumatic stress disorder, as well as online and offline meeting formats, offering modifications to the content, pace, and methods of psychological influence. This ensures its accessibility

to every displaced person in need of psychological assistance, taking into account the technical and psychological aspects of interaction.

The organizational aspects of the program's implementation are revealed, following strategies for further support and long-term effect. Support for participants after completing the psychological assistance program includes follow-up meetings, individual support, visits to self-help groups, provision of resource materials, and involvement in volunteer work. To ensure the long-term effect of psychological assistance, tactics for forming a new social environment, conducting booster sessions and repeat courses, monitoring and feedback, supporting the initiatives of displaced persons, creating a community of mutual support and influencing the community are justified.

Keywords : adaptation; psychological assistance, support, and psychosocial support; structure, stages of the counseling process, and psychological correction; stress, stress resistance, and post-traumatic stress disorder; psychological resources and resourcefulness; empathy and tolerance; motive and motivation; needs and choices; anxiety; migration and forced migrants; protection and development; personality.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті у наукових фахових журналах України :

1. Абдуллаєва В. В., Казанжи М. Й. Світовий досвід надання психологічної допомоги біженцям : Можливості імплементації. *Наукові перспективи*. 2023. №12(42). С. 789-800. URL : <http://perspectives.pp.ua/index.php/np/issue/view/200/291> (дата звернення : 14.11.2025).
2. Абдуллаєва В. Модель надання психологічної допомоги біженцям. *Габітус*. 2024. №62. С. 60-63. URL : <http://habitus.od.ua/62-2024> (дата звернення : 14.11.2025).
3. Абдуллаєва В. Теоретико-методологічні основи вивчення практики надання психологічної допомоги. *Перспективи та інновації наук*. 2024. №10 (44). С. 742-753. URL : <http://perspectives.pp.ua/index.php/pis/article/view/15622>. (дата звернення : 14.11.2025).
4. Абдуллаєва В. Індивідуально-психологічні детермінанти адаптації українських біженців. *Вісник Львівського університету. Серія психологічних наук*. 2025. №24. С. 3-13. URL : http://psy-visnyk.lnu.lviv.ua/archive/24_2025/3.pdf (дата звернення : 14.11.2025).
5. Абдуллаєва В. Латентні фактори психологічних станів українських біженців. *Наука і Освіта*. 2025. №2. С. 7-12. URL : <https://scienceandeducation.pdpu.edu.ua/arkhiv/vipuski-2025/vipusk-2-2025> (дата звернення : 14.11.2025).
6. Абдуллаєва В. Індивідуально-психологічні передумови адаптивності українців в умовах вимушеної міграції. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом*. 2025. №2 (67). С. 7-12. URL : <https://journals.maup.com.ua/index.php/psychology/issue/view/436> (дата звернення : 14.11.2025).

Публікації в інших наукових виданнях :

1. Абдуллаєва В. В. Організація надання психологічної допомоги біженцям з України. *XXIII Міжнародна науково-практична конференція «The influence of society on the development of science and the invention of new methods»* (м. Прага, Чехія, 13–16 черв. 2023 р.) : матеріали конф. 2023. С. 334–337. URL : <https://isg-konf.com/uk/the-influence-of-society-on-the-development-of-science-and-the-invention-of-new-methods> (дата звернення : 14.11.2025).
2. Абдуллаєва В. Резильєнтність біженців. Матеріали XXXIX Міжнародної науково-практичної конференції «Сучасні аспекти модернізації науки: стан, проблеми, тенденції розвитку» (м. Гетеборг, Швеція, 7 грудень 2023 р.). м. Гетеборг (Швеція) : ГО «ВАДНД», 2023. С.276-279. URL : <http://perspectives.pp.ua/public/site/conferency/conf-39.pdf> (дата звернення : 14.11.2025).
3. Абдуллаєва В. Features of social and psychological assistance to refugees. Матеріали V Міжнародної наукової студентської конференції «Молодь і науковий прогрес у соціально-економічному та освітньому просторі суспільства» (м. Кам'янець-Подільський, 5-6 грудень 2023 р.). Кам'янець-Подільський: НРЗВО КПДІ, 2023. С.255-257. URL :<https://kpdi.edu.ua/wp-content/uploads/2024/06/Materialy-V-Mizhnarodnoyi-naukovoyi-studentskoyi-konferentsiyi.pdf> (дата звернення : 14.11.2025).
4. Абдуллаєва В. В. Проживання сорому та провини у контексті війни. Матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції «*Modern technologies and processes of implementation of new methods*» (м. Мадрид, Іспанія, 6–9 лютого 2024 р.). Madrid, Spain: International Science Group, 2024. С.318–320. URL :<https://isg-konf.com/wp-content/uploads/2024/02/MODERN-TECHNOLOGIES-AND-PROCESSES-OF-IMPLEMENTATION-OF-NEW-METHODS.pdf> (дата звернення : 14.11.2025).
5. Абдуллаєва В. Синдром відкладеного життя у біженців. Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Євроінтеграція в мистецтві,

науці та освіті: досвід, перспективи розвитку» (м. Клайпеда, Литва, 2024 р.).
 Klaipėda : Klaipėda University, 2024. С.183–185.
 URL :https://web.ku.lt/uploads/documents/files/Konferencijos_tezės_2024_03_08.pdf (дата звернення : 14.11.2025).

6. Абдуллаєва В. Психологічна підтримка переселенців : Інтегрований підхід до роботи з травмою. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції *«Актуальні проблеми сучасної психології: теорія, досвід, практика»* (м. Одеса, 25–26 квітень 2025 р.). Одеса : Університет Ушинського, 2025. С.3–9. URL : <http://dspace.pdpu.edu.ua/handle/123456789/23132> (дата звернення : 14.11.2025).

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	20
ВСТУП.....	23
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПРАКТИКИ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВИМУШЕНО ПЕРЕМІЩЕНИМ ОСОБАМ.....	30
1.1. Поняття адаптації у контексті вимушеного переміщення.....	30
1.2. Сутність та основні категорії психологічної допомоги біженцям та переселенцям.....	38
1.3. Актуальні запити на психологічну допомогу в умовах переміщення.....	49
1.4. Методи психологічної допомоги.....	60
1.5. Світовий досвід надання психологічної допомоги переміщеним особам: можливості імплементації.....	76
Висновки до першого розділу.....	85
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ АДАПТАЦІЇ ВИМУШЕНО ПЕРЕМІЩЕНИХ УКРАЇНЦІВ.....	88
2.1. Аналіз міжнародного досвіду застосування психодіагностичних методів вивчення психологічного стану переміщених осіб.....	88
2.2. Організація та методи дослідження.....	100
2.3. Кореляційний аналіз індивідуально-психологічних детермінант адаптації вимушено переміщених українців.....	109
2.4. Фактори адаптації та психологічного стану вимушено переміщених українців.....	123
2.5. Психологічні профілі переміщених осіб із високим та низьким рівнем адаптивності.....	128
Висновки до другого розділу.....	157
РОЗДІЛ 3. КОНЦЕПЦІЯ РОЗРОБКИ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОГРАМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В АДАПТАЦІЇ ВИМУШЕНО ПЕРЕМІЩЕНИМ УКРАЇНЦЯМ.....	161

3.1. Аналіз міжнародного досвіду впровадження програм психологічної допомоги вимушено переміщеним особам.....	161
3.2. Методологія та принципи розробки програми.....	167
3.3. Структура та зміст програми психологічної допомоги в адаптації вимушено переміщеним українцям.....	177
3.4. Особливості реалізації програми залежно від соціальної категорії та формату роботи.....	186
3.5. Подальший супровід та забезпечення довготривалого ефекту.....	196
Висновки до третього розділу.....	203
ВИСНОВКИ.....	207
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	213

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

№	Умовні позначення	Назва показника
16-факторний особистісний опитувальник (Р. Кеттел, Форма С)		
1	A	Замкнутість–товариськість
2	B	Інтелект
3	C	Емоційна стабільність
4	E	Підпорядкованість–домінування
5	F	Стриманість–експресивність
6	G	Моральна нормативність
7	H	Боязкість–сміливість
8	I	Практицизм–чутливість
9	L	Довірливість–підозріливість
10	M	Практичність–мрійливість
11	N	Прямолінійність–дипломатичність
12	O	Спокій–тривожність
13	Q1	Консерватизм–радикалізм
14	Q2	Конформізм–нонконформізм
15	Q3	Самоконтроль
16	Q4	Розслабленість–напруга
17	F1	Тривога
18	F2	Інтроверсія–екстраверсія
19	F3	Чутливість–урівноваженість
20	F4	Конформність–незалежність
21	MD	Прагнення виглядати краще
Опитувальник актуального стану, К. Шрайнер		
22	АД	Активация – деактивация
23	НВН	Тонус високий – низький
23	СФ	Самопочуття фізичне

24	СТ	Спокій-тривога
25	ЗЕ	Збудження емоційне
Опитувальник толерантності до невизначеності, MSTAT-1 (Д. Маклейн)		
26	ТН	Толерантність до невизначеності
27	ПН	Перевага невизначеності
28	ПУН	Прийняття – уникнення невизначеності
29	СН	Ставлення до новизни
30	ССС	Ставлення до складних ситуацій
31	СНС	Ставлення до невизначених ситуацій
Шкала діагностики соціально-психологічної адаптації (К. Роджерс та Р. Даймонд)		
32	ІПА	Інтегральний показник адаптації
33	А1	Адаптивність
34	Д	Дезадаптивність
35	ІПС	Інтегральний показник самосприйняття
36	ПС	прийняття себе
37	НПС	Неприйняття себе
38	ІППІ	Інтегральний показник прийняття інших
39	ПІ	Прийняття інших
40	НПІ	Неприйняття інших
41	ІПЕК	Інтегральний показник емоційної комфортності
42	ЕК	Емоційна комфортність
43	ЕДК	Емоційна дискомфортність
44	ІПІ	Інтегральний показник інтернальності
45	ВК	Внутрішній контроль
46	ЗК	Зовнішній контроль
47	ІППД	Інтегральний показник прагнення домінувати

48	ДН	Домінування
49	В1	Відомість
50	Е1	Ескапізм
51	Щ	Шкала щирості
Шкала тривожності ВАІ, (А. Бек)		
52	ТБ	Шкала тривоги Бека
Тест оцінки нервово-психічної адаптації (НПА) (адаптація В. Приходько, В. Кузьмінський)		
53	НПА	Нервово-психічна адаптація
Шкала психологічного благополуччя (К. Ріфф)		
54	ПД	Психологічний добробут
55	ПВ	Позитивні відносини
56	А2	Автономія
57	КС	Керування середовищем
58	ОЗ	Особистісне зростання
59	ЦЖ	Цілі в житті
60	С1	Самоприйняття
61	БА	Баланс афекту
62	СЖ	Свідомість життя
63	ЛВС	Людина як відкрита система
Шкала соціальної довіри, ITS (Дж. Роттер)		
64	РСД	Рівень соціальної довіри

ВСТУП

Актуальність дослідження. Воєнна міграція є причиною значних викликів для психологічного здоров'я та адаптаційних можливостей людини сьогодення. Особливо критичним постає питання адаптації та інтеграції для українських біженців та переселенців, які покинули свої домівки вимушено внаслідок воєнного конфлікту та вторгнення. Радикальні зміни в життєвому середовищі, з якими зіштовхуються вимушено переміщені особи, створюють чимале психологічне навантаження, що ускладнює адаптаційні процеси в нетипових соціокультурних умовах. Психологічна адаптація в контексті воєнної міграції ставить умови інтегрування внутрішніх ресурсів та доцільного функціонування регуляторних механізмів.

Обсяг міжнародних розвідок у останнє десятиліття за темою міграції на підставі воєнних конфліктів показує, що проблематика стресових станів та психологічної цілісності вимушено переміщених осіб є назрілою та животрепетною. Дослідження A. AlRefaie, C. Dowrick, R. Bryant, G. Turrini, M. Purgato, P. Gattinara, S. Pallini, K. Miller, M. Beiser, J. W. Berry, T. Blondel, A. Draper, M. Fazel, L. Jeebodh-Desai, V. Dwarika, E. Peconga розкривають різноманітні подробиці самопочуття та поведінки біженців з різних країн, актуалізуючи питання посттравматичного стресового розладу, труднощів у адаптації, психофізіологічних змін та ментального благополуччя.

Окрім цього, з 2014 року чимала частка емпіричних процесів припадає вивченню конкретно української вибірки вимушено переміщених осіб. А з початком повномасштабного вторгнення у 2022 році значна увага приділена з'ясуванню особливостей емоційного стану та динаміки психічної реструктуризації біженців та переселенців з різних областей України. Результати відтворені у працях Н. Корчакова, А. Єфімова, Е. Лібанова, О. Цимбал, О. Ровенчак, В. Володько, О. Блинова, О. Бартош, С. Шевченко, В. Гнатюк, Ю. Пачковський, Т. Марусяк, K. Karstoft, M. Bilewicz, A. Chudzicka-Czupala, P. Długosz, P. Paoletti, O. Lushchak, K. Karstoft.

На даний момент методи психологічної допомоги при посттравматичному стресовому розладі, емоційній нестійкості внаслідок психологічної травматизації та при соціокультурному шоці достатньо розвинені та ретельно описані. Відносно конкретної спрямованості психологічної допомоги на особистість вимушено переміщених осіб, обсяг літературних джерел зростає. Міжнародна практика, висвітлена в роботах R. Mollica, L. Simich, M. Beiser, J. Shakeri, S. Ahmadi, P. Resick, D. Hensel-Dittmann, M. Schauer, M. Ruf, A. Draper, охоплює розмаїття технік та напрямків психологічного відновлення внаслідок травматичного та стресового досвіду воєнної міграції. О. Чекстєре, К. Мілютіна, О. Федулова, Г. Кісарчук, Я. Омельченко, Г. Лазос, Г. Абаніна, Ю. Гопкало, Н. Коваленко, О. Луценко, Ю. Фарафонова, Л. Сердюк розкривають особливості застосування різних методів та підходів, зокрема наративного, арт-терапевтичного, позитивного, у роботі з переміщеними особами для відновлення після психоемоційної травми, втрати та формування адаптивної спроможності в нових умовах життя.

Проте, як показують останні дослідження, динаміка розвитку та вираження стресових розладів серед вимушено переміщених осіб стрімко зростає, фізичне самопочуття та емоційний стан потребують структурної та систематичної підтримки, оскільки наслідки війни та вимушеної міграції проявляються поступово та упродовж тривалого часу, навіть якщо особа перебуває в безпеці. А, оскільки частка переміщених осіб є внутрішніми переселенцями, що й надалі проживають в Україні, в умовах воєнного вторгнення, то питання психологічної допомоги потребує спрямованості не стільки на відновлення, як на підтримку особистості в постійно стресових та небезпечних умовах, та на створення емоційного безпечного соціального простору для забезпечення тривалої підтримки цієї категорії осіб й поза межами терапевтичного кола взаємодії.

Соціальна затребуваність та значущість проблеми, а також її недостатня опрацьованість на практичному рівні, зумовили вибір теми дослідження –

«Практика надання психологічної допомоги в адаптації вимушено переміщеним особам з України».

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження виконане відповідно до наукової теми кафедри загальної та диференціальної психології Державного закладу «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»: «Практика надання психологічної допомоги в адаптації вимушено переміщеним особам з України» (номер держреєстрації 0124U000215). Тема дисертації затверджена на засіданні вченої ради Державного закладу «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського» (протокол № 4 від 27.11.2022 року).

Мета дослідження – встановити особливості надання психологічної допомоги в адаптації вимушено переміщеним українцям.

Згідно з поставленою метою визначено такі **завдання** :

1. Визначити особливості психологічної адаптації осіб, переміщених унаслідок воєнних дій.
2. З'ясувати специфіку теорії та практики психологічної допомоги вимушено переміщеним особам.
3. Емпірично дослідити психологічні особливості адаптації осіб, що потребують психологічної допомоги як мігранти та переселенці.
4. Розробити програму психологічної допомоги в адаптації вимушено переміщеним українцям.

Об'єкт дослідження – адаптація вимушено переміщених осіб.

Предмет дослідження – особливості надання психологічної допомоги в адаптації вимушено переміщеним українцям та рекомендації щодо її впровадження.

Теоретико-методологічною основою дослідження виступили : основні положення біофізіологічного (Г. Сельє, К. Бернар, У. Кеннон, Р. Ешбі, В. Шостак, М. Корольчук, О. Кокун), психологічного (Ж. Піаже, І. Галецька, Г. Кравцов, О. Шлонська, С. Cobb, N. Branscombe, А. Меса, S. McLeod),

соціологічного (Л. Орбан-Лембрик, О. Блинова, Л. Міллер), культурологічного (A. Furnham, S. Bochner, J. Berry, T. Graves, J. Phinney, D. Sam, P. Vedder, H. Triandis) підходів до розуміння адаптації; життєвого шляху особистості (Ш. Бюлер, Т. Титаренко), психологічних криз (І. Черезова), синдрому відкладеного життя (Н. Назарук), резильєнтності (О. Завгородня, M. Hutchinson, О. Чиханцова); метод вирішення проблем (K. Dawson, R. Bryant, K. Rose-Clarke, I. Pradhan, S. Coleman); модель розвитку резильєнтності (P. Paoletti, J. Kuntz, A. Masten); принципи когнітивно-поведінкового (A. Beck, A. Freeman, D. Davis, S. Egan, J. López-López, A. Ehlers, P. Resick, J. Beck, G. Seidler, Д. Вестбрук, Г. Кеннерлі, Дж. Кірк, М. Craske), наративного експозиційного (A. Draper, J. Shakeri, D. Drake, М. Вайт, К. Мілютіна, Г. Мироненко), майндфулнес (J. Kabat-Zinn, S. Keng, M. Smoski, C. Robins, T. Nassi, S. Cao), арт-терапевтичного (О. Федулова, О. Луценко), інтерперсонального (A. Rafaeli, J. Markowitz, K. Bleiberg), тілесно-орієнтованого (B. Rothschild, P. Ogden, F. Röhrich, M. Kuhfuß) та позитивного (E. Parruca, Є. Карпенко, Н. Коваленко) напрямків психотерапії.

Методи дослідження. Для досягнення мети та вирішення завдань використано три групи методів :

1) теоретичні : аналіз та систематизація наукової літератури, порівняння та узагальнення інформації;

2) емпіричні : психодіагностичний комплекс методик : Шкала діагностики соціально-психологічної адаптації (К. Роджерс та Р. Даймонд), 16-факторний особистісний опитувальник (Р. Кеттел, Форма С), Опитувальник актуального стану (К. Шрайнер), Опитувальник толерантності до невизначеності, MSTAT-1 (Д. Маклейн), Шкала тривожності ВАІ (А. Бек), тест оцінки нервово-психічної адаптації (НПА) (адаптація В. Приходько, В. Кузьмінський), Шкала психологічного благополуччя (К. Ріфф), Шкала соціальної довіри (ITS) (Дж. Роттер);

3) математико-статистичні методи обробки даних : кореляційний аналіз, факторний аналіз, критерій Ст'юдента. Статистична обробка даних здійснена за допомогою програм SPSS 27.0 та Microsoft Excel.

Експериментальна база дослідження. Дослідження організовано на базі волонтерської ініціативи «Save the children» у місті Бухарест (Румунія) та проведене у 2022-2023 роках. У дослідженні взяли участь біженці та переселенці різних вікових категорій та з різних регіонів України, що забезпечило різноманітність отриманих даних. Загальна кількість респондентів склала 200 осіб віком 25-50 років. Усі учасники – вимушено переміщені особи, які покинули свої домівки через бойові дії; частина з них перебуває за межами України (у Румунії), інші мешкають у західних та центральних областях України як внутрішні переселенці. До вибірки були включені представники різних областей – Донецької, Луганської, Харківської, Київської, Херсонської, Запорізької, Одеської, Миколаївської та інших – аби охопити якомога різноманітнішу сукупність досвіду війни.

Наукова новизна результатів :

Вперше : представлено чотирирівневу інтегративну модель адаптації у контексті воєнної міграції (біофізіологічний, психологічний, соціальний та культурологічний рівні), що систематизує форми прояву адаптації з урахуванням актуальних психотравмівних чинників, пов'язаних з воєнним станом та вимушеним переміщенням; *систематизовано* ключові психологічні труднощі українських біженців на основі емоційних, когнітивних та соціальних ознак; *виявлено* п'ять латентних факторів адаптації та психологічного стану вимушено переміщених українців : емоційна адаптивність, життєва свідомість та цілеспрямованість, гнучкість в невизначеності, соціальна впевненість, автономність поведінки; *описано* психологічні профілі вимушено переміщених українців із низьким та високим рівнем адаптації, що включають характеристику соціально-психологічної та нервово-психічної адаптації, індивідуально-психологічних факторів, толерантності до невизначеності, психологічного добробуту, тривоги та

соціальної довіри; *розроблено* інтегровану модель психосоціальної допомоги та подальшого супроводу, орієнтовану на потреби вимушено переміщених українців та *надано* інструкції щодо її адаптації для вразливих груп (літніх осіб, осіб з інвалідністю, батьків із дітьми).

Уточнено та *конкретизовано* психологічні запити вимушено переміщених осіб з України.

Розширено та *поглиблено* наукові уявлення щодо інтеграції підходів психотерапії у роботі з переселенцями та мігрантами.

Практичне значення отриманих результатів дослідження полягає у виявленні латентних факторів адаптації переміщених осіб, що може сприяти розробці та адаптації психодіагностичних методів виявлення груп ризику. Описані профілі вимушено переміщених українців із низьким та високим рівнем адаптації дають емпіричне підґрунтя для створення програм психологічної підтримки з урахуванням індивідуальних особливостей даної категорії населення. Зміст теоретичної та практичної частин роботи може бути використаний у процесі підготовки майбутніх психологів при викладанні таких дисциплін: «Психологія особистості», «Соціальна психологія», «Клінічна психологія», «Диференціальна психологія», «Психологія екстремальних та кризових ситуацій», «Психологія кризових станів і травм», «Психологія консультування», «Етнічна психологія» та ін.

Рекомендації щодо застосування розробленої програми психологічної допомоги в адаптації вимушено переміщеним українцям враховують формат її надання (онлайн / офлайн), вразливі категорії (літні люди, особи з інвалідністю, особи з ПТСР, батьки з дітьми), забезпечують можливість її імплементації психологами, соціальними працівниками, медичними працівниками та волонтерами, які працюють з переселенцями та мігрантами.

Основні результати дослідження впроваджено в освітній процес : Державного закладу «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського» (довідка № 2032/25/1 від 05.11.2025 року); практику надання психологічної допомоги ГО ЦПД «Конфіденс»

(довідка №11/11/25 від 11.11.2025 року); ГО «Альянс Ментального здоров'я» (довідка №20.06/25 від 17.11.2025 року); БО «Благодійний фонд «Нове Життя» (довідка № 1711-1 від 17.11.2025 року); ГО «РАДОЛАДА» (довідка № 09/11/25 від 09.11.2025 року).

Апробація результатів дисертації. Основні положення та результати дисертаційного дослідження представлені на : XXIII Міжнародній науково-практичній конференції «The influence of society on the development of science and the invention of new methods» (Прага, Чехія, 2023), XXXIX Міжнародній науково-практичній конференції «Сучасні аспекти модернізації науки: стан, проблеми, тенденції розвитку» (Гетеборг, Швеція, 2023), V Міжнародній науковій студентській конференції «Молодь і науковий прогрес у соціально-економічному та освітньому просторі суспільства» (Кам'янець-Подільський, 2023), Міжнародній науково-практичній конференції «Євроінтеграція в мистецтві, науці та освіті: досвід, перспективи розвитку» (Клайпеда, Литва, 2024), V Міжнародній науково-практичній конференції «Modern technologies and processes of implementation of new methods» (Madrid, Spain, 2024), Всеукраїнській науково-практичній конференції «Актуальні проблеми сучасної психології: теорія, досвід, практика» (Одеса, 2025).

Публікації. Основні результати дослідження представлені в 12 публікаціях, серед яких 6 статей у фахових наукових виданнях та 6 статей у збірниках тез доповідей та матеріалів конференцій.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація містить вступ, три розділи, 15 параграфів, висновки до кожного розділу, загальні висновки, список використаних джерел та додатки. Загальний обсяг дисертаційної роботи становить 244 сторінки. Основний зміст викладено на 185 сторінках. Робота містить 25 таблиць, 8 рисунків. Список використаних джерел налічує 261 найменування.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПРАКТИКИ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

1.1. Поняття адаптації у контексті вимушеної міграції

Адаптація – багатовимірний процес, що охоплює когнітивний, емоційний, фізіологічний, поведінковий та соціальний рівні. В умовах втрати знайомого та звичного середовища життєдіяльності, коли невизначеність та високий рівень стресу є постійними супутниками переміщеної особи, адаптація потребує належного вивчення з точки зору як міжособистісної й соціальної, так і індивідуально-психічної перспективи.

Ретельний аналіз теоретичного обґрунтування терміну «адаптація» вказує на його широкий спектр застосування та можливості контекстуальної інтерпретації залежно від аспекту вивчення адаптації в цілому та конкретно адаптивних спроможностей людини. У зв'язку з цим визначення дефініцій щодо даного поняття потребує його розгляду залежно від функціональної структури та форми прояву, що дозволяє створити найбільш обширне та чітке розуміння терміну. Таким чином, ми розглядаємо адаптацію українських біженців на біофізіологічному, психологічному, соціальному та культурологічному рівнях (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Рівні адаптації вимушено переміщених осіб

Тип / фокус адаптації	Межі функціональності	Форма прояву
1	2	3
Біофізіологічний рівень		
Фізіологічна; співдія внутрішньої системи та середовища	Гомеостатичні процеси, збереження рівноваги	Фізіологічні та фізичні зміни (стан здоров'я, активність, сон)
	Реагування на стресові чинники	
	Сталість зворотного зв'язку	

Продовження Табл. 1.1

1	2	3
Психологічний рівень		
Психічна реструктуризація	Процеси акомодації	Емоційна стійкість, емоційна регуляція, робота з травмами
	Процеси асиміляції	
	Механізми поведінки	
	Копінг-стратегії	
Соціальний рівень		
Інтегрування в соціумі; професійне та навчальне орієнтування	Засвоєння соціальним норм	Налагодження соціальних зв'язків, навчання, працевлаштування, соціалізація в різних типах середовища
	Оптимізація взаємодії з різними соціальними інститутами	
	Соціалізація в навчальному середовищі	
Культурологічний рівень		
Засвоєння та пристосування до культурних норм	Акультурація	Формування самоідентичності, подолання мовних бар'єрів
	Проживання культурного шоку	

На біофізіологічному рівні (Ч. Дарвін, Г. Сельє, К. Бернар, У. Кеннон, Р. Ешбі, В. Шостак, М. Корольчук, О. Кокун) адаптація розглядається крізь призму структуризації механізмів та процесів, завдяки яким живий організм входить та опановує нове середовище, підвищуючи таким чином власні шанси вижити та розмножуватися. У даному випадку, згідно з теорією еволюції Ч. Дарвіна, для більш успішного (швидкого, продуктивного) пристосування передбачається набір певних спадкових ознак, що у той чи інший спосіб сприяє змінам та адаптуванню в оновлених умовах. Г. Сельє визначає стрес ключовим детермінантом адаптації, пояснюючи його як неспецифічну психофізіологічну відповідь організму на поставлену перед ним умови життєдіяльності. Таким чином, стрес слугує однією з найважливіших реакцій, котра допомагає людині виживати. Проте тривала дія будь-якого стресового фактору може стати причиною порушення здоров'я, і в такому разі мова йтиме про дезадаптацію організму [68; 73].

Психофізіологічна адаптація формується на основі функціональної та структурної перебудови, відбувається фізіологічна мобілізація (виділення макроелементів калію, фосфатів, азоту, згущення крові, збільшення деяких внутрішніх органів). Тобто реакція на стрес має гормональну та нервову основу, у цей час адаптаційні резерви зазнають втрат, проте якщо дія стресорів припинена, то нервова та ендокринна системи нормалізуються в своїй діяльності. У протилежному випадку, коли чинники дестабілізації продовжують впливати на організм, енергетичний резервуар виснажується, погіршуючи адаптивну спроможність [18].

У контексті біофізіологічного рівня адаптація передбачає лиш мінімальне реагування функцій організму. Воно скеровується до збереження гомеостатичних процесів та реалізації адекватної під умови програми регуляції, що забезпечить найменшу кількість відкликів на обставинні, постійно мінливі, аспекти шляхом мобілізації енергетичних, сенсорних, операційних, ефекторних та активізаційних структур [72; 73].

Ряд вчених інтерпретують адаптацію як комплекс процесів, спрямованих на досягнення рівноваги у взаємодії індивіда як цілісної системи з зовнішнім середовищем, в якому він перебуває. Індивід виступає активною структурною компонентою, яка здійснює вплив на середовище, і також змінюється під його впливом [131].

Для біженців питання біофізіологічної адаптації може стосуватися перебування в новому, раніше нетиповому, кліматі, нового режиму сну, розпорядку дня, зміни харчових звичок у зв'язку з різницею в культурі харчування або вимушеного голодування, тривалого стресового стану, пов'язаного з перебуванням у зоні бойових дій, або пов'язаного з вимушеним від'їздом з рідного дому.

У контексті психологічного рівня (Ж. Піаже, І. Галецька, О. Шлонська, С. Лазуренко, С. Білошицький, А. Семенов, С. Cobb, N. Branscombe, А. Меса, S. McLeod) адаптація розкривається з точки зору механізмів перебудови психіки з метою зниження внутрішнього напруження – дискомфорту, що

виник у нових умовах життєдіяльності. Адаптація інтерпретується як процес активного пристосування індивіда до змінених умов середовища, спрямований на досягнення психологічної рівноваги та ефективного функціонування. Це динамічний та цілісний процес реагування на умови, що мають характеристики мінливості та нестабільності, та охоплює когнітивні, емоційні та поведінкові стратегії відклику на зовнішні стресові фактори [36; 78; 160; 209].

Психічна адаптація вважається результатом діяльності цілісної автономної системи, що скеровує свою роботу та сприяє функціональності людини у стані оперативного спокою, коли процеси спрямовуються не лише на протистояння різного роду соціальним та природним стресогенам, а й на активну та сфокусовану їх видозміну [131]. Тоді мова йде про певний внутрішній стан, який характеризується двома критеріями : 1) врівноваженість потреб людини; 2) задоволення вимог середовища [59].

У теорії когнітивного розвитку вказується на інтелект як ключову компоненту, а схильність до адаптації визначається сукупністю та ступенем розвиненості когнітивних структур – впорядкованих патернів у думках та поведінці, що допомагають пояснити або ж впоратися з певними аспектами пережитого досвіду. Адаптація реалізується завдяки взаємодоповненню двох форм діяльності: асиміляції як процесу трактування нового досвіду, обумовленого уже наявними знаннями та досвідом; акомодатії як процесу модифікації когнітивних механізмів, коли отримані нові дані з зовнішнього світу не співставляються з наявними у досвіді, і виникає необхідність зміни внутрішніх стратегій для охоплення нових інформаційних ланок [209; 222].

Окремо виділяється поняття адаптивності, що втілює адаптаційну спроможність людини на основі її особистісних енергетичних, психологічних та поведінкових ресурсів. Адаптація тоді ж є процесом модифікації індивідуально-особистісних властивостей, що виражається у змінах в сфері ціннісних орієнтирів, соціальних установок та статусно-рольового характеру взаємодії з оточенням.

Можна виділити психологічні та особистісні аспекти, що виступають адаптаційними чинниками. До перших відносяться такі властивості, як когнітивний стиль інформаційного опрацювання, механізми реагування та копінг-стратегії. До других належать соціальний інтелект, особистісна ефективність, актуалізація, ідентичність, інтерферентність [35].

О. Шльонська висвітлює цікаву позицію, вказуючи на важливий аспект адаптивної поведінки – її підкорення під зовнішні вимоги середовища. Тобто забезпечуючи адаптаційні процеси, людина лиш слідує поставленим перед нею умовам, при цьому не реалізовує себе та свій особистісний потенціал. І тоді саме дезадаптація може вважатися поведінкою, націленою на особистісний розвиток та проявлення індивідуальності, оскільки втілює відхід від норм, передбачених адаптацією [131].

Процес адаптації має три форми: 1) загальна, коли відбувається первинне освоєння та прилаштування до нових правил середовища; 2) спеціальна, з пристосуванням до конкретних обставин чи виду діяльності; 3) психологічна, що проходить на внутрішньому рівні шляхом модифікації думок, почуттів та емоційних станів, поведінки як відклик на нові вимоги [45].

На психологічному рівні можна виділити чотири адаптаційних компоненти: активаційна, когнітивна, емоційна та мотиваційно-вольова. Завданням першої компоненти є досягнення важливих цілей, це затрати ресурсів на органічній та функціональній ланках. Мета когнітивної компоненти – реорганізація процесів, пов'язаних з когніціями, що забезпечують найбільш оптимальні способи опрацювання (сприйняття, аналіз, переробка) інформації. Без цього аспекту адаптація унеможлиблюється. Третя, емоційна компонента, ідентифікується динамікою у процесах емоційного сприйняття та переживання. Саме емоційна складова відтворює суб'єктивну оцінку результативності адаптації. Мотиваційно-вольова компонента має на меті координування всієї адаптаційної структури, а також спрямовує вектор реалізації важливих завдань та цілей, що в подальших наслідках створює та підтримує стійку та безперервну систему адаптації [78].

Таким чином, для українських біженців питання психологічної адаптації може стосуватися механізмів подолання психологічних травм, пов'язаних з війною та вимушеною евакуацією, втратою рідного дому, стратегій поведінки у малознайомому просторі, стратегій ідентифікації, особистого розвитку та проявлення у нових умовах, способів сприйняття та осмислення інформації, що стосується стану в Україні, та інформації, що надходить в новому місці проживання, ступеня продуктивності в діяльності та веденні домашніх справ, рефлексії щодо нових статусів та положення. У цілому, на психологічному рівні адаптації, процеси особистості біженця пов'язані з емоційним врегулюванням свого стану та пошуку шляхів особистісної стабільності (емоційної, поведінкової) та зростання в нових умовах.

На соціальному рівні (Т. Титаренко, О. Блинова) адаптація вбирає в себе дихотомічний аспект функціонування на межі особистості та соціального середовища. У контексті міграції адаптивність розглядається в соціально-психологічному аспекті та тлумачиться сукупністю процесів включення індивідуальності у сферу соціальної взаємодії. Це передбачає насамперед орієнтацію в міжособистісному просторі, розуміння труднощів взаємодії та цілеспрямований пошук їх вирішення, оптимізацію поведінкової манери до адекватної під обставини та діяльності. При цьому важливим аспектом виступає саме збереження або знаходження шляхів підтримки відповідності ново набутих форм взаємодії з особистісними потребами, інтересами, цілями та внутрішніми ресурсами [23; 24; 46; 118; 122].

Соціальна адаптація є закономірним механізмом спільної діяльності, який обумовлений загальними цінностями та ціннісними орієнтирами певної соціальної верстви. У такій призмі колективна взаємодія може мати активний чи пасивний характер, що формуються на основі структури потреб та мотивації людини. Активна форма виражається в здійсненні впливу на соціальний простір, тоді як пасивна – у конформізмі, пристосуванні до ціннісних установок та рішень колективу [87].

Спрямованість соціальної адаптації, за Л. Дикою, передбачає високу продуктивність у діяльності, а також задоволеність життям, вміння отримувати насолоду та підтримку психічної рівноваги. Поняття опирається на міжособистісні стосунки індивіда та групи, це спроможність людини до продуктивного виконання своїх зобов'язань, задоволення ключових потреб та реалізація статусно-рольових очікувань при відсутності зтяжних внутрішніх чи зовнішніх протирічч [23].

Справжня адаптація має системний характер і супроводжується стабільністю психоемоційної сфери, особистісним комфортом, відчуттям задоволеності та безпеки (відсутність відчуття небезпеки чи потенційної загрози). За зовнішніми проявами істинна адаптація проявляється у співвідносності актуальної поведінки людини з установками соціального кола, в якому вона перебуває, зі суспільними вимогами, правилами та нормами поведінки [23].

Для українських біженців до питань соціальної адаптації можуть відноситися аспекти нормативно-правового врегулювання статусу біженця, соціально-побутові аспекти облаштування в новому місці помешкання, працевлаштування, входження в громаду та участі в колективних процесах, пошуку друзів та соціальної підтримки, аспекти взаємодії з оточенням в ролі біженця та вплив цього статусу на особистісну ідентифікацію та сприйняття себе.

У контексті культурологічного рівня (А. Furnham, S. Bochner, J. Berry, T. Graves, J. Phinney, D. Sam, P. Vedder, H. Triandis, L. Grinberg, R. Grinberg, О. Ровенчак, В. Володько) інтерпретація адаптації стосується культурних аспектів середовища, а процеси модифікації соціокультурної сфери індивіда доцільно аналізувати крізь призму особистісної (психологічної) та загальної акультурації [111; 143; 179].

Адаптація біженців, як і міжкультурна взаємодія в багатьох елементах детерміновані акультураційною стратегією особистості. Вона ж є запорукою культурної ідентичності людини та міри її включення в чужу культуру. За

J. Berry, стратегія акультурації має чотири типи : 1) асиміляція – відмова від рідної чи добре знайомої культури для активного засвоєння та прийняття нової ідентичності в культурі, її цінностей та парадигми світосприйняття; 2) сепаратизм – збереження рідної культурної ідентичності, що була до зміни країни проживання, з відкиданням усіх можливостей взаємодії з новим культурним осередком; 3) маргіналізація – руйнація культурної самоідентифікації, обумовлена потужним впливом з боку представників нової культури, з унеможливленням прийняття нових норм та цінностей у зв'язку з дискримінацією та дистанціюванням представників культури; 4) інтеграція – збереження фундаменту ідентичності рідного культурного середовища з одночасним засвоєнням цінностей та поведінкових моделей нового [145; 248].

Освоєння в чужій країні часто супроводжується культурним шоком. Людина проходить через напруження, відчуття втрати та відірваності від звичного для неї середовища, почуття знехтування у зв'язку з труднощами чи неможливістю встановити якісний емоційний контакт з представниками іншої культури та у соціальних взаємостосунках в цілому, почуття тривоги через зміни перспектив у життєвих цілях, відчуття неповноцінності через необхідність зміни поведінки й ступеня активного залучення в різноманітні соціальні процеси [50; 180].

Для українських біженців питання культурної адаптації стосується подолання мовних бар'єрів у спілкуванні, необхідності пристосування до нетипової для них культурної системи, або ж пошук соціальних груп, які підтримують рідну культуру, дискримінації, почуття меншовартості, проживання культурного шоку та кризи ідентичності через розрив культурних шаблонів, відчуття ностальгії та фрустрації потреб, віддаленості від рідних та давно знайомих цінностей, труднощі самореалізації у новій культурній системі.

Таким чином, поняття адаптації вбачає сукупність процесів функціональної організації внутрішніх механізмів індивіда, що забезпечують його освоєння та ефективну діяльність у соціальному та культурному

середовищі на основі збереження та своєчасного відновлення психофізіологічної та емоційної стійкості. Адаптація українських біженців включає кілька вимірів : біофізіологічний (підтримка гомеостазу, реагування на стресові чинники, психофізіологічна регуляція), психологічний (збереження емоційної стабільності та самоприйняття), соціальний (встановлення міжособистісних зв'язків і відповідність соціальним вимогам) та культурний (засвоєння нових культурних норм і цінностей). Для біженців цей процес ускладнюється такими факторами, як втрата соціальних зв'язків, мовні бар'єри, культурна дискримінація.

1.2. Сутність та основні категорії психологічної допомоги біженцям

Психологічна допомога є невід'ємною складовою загального здоров'я людини та важливим аспектом соціального функціонування. Сучасні дослідження підтверджують, що психічне здоров'я має прямий вплив на фізичне самопочуття, емоційний стан та здатність до адаптації в складних життєвих ситуаціях. Психологічна підтримка дозволяє людям ефективніше долати стрес, покращувати стосунки з іншими та відновлювати внутрішню рівновагу [13].

Відповідно до звіту, опублікованого Національним інститутом психічного здоров'я США, більше ніж кожен шостий дорослий американець стикається з проблемами психічного здоров'я. У 2021 році в Сполучених Штатах було приблизно 14,1 мільйона дорослих віком від 18 років із серйозними ментальними захворюваннями. Це число становить 5,5% від усіх дорослих американців. Стани, які призводять до цього, варіюються від легких до виснажливих. У більшості випадків дорослі можуть вжити необхідних заходів, щоб повернути контроль над своїм життям. Це передбачає розуміння важливості системи підтримки [13].

Основне питання в області психічного здоров'я стосується критеріїв його оцінки. Деякі дослідники пропонують різні ознаки для характеристики

психічного здоров'я. Однією з найважливіших є психічна рівновага, яка дозволяє краще зрозуміти, як працює психіка людини в різних аспектах: пізнавальному, емоційному та вольовому [13].

Ступінь психічної рівноваги впливає на здатність людини зберігати врівноваженість і адаптуватися до зовнішніх обставин. Врівноваженість та адекватність реакцій на впливи зовнішнього середовища важливі для розмежування норми та патології. Тільки психічно здорова, врівноважена людина демонструє стабільну поведінку, правильну відповідність зовнішнім умовам, хорошу адаптацію до змін середовища, збереження комфортного самопочуття та нормальне функціонування органів і систем організму [13; 74].

Ознаками порушень у психіці є дисгармонія, втрата рівноваги у взаєминах із соціумом і проблеми з соціальною адаптацією. Цей критерій тісно пов'язаний з іншими аспектами – правильною організацією психіки та її здатністю до адаптації [13].

Особливу важливість психологічна допомога набуває в умовах кризи або екстремальних ситуацій, таких як війна. Військові дії в Україні спричиняють масовий стрес, травматизацію населення, втрату рідних і близьких, житла, безпеки та впевненості в майбутньому. За таких умов поширюються депресивні стани, тривожність, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та інші психічні розлади [13].

Дорослі та діти, які перебували в зоні бойових дій, зазнали неодноразових і систематичних стресів, пов'язаних із військовими подіями. Після переселення на мирні території ці люди продовжують переживати наслідки війни, навіть якщо фізично вони вже не перебувають у зоні конфлікту [118]. Їхні емоційні травми проявляються в повсякденному житті у вигляді постійної психологічної напруги, раптових нападів тривоги та роздратованості, які, на перший погляд, можуть не мати явних причин. Така реакція є наслідком тривалого перебування у стресових умовах, коли організм звикає до постійної загрози, що ускладнює повернення до нормального емоційного стану навіть у безпечному середовищі [13].

Окрім цього, часто виникає відчуття невпевненості та страху, що можуть проявлятися як через зовнішні тригери, так і через внутрішні переживання. Діти, особливо вразливі до впливу стресу, можуть демонструвати зміни у поведінці, такі як замкненість, агресивність або зниження інтересу до колишніх улюблених занять. У дорослих це може проявлятися як проблеми зі сном, дратівливість, постійна настороженість або складнощі з концентрацією уваги. Це свідчить про те, що психологічна травма від військових подій може мати тривалий вплив на психічне здоров'я, потребуючи тривалого процесу відновлення та підтримки [13].

Психологічна допомога в умовах війни є надзвичайно важливою для забезпечення емоційної стійкості та відновлення життєвих сил [49]. Вона сприяє зниженню рівня тривоги та страху, поліпшує адаптацію до нових умов життя, знижує ризик розвитку хронічних психічних захворювань. Для військовослужбовців психологічна підтримка може допомогти в обробці бойового досвіду, сприяти поверненню до мирного життя та покращити загальний психічний стан [13].

Також психологічна допомога є важливою для цивільного населення, яке потерпає від травматичних подій, вимушеної міграції та соціальної дезінтеграції. Завдяки психотерапевтичній підтримці, люди можуть ефективніше справлятися з переживаннями втрат, шокowymi реакціями та відновлювати психоемоційний баланс, що є необхідним для подальшої соціальної адаптації та відновлення суспільного життя [13; 65].

Таким чином, психологічна допомога не тільки покращує індивідуальне самопочуття, але й має критичне значення для відновлення соціальної стабільності та відбудови суспільства після воєнних дій [13].

До завдань психологічної допомоги відносяться (Бондаренко, 1996) :

- відновлення психологічних і фізіологічних ресурсів організму у випадках втоми;
- емоційно-вольова мобілізація для активних дій і адаптації;
- запобігання розладам психічних функцій;

- зниження рівня психоемоційної напруги;
- допомога у вирішенні проблемних ситуацій, пов'язаних з вимушеним переміщенням;
- зниження рівня індивідуальної і групової напруженості;
- зниження негативного емоційного сприйняття подій, які пережили біженці у критичних ситуаціях;
- подолання наслідків стресових ситуацій;
- навчання прийомам психічної саморегуляції;
- вплив на мотивацію для подолання труднощів;
- підвищення рівня працездатності в нових умовах;
- полегшення психічного стану в умовах життєвих криз;
- зменшення відчуженості, почуття самотності та ізольованості;
- попередження розвитку посттравматичних розладів;
- профілактика невротичних реакцій та патологічних змін особистості;
- профілактика негативних психоемоційних станів;
- психологічне виховання й самовиховання гармонійної особистості;
- психологічний розвиток і самопізнання;
- психологічна реабілітація осіб, які отримали психічну травму в результаті кризових подій;
- регуляція морального й психологічного стану;
- розвиток здібностей керувати власними емоціями та думками;
- стабілізація психоемоційного стану [13; 26].

М. Наконечна визначає три основні рівні надання допомоги [91]. Перший, реціпієнтний рівень – стосується людей, які потребують найважливіших речей після катастроф, природних лих або військових конфліктів. На цьому рівні допомога включає: матеріальну підтримку; психологічну допомогу для стабілізації емоційного стану та заспокоєння [13].

Предметний рівень – надається допомога у вирішенні конкретних завдань або виконанні певних дій. Це включає: технічну підтримку (алгоритми, інструкції як у матеріальній, так і віртуальній формі); навчання вирішенню конкретних проблем з урахуванням індивідуальних особливостей людини та ситуації [13].

Суб'єктний рівень – спрямований на екзистенційну підтримку, допомогу у кризових стосунках або пошук сенсу життя. Тут можуть бути надані: діалог і співпраця; професійна психологічна допомога, зокрема психотерапія [13].

Ця класифікація є одним із підходів до вивчення феномену допомоги іншим у психології. Допомога може розглядатися в контексті діяльності або особистісних змін. Важливим принципом допомоги є сприяння розвитку самостійності людини. Цей процес можна аналізувати з позицій культурно-історичної психології та теорії особистісно-центрованої психотерапії К. Роджерса. Загалом, допомога іншому виступає як інструмент для розвитку особистості [13].

Психологічна допомога – вид допомоги, що надається людині чи групі людей для відновлення необхідної якості психологічних станів, покращення функціонування психічних процесів, поведінки, спілкування та їх реалізації в груповій діяльності [13; 69].

Психологічне консультування – це спеціалізація загальної служби охорони здоров'я у професійній психології, яка використовує широкий спектр культурно-інформованих і культурно-чутливих практик, щоб допомогти людям покращити свій добробут, запобігти та полегшити дистрес і дезадаптацію, вирішити кризи та збільшити їх здатність функціонувати краще у своєму житті. Вона зосереджується конкретно, але не виключно на нормативному розвитку тривалості життя, з особливим акцентом на профілактиці та освіті, а також на покращенні, звертаючись до окремих осіб, а також до систем або контекстів, у яких вони функціонують [13].

Психологи-консультанти зосереджуються на нормативних проблемах розвитку та психічного здоров'я та проблемах, з якими стикаються люди протягом усього життя, а також на системних проблемах (таких як упередження та дискримінація), які виникають у групах, на робочих місцях, в організаціях, установах і спільнотах. Вони використовують перспективи та практики, засновані на сильних сторонах, щоб запобігти та полегшити емоційні, стосункові, фізичні/здоров'я, соціальні, культурні, професійні, освітні проблеми та проблеми, пов'язані з ідентичністю [13].

Психологи-консультанти обслуговують людей різного віку та культурного походження в індивідуальних, групових (включаючи пари та сім'ї), на робочих місцях, в організаційних, інституційних та громадських умовах. Вони працюють з групами та спільнотами, щоб допомогти їм у вирішенні або запобіганні проблемам, а також для покращення особистого та міжособистісного функціонування окремих членів. Психологи-консультанти також втручаються в організації, установи, робочі місця та спільноти, щоб підвищити їх ефективність, клімат, успіх і благополуччя своїх членів [13; 165].

Метою психологічної допомоги є збереження та зміцнення психічного здоров'я особистості, а також запобігання або подолання психологічних труднощів, які можуть виникати в процесі життєдіяльності людини. Відомо, що будь-які конфлікти співвідносні з емоційними переживаннями, що є причиною психоемоційного напруження та стресових станів [124]. Тому зміст психологічної допомоги полягає в наданні емоційної, когнітивної та поведінкової підтримки, що допомагає особистості адаптуватися до змінних умов, знижувати рівень стресу, вирішувати внутрішні конфлікти та покращувати якість свого життя [13].

Життєва ситуація особистості є одною з основних категорій психологічної допомоги. Згідно з енциклопедичним словником «життєва ситуація» розглядається як сукупність елементів середовища чи як фрагмент середовища на певному етапі життєдіяльності людини. Серед інших є

визначення її як системи взаємовідносин людини з оточуючим світом, яка є значущою з точки зору життя, розвитку та діяльності особистості [13; 110].

Щоб зрозуміти дійсний зміст і значення певного періоду життя людини, необхідно пізнати витoki, порівняти його з усією цілісною структурою і динамікою її життєвого циклу, врахувати як найбільш близькі, так і віддалені, найбільш глибокі його наслідки щодо розвитку особистості у цілому [13].

У психології життєвий шлях вивчається вельми активно і різноманітно. Можна відзначити тут три основні концептуальні підходи, які найбільшою мірою відображають цілісний процес розвитку людини :

- по-перше, розуміння життєвого шляху як самоздійснення людини;
- по-друге, концептуальне уявлення, що загострює увагу на мотиваційній регуляції життєвого шляху через аналіз поняття «спрямованість особистості»;
- по-третє, система уявлень про життєвий шлях особистості, яка ґрунтується на поняттях життєвої кризи і періодизації життя [13; 82; 83].

Категорія життєвої перспективи охоплює сукупність життєвих планів і програм людини, які базуються на її уявленнях про власне минуле, теперішнє і майбутнє. Ці плани визначаються внутрішньою спрямованістю, життєвими цілями та прогнозами. Кожна ситуація, що трапляється в житті, впливає на бачення майбутнього, вносить корективи в плани та завдання, які людина перед собою ставить. Розв'язання певної проблеми часто зменшує кількість можливих варіантів дій у майбутньому. Таким чином, життя можна розглядати як послідовність вирішення ситуацій, де кожна наступна проблема виникає після розв'язання попередньої. При цьому, поведінка людини визначається її соціальною активністю, яка, по суті, є оцінкою суспільства її дій у конкретному контексті [13].

Соціальна активність особистості полягає в тому, наскільки її поведінка є значущою для суспільства в конкретних життєвих умовах і під час вирішення наявних проблем [13]. Протягом трудової діяльності, навчання та спілкування людина стикається з різноманітними життєвими труднощами. Кожна з них, як

правило, має психологічний аспект, вирішення якого є ключем до подолання проблеми загалом [97].

Криза є невід'ємною частиною людського існування. Досвід, отриманий під час кризи, має значний вплив на розвиток особистості та перебіг життя людини. Саме тому тема кризи є актуальною для психології. У сучасних умовах життя постійно ускладнюється. Темпи змін у світі кидають найстрашніші виклики : катастрофи, стихійні лиха, терористичні атаки, війни. Особиста криза – це надзвичайна подія, яка перешкоджає або унеможливорює нормальне життя. Тому люди змушені вирішувати проблеми, з творчим пристосуванням до мінливих умов існування [13].

Складна життєва ситуація є проблемою, яка вимагає вирішення, тоді як криза – це глибоке потрясіння, яке змушує людину переосмислювати своє життя і приймати радикальні рішення для подолання ситуації [28].

Особистісні кризи розглядаються, по-перше, як проблема психічного здоров'я, а по-друге, як предмет дослідження з точки зору того, якою мірою кризи впливають на людей, порушують їхню поточну життєдіяльність і ставлять їх у «маргінальне» становище. Життєві ситуації (зовнішні або внутрішні), що призводять до особистісних криз, створюють перешкоди для подальшого функціонування загального психічного образу реальності (картини світу) [13].

Криза у біженців є гострим періодом дезорієнтації та глибокого емоційного потрясіння, спричиненим радикальною зміною життєвих умов та необхідністю адаптації до нового середовища. Для багатьох біженців криза пов'язана з втратою стабільного середовища, житла, соціальних зв'язків, а також загрозою для життя та здоров'я через війну або інші катастрофічні події [13].

У житті кожна людина стикається з кризовими переживаннями. Дослідники виділяють такі події, що можуть призвести до кризи : смерть близької людини, важке захворювання, розлука з батьками, родиною або друзями, зміна соціального статусу, а також зміна місця проживання. Під час

війни багато людей проходять через ці події, що часто спричиняє розвиток психологічних криз [13].

Криза завжди передбачає момент вибору між кількома можливими шляхами – рішенням, яке може вести або до регресу, або до прогресу в подальшому розвитку особистості [13].

Екзистенційна криза – це стан глибокого тривожного дискомфорту, коли людина ставить перед собою питання про сенс свого існування. Незважаючи на складність ситуації, екзистенційна криза також є етапом у розвитку, який має потенціал для вирішення та оновлення, відкриваючи нові можливості для зростання. Це криза, коли людина переоцінює свій життєвий досвід, шкодує за втраченими можливостями та усвідомлює свою смертність. Особливо сильно це переживають біженці, які зазнали впливу війни, що змушує їх переглядати сенс життя та власні пріоритети [13].

У складних життєвих ситуаціях існують різні стратегії подолання криз, які можна класифікувати як конструктивні, неконструктивні та саморуйнівні. Конструктивні стратегії допомагають ефективно пристосуватися до нових умов і включають кілька підходів: Порівняння «вниз». Це стратегія, коли людина порівнює свою ситуацію з тими, хто опинився в ще гірших умовах. Таке порівняння часто виникає стихійно і допомагає знайти в собі приховані резерви оптимізму та полегшити адаптацію [13].

Порівняння «вгору». У цьому випадку людина порівнює своє сьогодення з минулим, щоб відчувати прогрес, навіть якщо він незначний. Це створює почуття контролю над ситуацією і стимулює подальші позитивні зміни [13].

Антиципаційне опанування. Ця стратегія передбачає підготовку до можливих складнощів і пошук шляхів уникнення проблем. Наприклад, очікування важкої операції можна полегшити за допомогою попередньої психологічної підготовки [13].

Передбачений сум. Деякі люди схильні заздалегідь переживати й налаштовуватися на можливі невдачі, що дозволяє їм краще підготуватися до труднощів і полегшити процес пристосування до нових обставин [13].

Позитивне тлумачення. Це стратегія, коли людина знаходить сенс навіть у важких подіях. Наприклад, ті, хто шукає можливості вижити в екстремальних умовах, частіше зберігають оптимізм і краще адаптуються [13].

Прийняття нової ролі. Людина може взяти на себе роль «успішної» або «сильної» особистості, що дає тимчасове полегшення та дозволяє мобілізувати сили для подолання труднощів [13].

Неконструктивні стратегії можуть забезпечити короточасне полегшення, але не ведуть до вирішення проблеми : Втеча. Людина уникає складних ситуацій, наприклад, відмовляючись від кар'єрних можливостей або інших змін, що вимагають додаткових зусиль [13].

Фокус на емоціях. Це включає боротьбу з негативними емоціями, часто через ігнорування проблем або пошук підтримки в релігії чи надприродних силах [13].

Заперечення. Людина відмовляється визнавати реальність подій, наприклад, плануючи майбутнє дитини, яка вже померла. Заперечення захищає психіку від руйнівних впливів, але у довгостроковій перспективі може бути шкідливим [13].

Саморуйнівні стратегії є найнебезпечнішими, оскільки вони ведуть до подальшого погіршення ситуації : Алкоголізм і наркоманія. Алкоголь та наркотики можуть тимчасово знижувати стрес, але ці методи швидко призводять до залежності та серйозних проблем зі здоров'ям [13].

Самозвинувачення. Людина починає звинувачувати себе у всіх невдачах, що призводить до втрати енергії та психосоматичних розладів [13].

Зрештою, кризи загострюються через накопичення стресових факторів, таких як травматичне минуле, втрата близьких, роботи, здоров'я або руйнування життєвих планів. Стратегії подолання можуть допомогти людині впоратися з цими труднощами або, навпаки, погіршити її стан, якщо вибрані методи є неконструктивними чи саморуйнівними [127;128].

У критичні моменти використовують першу психологічну допомогу. Перша психологічна допомога створена таким чином, щоб її могли швидко

опанувати всі, хто бере участь у наданні допомоги під час надзвичайних ситуацій. Це стосується працівників ДСНС, поліції, медичних установ, психологів, представників релігійних конфесій, громадських організацій, служб і волонтерів [13].

Вона базується на структурованому модульному підході до надання допомоги тим, хто постраждав від наслідків катастроф, терористичних актів чи інших надзвичайних ситуацій. Її головна мета – якнайшвидше знизити рівень стресу та підтримати людину, допомагаючи їй розвинути стратегії для подальшого відновлення та адаптації [122].

При наданні першої психологічної допомоги також виділяють різні можливі наслідки такої допомоги [102]. Повне відновлення – людина повністю відновлює здатність самостійно функціонувати. Часткове відновлення – постраждалий знову контролює свою поведінку, але все ще стикається з психологічними та поведінковими наслідками травми. Для повного одужання йому може знадобитися додаткова допомога спеціалістів (психолога, психіатра, невропатолога чи інших), причому така допомога може бути надана з певною затримкою. Недостатнє або відсутнє відновлення – людина не може контролювати свій стан і потребує негайної госпіталізації або лікування в спеціалізованій медичній установі [13].

В Україні існує певна упередженість щодо професійної діяльності психологів, яка зумовлена низкою факторів. До основних чинників належать недостатня обізнаність населення про цю галузь, особистісні риси, такі як недовіра, підвищений рівень тривожності, низька толерантність до невизначеності, а також поширені стереотипи стосовно професії психолога. За результатами порівняльного аналізу було виявлено, що молодь значно частіше виявляє бажання звертатися за психологічною допомогою, що свідчить про менш упереджене ставлення до психологічних послуг серед цієї вікової категорії [113].

Дослідження також показало, що рівень тривожності, толерантності до невизначеності та локус контролю не мають істотного впливу на ставлення до

професійної психологічної допомоги. Отже, ключовим фактором, що визначає ставлення до таких послуг, є вікова категорія респондентів [13]. З іншого боку, як вказують О. Саннікова та О. Санніков, готовність до вибору в невизначеності є необхідним параметром для здійснення професійної діяльності, особливо в нинішніх умовах діяльності [114].

Для покращення сприйняття психологічної допомоги та фахівців у цій сфері необхідно, насамперед, усувати міфи та стереотипи, що склалися раніше. У сучасних умовах розвитку інформаційних технологій доцільним є збільшення кількості інформації про психологічні послуги через засоби масової інформації та телекомунікації, що сприятиме кращому розумінню специфіки професії психолога серед населення. Водночас, варто зазначити, що вирішальну роль у сприйнятті психологічної допомоги відіграють індивідуальні особистісні характеристики людини, її прагнення до саморозвитку та розширення знань [13].

Таким чином, психологічна допомога – це комплекс заходів, спрямованих на відновлення психологічного здоров'я, покращення якості життя та адаптації людини до різних життєвих ситуацій. Вона включає в себе широкий спектр методів та технік, категорій. Психологічна допомога є необхідним та ефективним інструментом для подолання кризових ситуацій та підвищення якості життя людей. Вона сприяє не лише лікуванню психічних розладів, але й розвитку особистості та підвищенню її адаптивності до змін [13].

1.3. Актуальні запити на психологічну допомогу в умовах міграції

Масштаби міграційних процесів не лише збільшують соціальне навантаження на приймаючі країни, але й вимагають відповідного підходу до підтримки психічного здоров'я людей, які пережили травматичні події, зіштовхнулися зі втратою близьких, домівок та звичного способу життя.

Психологічні наслідки переселення часто включають депресію, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), хронічний стрес і тривожні розлади, що суттєво впливає на здатність біженців адаптуватися до нових умов життя. Окрім того, культурні відмінності, мовні бар'єри, відсутність підтримки рідних і друзів поглиблюють відчуття соціальної ізоляції, що ускладнює процес інтеграції у нове суспільство та знижує ефективність традиційних методів психологічної підтримки. Важливим є врахування багатовимірності психологічних запитів біженців, серед яких потреба в емоційній підтримці, допомога у подоланні травматичного досвіду, сприяння адаптації до нових умов та відновлення відчуття контролю над власним життям [44; 76].

Основні запити біженців у сфері психологічної допомоги включають такі ключові аспекти :

- емоційна підтримка та стабілізація психічного стану;
- допомога в адаптації до нового середовища;
- підтримка у процесі відновлення після втрат;
- допомога з управлінням стресом та тривогою;
- зміцнення сімейних та соціальних зв'язків;
- професійна реабілітація та психологічна підготовка до нових умов праці [44].

Найбільш поширені запити в консультуванні : почуття провини, синдром вцілілого та травма свідка, страх та тривога. Часто звертаються також за допомогою у прийнятті рішення щодо зміни місця перебування, проблемах адаптації в іншій країні та вирішення сімейних або внутрішніх конфліктів, що загострились.

У біженців найчастіше зустрічаються наступні симптоми : страх, тривога, почуття провини, проблеми зі сном, фізичне виснаження, проблеми з диханням та проблеми із концентрацією уваги. Емоційні симптоми більше виражені, ніж тілесні та когнітивні. Цікаво, що чим далі опитані від бойових дій, тим більше виражені у них емоційні симптоми. Припускається, це

пов'язано із так званою травмою свідка, яка може виникати при перегляді новин, а також із відчуттям безпорадності через перебування в умовно безпечному місці.

Серед емоцій, що переживають клієнти кризових консультацій, переважає тривога, її відчують дві третини клієнтів. У умовах війни є типовими відчуття фрустрації, позбавлення свободи вибору та особистої автономності, втрати сенсів [52]. Також часто переживають і такі емоції: почуття провини (синдром вцілілого) та агресія, проте майже половина клієнтів відчують надію [94].

Емоційна підтримка та стабілізація психічного стану потрібні через переживання травматичних подій багатьма біженцями [120]. Люди стикнулися з війною, насильством, втратою рідних, що провокує посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривогу та депресію. Їм важливо отримати підтримку для стабілізації емоційного стану та зменшення тривожності [119].

Дослідження повідомляють про надзвичайно різні показники посттравматичних стресових розладів; систематичні огляди визначають показники в діапазоні від 0% до 99% та від 4,4% до 86,0%. Цю мінливість можна пояснити низкою методологічних відмінностей між дослідженнями, включаючи розмір вибірки, час оцінки відносно того, коли люди втекли з батьківщини, методи нерепрезентативної вибірки, використання показників самозвіту порівняно зі структурованими клінічними інтерв'ю та використання різних діагностичних критеріїв ПТСР. Наприклад, один мета-аналіз зазначив, що поширеність посттравматичних стресових розладів становила 29%, коли людей оцінювали за допомогою клінічної діагностики, порівняно з 37%, коли дослідники поклалися на самооцінку. Інший мета-аналіз показав, що методологічні фактори спричинили 12,9% дисперсії. Визнаючи ці методологічні обмеження, мета-аналіз доступних досліджень виявив посттравматичний стресовий розлад у приблизно 30% біженців. Всесвітнє дослідження психічного здоров'я (яке складається з національних або регіональних репрезентативних опитувань у 29 країнах) показало, що рівень

ПТСР становить 3,9% у всій вибірці. Крім того, дані свідчать про вищі показники ПТСР серед біженців порівняно з мігрантами, які не є біженцями [153].

Шукачі притулку та біженці в 10 разів більше схильні до психічних розладів порівняно з населенням у цілому. Посттравматичний стресовий розлад лідирує проти інших психологічних проблем, таких як депресія, самогубство та надмірне зловживання психоактивними речовинами [134].

Для біженців ризик ПТСР поділяється на дві основні категорії :

- 1) вплив потенційно травматичних подій;
- 2) стресори, зокрема післяміграційні фактори стресу.

Багато біженців переживають хронічні міжособистісні травматичні події, які, згідно з науковими даними, мають сильніший зв'язок із розвитком КПТСР, ніж ПТСР. Комплексний посттравматичний стресовий розлад (КПТСР або CPTSD) – це психічний стан, що виникає після тривалого й інтенсивного травматичного досвіду, який часто характерний для біженців. Цей розлад включає симптоми класичного посттравматичного стресового розладу (ПТСР), а також ознаки порушень у сфері «самоорганізації», що було визнано одинадцятим переглядом Міжнародної класифікації хвороб (ICD-11) [76].

Проблеми самоорганізації при КПТСР відображаються у вигляді труднощів з контролем афекту, негативної самооцінки та труднощів у соціальних стосунках, що підвищує вразливість біженців до розвитку КПТСР. Симптоми можуть включати емоційну нестабільність, відчуття злості або недовіри до навколишнього світу, стійке відчуття порожнечі або безнадії, знижену самооцінку, відчуття соціальної ізоляції, а також уникнення стосунків або труднощі в їх встановленні. У деяких випадках можуть проявлятися дисоціативні симптоми (деперсоналізація, дереалізація) і фізичні прояви, як-от головний біль, запаморочення, біль у грудях та животі. Психологічний стан також може супроводжуватися регулярними суїцидальними думками [193; 194].

Численні дослідження показали, що сукупна тяжкість впливу психологічних стресорів робить людину більш вразливою до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і вказує на сильний зв'язок між величиною травматичних подій і тяжкістю симптомів ПТСР. Жертви та ті, хто пережив війну, насильницькі злочини та жорстоке поводження страждають від значних почуттів сорому та провини, тісно пов'язаних із травматичним досвідом [4].

Обидві ці самосвідомі емоції характерні для травмованих біженців. На перший погляд це може здатися нелогічним, оскільки біженці в багатьох випадках ставали жертвами суворих умов, які не залежали від них, таких як війна, тортури, нестача їжі або стихійні лиха. Однак суб'єктивне почуття сорому і провини може бути пов'язане з об'єктивно непередбачуваним і неконтрольованим подією [4; 246].

До неможливості як-небудь вплинути на ситуацію приєднується безсилля. Почуття безпеки, якого так прагнули стає тягарем. Адже в рідній країні трагічні ситуації, горе. Розпочинається самоїдство «я в безпеці, а члени сім'ї, друзі колеги, ті, хто не зміг виїхати – ні». Воно поглиблюється через втрату зв'язків, своєї соціальної ролі, через необхідність адаптації до нових умов. Таким чином цілком адекватна дія та бажання врятувати себе або близьких перетікає в негативну самооцінку. У результаті людина незадоволена власною поведінкою, думками, вчинками, самим собою [4].

Одним з симптомів ПТСР вважають симптом провини вцілілого. Це незрозуміла людська реакція : ті, хто вижив, часто страждають від глибокої провини, якщо вони були в компанії інших, кому не так пощастило під час травматичної події. Компонентами можуть бути почуття справедливості та невдачі [4].

Почуття справедливості є потужною силою, яка об'єднує людей у кооперативні групи. Наше почуття справедливості є основою нашої складної правової системи, яка прагне справедливості для тих, кому завдано шкоди. Пережити ризиковану для життя травму, коли інші в групі цього не зробили,

може викликати сильне почуття несправедливості. Почуття невдачі є другим компонентом провини того, хто вижив. Ті, хто вижив, часто страждають від жахливих почуттів, що вони могли б зробити більше, щоб запобігти або краще впоратися з трагедією. Такі роздуми підживлюють порочне, неминуче коло. Як почуття справедливості, так і почуття невдачі підживлюють найпотужніші альтруїстичні та героїчні дії людей у ситуаціях, що загрожують життю. Можливо, саме тому наш особливий вид відчуває провину тих, хто вижив, на благо групи [4; 255].

Неабияку роль у відчутті сорому та провини відіграє шеймінг. Це присоромлення, яке може включати приниження, образу, збентеження і навіть дегуманізацію іншої людини чи групи. Таким чином його можна розглядати як агресивний акт, який порушує людський дух, що призводить до відчуття ущербності, неадекватності або руйнування [4].

Сором може виражатися за допомогою слів, міміки, тону або іншої поведінки і передаватися віч-на-віч, через інших або, як це стає все більш поширеним, через публічне викриття в інтернеті. Сором асоціюється з тривогою, депресією, самогубством, гнівом та агресією. Йому також може сприяти інтенсивна самокритика та судження іншими, пов'язане з неадаптивними реакціями на гнів, включаючи зловмисні наміри; пряму, непряму та зміщену агресію. Крім того, ряд досліджень показує, що люди, які відчувають сором, більш схильні звинувачувати інших [4; 240].

Тож не дивно, що в країні, де йде війна та сильно виражена агресія, інтернет-простір часто заповнюється повідомленнями, постами, коментарями, які покликані викликати сором. Сором може бути заразним, змушуючи тих, хто соромиться, соромити інших та викликати почуття провини. Під час війни люди переживають психологічну кризу, втрачають можливість контролювати свої реакції й поведінку [4].

Сором і почуття провини – важливі самосвідомі емоції у людей, які пережили травму. Кумулятивний стрес, такий як вплив численних травматичних подій через війну, створює фактор ризику для психічного

здоров'я, включаючи більші страждання та функціональні порушення через сором та провину [4].

Абсолютна більшість українців, переміщених як біженці за кордоном або всередині країни, все ще висловлюють надію та намір повернутися додому. Сімдесят шість відсотків біженців, опитаних УВКБ ООН у країнах ЄС і Молдові планують або сподіваються повернутися назавжди [201]. Таким чином багато з цих людей чекають та планують розпочати своє життя після повернення. Внаслідок цього вони стикаються із синдромом відкладеного життя – психологічним станом, що виникає внаслідок стресових ситуацій, втрат та невизначеності щодо майбутнього. Проблема полягає в тому, що цей синдром може серйозно впливати на фізичне та психічне здоров'я біженців, а також ускладнювати їхню соціальну адаптацію та інтеграцію.

Поняття «синдром відкладеного життя» відносно нове. Вперше подібне використав В. Серкін у 1997 році, вивчаючи соціально-психологічні причини міграції народів Крайньої Півночі. Люди залишалися жити в надважких умовах, мріючи, що коли переїдуть, то розпочнеться справжнє щасливе життя. Введено «сценарій відкладеного життя» для узагальнення опису специфіки життєвих сценаріїв мешканців. В ядрі – усвідомлене чи неусвідомлене припущення людини, що наразі вона живе несправжнім життям, а лише робить для нього умови [5].

Українські біженці планують жити після закінчення війни [66]. Вони не живуть тут та зараз, не можуть планувати теперішнє. Всі надії та сподівання покладені на справжнє життя після закінчення війни. Людина зависає між двома реальностями «там» та «тут».

Люди втрачають такі ресурси, як освіта, професія, майно, зв'язки, сім'я та соціальний статус. Відчуття себе ніким, іншою людиною, знецінення себе, як унікальної особистості, веде до того, що життя заморожується. Стверджується, що заморожене життя є однією з причин синдрому відкладеного життя [258]. Окрім цього, екзистенційні ресурси, як віра,

свобода, смисл, які допомагають долати кризи, також втрачаються в умовах війни [60].

Н. Назарук пов'язує синдром відкладеного життя з прокрастинацією [90]. Відчуття відчуженості та невизначеності, характерні для синдрому, можуть стимулювати втому та бажання уникнення реальності, що сприяє прокрастинації як механізму самозахисту.

Тунельне мислення, як когнітивний феномен, може служити однією з причин синдрому відкладеного життя у біженців. Тунельне мислення визначається обмеженим фокусом уваги на конкретних аспектах завдань чи проблем, що виключає розгляд альтернативних варіантів та комплексного підходу до вирішення проблемних ситуацій [132]. Це обмежене сприйняття може витіснити альтернативні шляхи дії та сприяти відкладенню важливих життєвих рішень.

У біженців, вихованих у сімейних умовах з дитячими установками, що передбачають відкладення досягнення основних життєвих цілей до певного майбутнього моменту, спостерігається схильність до синдрому відкладеного життя [104].

Неможливість відрізнити мрії та цілі відіграє суттєву роль у формуванні синдрому відкладеного життя серед біженців. Вони уникають розробки конкретних життєвих стратегій, що призводить до відсутності чіткого визначення мети та кроків для її досягнення. Тож значущою проблемою, яка потребує усунення при синдромі відкладеного життя у біженців – неможливість планування.

Основним проявом синдрому відкладеного життя у біженців є погана адаптація в новій країні перебування. Вони демонструють виражений відсутній або обмежений планувальний і стратегічний підхід до своїх життєвих перспектив. А також невизначеність стосовно освітніх, професійних та соціальних аспектів майбутнього. Вони не вчать мову, якщо є діти і законодавством чітко не визначена необхідність отримувати місцеву освіту – діти не відвідують освітніх закладів.

Нездатність планувати та вирішувати навіть невеликі проблеми може впливати не тільки на емоційний стан, але і на фізичне здоров'я біженців. Адже звернення по допомогу до лікарів теж відкладається до кращих часів.

Синдром відкладеного життя представляє собою когнітивний та емоційний механізм, що може відігравати роль стратегії копіngu для біженців у ситуаціях високого стресу. Важливо враховувати, що втеча від реальності може виступати як тимчасовий захисний механізм, але не повинна ставати постійним уникненням реальності, оскільки це може ускладнювати соціальну адаптацію. Треба враховувати синдром відкладеного життя при розробці інтеграційних програм для біженців.

Окремо слід виділити в запитах психологічної допомоги – розвиток резильєнтності. Резильєнтність – здатність людей в контексті серйозних негараздів – чи це психологічні, екологічні чи й інші – шукати шлях до ресурсів, підтримуючи здоров'я, певний рівень внутрішнього благополуччя, а також здатність забезпечити ці ресурси культурно виробленими способами [55; 56]. Така здатність особливо важлива для біженців. Людям доводиться залишати власні домівки під впливом стресових обставин, але опиняються вони там, де нова мова, культура, звичаї та закони [11].

Перешкоджають резильєнтності біженців: мовний бар'єр, расизм та дискримінація, навішування ярликів або травми. Факторами, що формують резильєнтність біженців вважають: особистісні якості, підтримка, релігійність та духовність [11; 187].

Серед особистісних якостей, які є ресурсом до резильєнтності можна виділити оптимізм, який дозволяє впевнено дивитися у майбутнє, вірити, що труднощі обов'язково будуть подолані. Також адаптивність, гнучкість, відкритість, які допомагають впоратися з невизначеністю, швидко прилаштуватися до умов, що змінюються. Наполегливість допомагає досягнути успіху, а здатність до прийняття – не зациклюватися на невдачах. Здатність до самоусвідомлення відкриває можливість відмовитися від образу жертви [11].

Підтримка – зовнішній фактор резильєнтності біженців. Йдеться про підтримку сім'ї, друзів, громади. Здатність встановлювати і підтримувати здорові, позитивні відносини з іншими є важливою для резильєнтності. Резильєнтні особи розуміють, коли звернутися за допомогою, мають підтримку оточуючих. Це допомагає зберігати психологічну стійкість. Коли людина має сильну соціальну підтримку, то їй не потрібно використовувати багато власних особистих ресурсів, щоб впоратися з труднощами [11; 129; 130].

Релігійність та духовність. Більшість досліджень ролі релігійності у відношенні до тяжкості депресії в основному виявили зворотний зв'язок між більшою релігійністю та меншими рівнями симптомів депресії. Є підстави припускати, що релігійність має буферний вплив на зв'язок між стресовими життєвими подіями та симптомами депресії [203]. Духовні практики та молитви можуть допомагати людині відпускати ситуацію. Деякі люди сприймають труднощі, як випробування вищих сил, тож впевнені, що все що їм «дається», вони можуть подолати [11].

На підвищення резильєнтності серед біженців працюють різноманітні недержавні громадські організації, які спонсорують психологічні інтервенції. Наприклад, УВКБ ООН рекомендує користуватися концепціями відповідно до світового досвіду у сфері психічного здоров'я і психосоціальної підтримки (ПЗПСП). Серед іншого ПЗПСП передбачає розробку багаторівневої системи взаємодоповнюючих систем/інтервенцій, які відповідали б потребам різних груп :

- доступ до можливості реалізації основних потреб та безпеки (наприклад, харчування, житло, вода, базова медична допомога);
- посилення підтримки для в сім'ї та громаді;
- надання неспеціалізованої підтримки (тобто фокусовані індивідуальні, сімейні або групові сесії, які проводяться навченими спеціалістами допомагаючих професій (тобто вчителями, сімейними лікарями);

- надання спеціалізованих послуг (психологічна або психіатрична допомога людям з тяжкими психічними розладами) [11].

Зазначається, що позитивним результатом для психічного здоров'я та психосоціального благополуччя можна сприяти за допомогою сильної соціальної підтримки, соціальної згуртованості та створення умов, які забезпечують відновлення і посилюють резильєнтність [11].

Резильєнтність біженців допомагає суспільству залишатися здоровим та безпечним. Це обумовлює необхідність в розробленні науково обґрунтованих методів допомоги і самодопомоги у кризові періоди життя [11].

Аналізуючи наукові дані, можна зробити висновок, що психологічна допомога біженцям є необхідною та вимагає багатокомпонентного підходу, який враховує широкий спектр потреб і симптомів, з якими стикаються біженці. Основні запити біженців у сфері психологічної допомоги включають потребу в емоційній стабілізації, підтримці в адаптації до нового середовища, допомозі в подоланні пережитих травм, управлінні тривогою та стресом, відновленні сімейних зв'язків, а також у професійній реабілітації. Поширеними емоційними симптомами є тривога, почуття провини, страх та депресивні стани, які часто ускладнюються травмою свідка.

Таким чином, особлива увага у психологічних запитах біженців приділена комплексному посттравматичному стресовому розладу (КПТСР), який більшою мірою характерний для біженців через хронічний вплив травматичних подій, а також синдрому відкладеного життя, що зумовлює труднощі в адаптації та інтеграції. Крім того, актуальним є розвиток резильєнтності, яка сприяє здатності біженців адаптуватися до нових обставин, підтримувати психологічне здоров'я та забезпечує кращу соціальну інтеграцію. Впровадження багатоетапної системи підтримки (соціальної, неспеціалізованої та спеціалізованої) з урахуванням індивідуальних потреб біженців може підвищити ефективність психологічної допомоги та покращити психічне здоров'я цієї вразливої групи.

1.4. Методи психологічної допомоги

Незважаючи на значний розвиток психологічної науки та практики, методи психологічної допомоги залишаються недостатньо систематизованими і чітко окресленими в теоретичних підходах. Відсутність єдиної класифікації та стандартів у визначенні та застосуванні цих методів свідчить про складність і різноманітність підходів до розуміння психологічних проблем і шляхів їх вирішення.

Є спроби систематизувати знання про методи психотерапевтичної допомоги. Психотерапія та психологічна допомога є двома взаємопов'язаними, але різними поняттями в сфері психічного здоров'я. Психологічна допомога охоплює широкий спектр інтервенцій, спрямованих на підтримку психічного благополуччя, зокрема консультування, профілактику стресу, кризову інтервенцію та інші методи підтримки. Вона може надаватися психологами, соціальними працівниками, консультантами та іншими фахівцями, що працюють у сфері ментального здоров'я.

Психотерапія, у свою чергу, є спеціалізованою формою психологічної допомоги, яка базується на систематизованих методах і теоретичних підходах. Вона спрямована на глибше дослідження та зміну психологічних процесів і поведінки пацієнтів. Основна мета психотерапії полягає у вирішенні психологічних або емоційних проблем, таких як тривожні розлади, депресія, фобії чи міжособистісні конфлікти. Психотерапія передбачає довготривалу роботу з пацієнтом і часто ґрунтується на спеціалізованих методах, таких як когнітивно-поведінкова терапія, психоаналіз або гештальт-терапія [36].

Таким чином, можемо розділити методи психологічної на ті, що можуть надаватися лише професійними психологами, та ті, які можуть використовувати після спеціальних тренінгів інші фахівці у сфері ментального здоров'я. Для останніх ще існує назва «Методи першої психологічної допомоги».

Пропонується класифікація методів психотерапії за такими категоріями :

- методи, які включають техніки (гіпноз, релаксація, аутогенне тренування тощо);
- методи, що визначають умови, які сприяють досягненню терапевтичних цілей (наприклад, сімейна психотерапія);
- методи, які виступають інструментами психотерапії (особистість психотерапевта, група як ціле);
- методи, які визначають терапевтичні інтервенції, зокрема за стилем (директивний чи недирективний підхід) або теоретичною основою [95].

Деякі вчені виділяють такі методи :

- особистісно-орієнтованої психотерапії;
- сугестивної психотерапії;
- поведінкової психотерапії [62; 63].

Л. Волберг виділив три основні типи методів психотерапії :

- підтримуюча психотерапія спрямована на зміцнення та підтримку захисних механізмів пацієнта, які він уже має, а також на розвиток нових, ефективніших стратегій поведінки. Основною метою є відновлення емоційної рівноваги пацієнта, що дозволяє йому ефективніше долати стресові ситуації та зберігати психічне здоров'я.

- перенавчальна психотерапія фокусується на зміні поведінки пацієнта через підтримку та заохочення позитивних форм поведінки, а також несхвалення негативних. Метою є навчити пацієнта краще використовувати власні ресурси та можливості. Однак, при цьому методі не ставиться завдання вирішення глибинних, неусвідомлюваних внутрішніх конфліктів пацієнта.

- реконструктивна психотерапія орієнтована на допомогу пацієнту в усвідомленні його внутрішніх конфліктів, які є джерелом особистісних розладів. Вона передбачає суттєві зміни в характері та відновлення

повноцінного функціонування особистості шляхом глибокого опрацювання цих конфліктів [260].

У клінічній практиці виділяють такі методи психотерапії, як симптомно-центровані, особистісно-центровані та соціоцентровані. Останніми роками з'явилася значна кількість методів, у яких терапевтичний ефект досягається через взаємодію з мистецтвом і природою. Ці методи ґрунтуються на :

- спілкуванні з літературою та мистецтвом, що включає музикотерапію та бібліотерапію;
- творчій діяльності, як-от імаготерапія, арт-терапія, пісочна терапія;
- лікувальному впливі природи, що представлено натурпсихотерапією.

Різноманіття методів психотерапії та психотерапевтичних підходів не стільки пов'язане з різними об'єктами терапії, як із фокусуванням на різних аспектах та проблемах особистості. Це і пояснює відмінності в методах психотерапії та велику кількість підходів до їх класифікації [88; 89].

Підходи до психотерапії поділяються на п'ять широких категорій [165] :

Психоаналіз і психодинамічна терапія. Цей підхід зосереджений на зміні проблемної поведінки, почуттів і думок шляхом виявлення їх несвідомого значення та мотивації. Психоаналітично орієнтована терапія характеризується тісним робочим партнерством між терапевтом і пацієнтом. Пацієнти дізнаються про себе, досліджуючи свою взаємодію в терапевтичних стосунках. Хоча психоаналіз тісно ототожнюють із Зигмундом Фрейдом, він був розширений і модифікований з часів його ранніх формулювань [30].

Поведінкова терапія. Цей підхід зосереджується на ролі навчання у розвитку як нормальної, так і ненормальної поведінки. І. Павлов зробив важливий внесок у поведінкову терапію, відкривши класичне обумовлення, або асоціативне навчання. У відомих собак Павлова, наприклад, починалися слини, коли вони чули свій обідній дзвінок, тому що вони асоціювали цей звук з їжею. «Десенсибілізація» – це класичне кондиціонування в дії : терапевт

може допомогти клієнту з фобією через повторний вплив того, що викликає тривогу. Іншим важливим мислителем був Е. Торндайк, який відкрив оперантне обумовлення. Цей тип навчання спирається на винагороди та покарання для формування поведінки людей [32].

З моменту появи поведінкової терапії в 1950-х роках з'явилося кілька варіантів. Одним із варіантів є когнітивно-поведінкова терапія, яка фокусується як на думках, так і на поведінці [47].

Когнітивна терапія. Когнітивна терапія наголошує на тому, що люди думають, а не на тому, що вони роблять. Когнітивні терапевти вважають, що саме дисфункціональне мислення призводить до дисфункціональних емоцій або поведінки. Змінюючи свої думки, люди можуть змінити те, що вони відчувають і що роблять. Основні фігури когнітивної терапії – А. Елліс та А. Бек [20].

Гуманістична терапія. Цей підхід підкреслює здатність людей робити раціональний вибір і максимально розвивати свій потенціал. Турбота та повага до інших також є важливими темами. На цей тип терапії вплинули такі філософи-гуманісти, як Ж.-П. Сартр, М. Бубер і С. К'єркегор. Особливо впливовими є три види гуманістичної терапії. Терапія, орієнтована на клієнта, відкидає ідею терапевтів як авторитетів у внутрішніх переживаннях своїх клієнтів. Замість цього терапевти допомагають клієнтам змінитися, підкреслюючи їх турботу, турботу та інтерес [36].

Гештальт-терапія наголошує на тому, що вона називає «організмичним холізмом», важливості усвідомлення «тут і зараз» і прийняття відповідальності за себе. Екзистенціальна терапія фокусується на свободі волі, самовизначенні та пошуку сенсу.

Інтегративна медицина також відома під іншими назвами, такими як альтернативна медицина, натуральна медицина, функціональна або компліментарна медицина. Різні підходи до холістичної медицини передбачають не лише терапевтичні, а й діагностичні методи, серед яких фітотерапія, акупунктура, точковий масаж, лазеро- та електропунктура,

біоенергетика тощо. Деякі діагностичні методи, як-от рефлексодіагностика та пульсова діагностика, активно застосовуються для комплексного оцінювання стану організму. Основні терапевтичні напрямки холістичної медицини включають апітерапію, фітотерапію, рефлексотерапію, гомеопатію, біоенергоінформотерапію та суджок-терапію [42].

Багато терапевтів не прив'язують себе до жодного підходу. Натомість вони поєднують елементи з різних підходів і адаптують лікування відповідно до потреб кожного клієнта. Так розвиваються методи першої психологічної допомоги.

У світі трапляються різні типи стресових подій. Йдеться про війну, стихійні лиха, нещасні випадки, пожежі та міжособистісне насильство (наприклад сексуальне). Постраждати можуть як окремі особи, сім'ї, так і цілі громади.

Люди втрачають свої домівки чи близьких, вони розлучаються зі своїми родинами, відокремлюються від свого суспільства або стають свідками насильства, руйнування чи смерті. Хоча ці події певним чином торкаються кожного, є й ширший спектр реакцій і почуттів багатьох людей у таких ситуаціях. Люди можуть відчувати себе приголомшеними, розгубленими або невпевненими у тому, що відбувається. Вони можуть відреагувати страхом і тривогою або завмерти і почуватися відчуженим [112].

У зв'язку зі зростанням попиту на психологічну допомогу, коли велика кількість людей одночасно потребує підтримки, виникає проблема нестачі кваліфікованих психологів. Як відповідь на цей виклик, розвинулася концепція першої психологічної допомоги. Вона передбачає надання базової емоційної підтримки та кризової інтервенції особам, що перебувають у стресовому стані, з боку не лише професійних психологів, але й інших підготовлених осіб, таких як соціальні працівники, волонтери або медичні працівники. Це дозволяє задовольнити потребу в негайній психологічній підтримці в умовах обмеженого доступу до спеціалізованої допомоги.

Надання першої психологічної допомоги може виглядати по-різному від кризи до кризи і навіть від людини до людини, яка перебуває в однаковому становищі. Тому що кожна ситуація унікальна. Крім того, хоча існують загальні реакції на катастрофи, кожна людина має індивідуальну реакцію, і її нагальні потреби відрізняються [257].

Історія розвитку першої психологічної допомоги (PFA) ґрунтується на двох концептуальних основах: першій медичній допомозі та кризовому психологічному втручанні. Перші спроби організованого надання медичної допомоги простежуються до XI століття, коли Орден Святого Іоанна в Єрусалимі навчав мирян першій допомозі для подорожніх і жертв війни. Подальший значний розвиток відбувся у XIX столітті завдяки А. Дюнану, засновнику Міжнародного Червоного Хреста, що сприяло поширенню першої допомоги і стало основою для сучасних служб екстреної допомоги [99].

Історія психологічного кризового втручання почалася під час Першої світової війни, коли лікарі, такі як Т. Салмон, впроваджували нові методи лікування психічних розладів серед солдатів. Відтоді принципи «близькості», «негайності» і «очікування» (P-I-E) стали основою кризового втручання, зокрема для допомоги людям, що пережили травматичний досвід, і застосовувалися як на полі бою, так і у цивільних умовах [1].

У XX столітті інтерес до психологічного кризового втручання продовжував зростати. Особливий внесок зробили дослідження Е.Ліндемана після пожежі в нічному клубі Cocomanut Grove в Бостоні у 1942 році, що підкреслили важливість роботи з горем та створення кризових інтервенційних служб для постраждалих. У 1960-70-х роках, під час руху за покращення психічного здоров'я, впроваджувалися перші телефонні лінії допомоги та кризові центри. Далі такі організації, як Американський Червоний Хрест, розробили спеціалізовані програми кризової підтримки для цивільного населення у випадку катастроф [99].

Поступово розроблялася система першої психологічної допомоги, яка дозволила надавати невідкладну психологічну підтримку не лише

спеціалістам, а й підготовленим волонтерам та парапрофесіоналам. Такий підхід, особливо важливий у кризових ситуаціях з високим попитом на допомогу, сприяв розширенню доступу до психологічної підтримки для великої кількості людей [199].

Перша психологічна допомога – це метод допомоги людям у біді, надання їм душевного спокою та підтримки, коли вони долають труднощі. Він спрямований як на емоційні, так і на соціальні потреби людей, щоб дозволити людям використовувати власні ресурси, зміцнити свою стійкість і приймати обґрунтовані рішення. Перша психологічна допомога полягає в догляді та підтримці людей, які цього потребують, у гуманний спосіб. Це включає уважне ставлення до їхніх реакцій, активне та чуйне слухання та надання практичної допомоги, наприклад допомоги в задоволенні основних потреб. Психологічна перша допомога є частиною будь-якого кризового втручання, що базується на стійкості, і є складовою таких програм, як допомога особам, які пережили сексуальне та гендерне насильство, підтримка персоналу та однолітків або програми благополуччя персоналу та волонтерів [174].

PSSP стосується критичного першого моменту після травматичної події і є важливою частиною підтримки довгострокового психологічного відновлення. Негайна емоційна допомога та відчуття безпеки у перші моменти після травми значно підвищують шанси на успішне відновлення постраждалих. Цьому навчають на спеціальних тренінгах [100].

Програма тренінгу з першої соціально-психологічної допомоги (PSSP) надає учасникам базові знання та практичні навички з надання допомоги у кризових ситуаціях, коли люди потребують негайної психологічної підтримки. Метою PSSP є підготовка осіб, які можуть надати підтримку у ситуаціях лиха або значного психологічного стресу, допомагаючи знизити емоційне напруження і забезпечити базову стабільність [252].

Тренінг PSSP призначений для широкого кола осіб, які через свою діяльність можуть стикатися з постраждалими в кризових ситуаціях. Серед них :

- медичні працівники, які надають допомогу людям, що стали свідками або пережили втрату близьких;
- волонтери, що працюють у зонах катастроф чи інших екстремальних ситуацій;
- фахівці з охорони праці – лікарі, медсестри, психологи та менеджери з персоналу, що надають підтримку у кризових ситуаціях на робочих місцях та інші [252].

Перша психологічна допомога (ППД) повинна надаватися в будь-якому безпечному місці, де є можливість забезпечити комфорт і конфіденційність для постраждалих. Це може бути безпосередньо на місці події у випадку індивідуальних інцидентів або в спеціалізованих зонах підтримки, таких як медичні установи, притулки, табори для біженців, школи, або центри розподілу гуманітарної допомоги.

У ситуаціях, де має місце велике скупчення людей, наприклад, під час масових заходів або катастроф, особливо важливо обирати зони для ППД, де можливо організувати приватне спілкування без втручання оточуючих. Це забезпечує психологічний комфорт та повагу до гідності постраждалих, що є критично важливим, особливо для тих, хто зазнав травматичних подій, як-от сексуальне насильство. Створення умов для конфіденційного спілкування дозволяє фахівцям з ППД краще врахувати емоційні потреби постраждалих та надати їм підтримку, знижуючи ризик повторної травматизації [99].

Принципи надання першої психологічної допомоги передбачають чотири ключові етапи: підготовка, спостереження, слухання та зв'язок. Підготовка передбачає попереднє ознайомлення з подією кризи, доступними послугами та підтримкою, а також з потенційними питаннями безпеки. Фахівці повинні зібрати інформацію про доступні ресурси, місця укриття, медичну допомогу та інші види підтримки, необхідні для ефективного реагування.

Спостереження включає оцінку безпеки та визначення потреб людей, які можуть потребувати негайної підтримки. Це також охоплює виявлення осіб із

терміновими базовими потребами (їжа, вода, притулок) або тих, хто демонструє ознаки серйозного емоційного дистресу.

Слухання передбачає встановлення контакту з тими, хто може потребувати допомоги, з'ясування їхніх потреб та занепокоєнь. На цьому етапі важливо активно слухати людину, надавати підтримку і допомагати їй заспокоїтися. Слухання відіграє важливу роль у створенні відчуття довіри та емоційної безпеки.

Зв'язок спрямований на допомогу людям у задоволенні їхніх базових потреб і забезпеченні доступу до послуг. Фахівці допомагають постраждалим вирішувати проблеми, надають інформацію про доступні ресурси та підтримку, а також сприяють встановленню зв'язку з близькими та соціальними мережами підтримки. Такі принципи дозволяють забезпечити структуровану та ефективну підтримку, яка відповідає потребам постраждалих у кризових ситуаціях, надаючи відчуття безпеки, емоційного комфорту та доступу до необхідних ресурсів [226].

Війна в Україні спричинила одну з наймасштабніших гуманітарних криз в Європі з часів Другої світової війни. Мільйони людей були змушені покинути свої домівки, рятуючись від бойових дій. Війна та вимушене переміщення спричинили значні психологічні травми у біженців. Ці проблеми можуть включати посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривогу, депресію, а також проблеми з адаптацією до нового середовища. Вивчаючи досвід надання психологічної допомоги біженцям, глобально можна виокремити такі моделі: надання психосоціальної підтримки, надання психосоціальних послуг, надання послуг орієнтованих на травму, надання послуг орієнтованих на резильєнтність (зміцнення потенціалу). Модель психосоціальної підтримки націлена на задоволення базових потреб біженців, таких як доступ до їжі, житла та медичної допомоги. Вона також враховує психологічні та соціальні аспекти, спрямовані на допомогу біженцям у подоланні стресу та травм, пов'язаних з їхнім досвідом. Ця модель найчастіше

використовується у випадках надзвичайних ситуацій, коли біженцям необхідна негайна допомога [8].

Психосоціальна модель надання послуг включає в себе розширений спектр психосоціальних інтервенцій. Тут використовують індивідуальну та групову психотерапію, консультування та психоосвіту. До цієї моделі також відносяться послуги з розвитку навичок, такі як тренінги з пошуку роботи та управління стресом. Психосоціальна модель передбачає надання допомоги в більш стабільних умовах, коли біженці можуть активно займатися своїм довгостроковим відновленням і адаптацією до нових умов життя [8].

Модель надання послуг, спрямованих на травму, фокусується на наданні підтримки біженцям, які травмовані війною, тортурами або насильством. У межах цієї моделі можуть бути використані такі методи, як когнітивно-поведінкова терапія, EMDR (десенсибілізація та повторна обробка рухів очей) та інші підходи до лікування травматичного досвіду [8].

У розвинених країнах найуживаніші : наративна експозиційна терапія, когнітивно-поведінкова терапія, EMDR, трансфер-фокусована терапія (TFP), групи підтримки однолітків (CROP), групове сімейне втручання. Всі ці методи вважаються дієвими, але деякі дослідження виводять на перший план наративну експозиційну терапію [8; 57; 177].

Великі недержавні організації обирають для реалізації в допомозі біженцям модель психосоціальної підтримки. Наприклад, ІОМ провадить MHPSS (Mental Health and Psychosocial Support). Психосоціальний підхід базується на взаємозв'язку таких сфер :

- Біопсихологічна : почуття, емоції, думки, спогади, поведінка, стрес та реакції на стрес, цілісне розуміння особистості як унікальної системи тіла і розуму.
- Культурна : спільна поведінка, вірування, розповіді, ритуали, цінності, норми, звичаї (серед інших аспектів), які використовуються членами суспільства для вираження та підтримки своїх індивідуальних характеристик і для взаємодіяти з іншими.

- Соціальна : взаємодія та взаємозалежність між особою та спільнотами, до яких він належить [8].

Психосоціальний підхід складається з двох взаємодоповнюючих аспектів :

- Соціально-реляційний : якість відносин між окремими людьми та соціальною системою (спільнотами, сім'єю, друзями, ширшими соціальними системами).

- Соціально-економічний : наявність і доступ до ресурсів, які впливають на умови їхнього життя (наприклад, засоби до існування, охорона здоров'я, інформаційні технології). Ці сфери є взаємозалежними та однаково важливими, впливають одна на одну у визначенні потреб, ресурсів біженців та членів громади біженців [8; 27].

Психічне здоров'я та психосоціальне благополуччя є невід'ємною частиною підходу УВКБ ООН до охорони здоров'я, захисту та освіти. Тут також використовуються МНПСС. Лише у 2023 році послугами було охоплено 1,3 мільйона осіб [8; 223].

Міжнародний рух Червоного Хреста та Червоного Півмісяця теж користувався міжнародно прийнятою МНПСС, але також, у 2019 році було затверджено набір зобов'язань щодо психічного здоров'я та психосоціальних потреб (The Movement RCRC Framework). Наголошується, що МНПСС використовують для всього населення у екстрених випадках, а The Movement RCRC Framework – для всього населення у будь-якому контексті, у будь-який час (надзвичайна/ненадзвичайна ситуація). Концепція також визнає «особливі» групи населення RCRC. Застосовується безперервний підхід до догляду, від зміцнення психічного здоров'я та психосоціального благополуччя до запобігання подальшому дистресу, лікування розладів психічного здоров'я. Акцент на перенаправленнях між рівнями для забезпечення безперервності догляду та цілісного підходу. Рамка концепції описує чотири взаємопов'язаних рівні захисних дій, як-то спеціалізована психічна допомога, психологічна підтримка, фокусована психосоціальна підтримка, базова психосоціальна

підтримка. Але не визначає, які послуги має надавати кожна складова руху [8; 223].

Наприклад, окремі особи, сім'ї та громади можуть бути спрямовані на всі 4 рівні (наприклад, спеціалізована психіатрична допомога для сім'ї). Фокусована психосоціальна підтримка – це більш цілеспрямована психосоціальна робота для осіб із групи ризику (включає структуровані заходи для дітей та молоді, підтримку рівних і групову роботу). Масштабовані психологічні втручання підпадають під цей шар [8; 67; 119; 120].

Модель надання послуг, спрямованих на зміцнення потенціалу, має на меті сприяння розвитку стійкості та навичок подолання труднощів у біженців. Ця модель може включати в себе реалізацію програм розвитку життєвих навичок, ініціювання заходів з підтримки зайнятості та активну участь у підтримці громадських ініціатив. У контексті створення нового життя у новій країні, важливість даної моделі зростає для підтримки біженців у їхніх прагненнях до відновлення особистого та професійного розвитку [8].

На основі досвіду роботи в неурядовій організації, яка надає підтримку, зокрема біженцям, пропонуємо власну модель надання психологічної допомоги біженцям. Нижченаведена модель ґрунтується на принципі орієнтованості на потреби клієнта та включає такі ключові компоненти: оцінка, інформування, втручання, моніторинг, підтримка зв'язків [8].

На початковому етапі роботи з клієнтом проводиться всебічна оцінка його потреб. Це включає збір інформації про психологічний стан, історію життя, культурний контекст та поточні життєві обставини. Важливо розуміти, що кожен клієнт має унікальний набір потреб, що вимагає індивідуального підходу [8].

Далі переходимо до інформування. Повідомляємо клієнта про процес консультування, його конфіденційність та межі. Це допомагає зберегти взаємно вигідну робочу атмосферу та підвищує рівень довіри між клієнтом та психологом [8].

Вибір методів втручання ґрунтується на індивідуальних потребах клієнта. Терапія в більшості випадків неможлива, якщо мова йде не про окремі випадки в приватній психологічній практиці. Тому допомога може включати використання таких методів, як арт-терапія, наративна терапія, EMDR, когнітивно-поведінкова терапія та практики майндфулнес. Ці методи допомагають клієнтам зрозуміти свої емоції, переживання та дії, а також розвивати стратегії подолання [8; 238].

На етапі моніторингу прогрес клієнта регулярно відстежується, і за потреби вносяться зміни до плану втручання. Це дозволяє адаптувати підхід до індивідуальних потреб та забезпечує ефективну підтримку на шляху до психологічного благополуччя [8].

Біженці потребують ще одного компоненту, який не зовсім характерний для приватної практики. Заохочується участь членів сім'ї та друзів клієнта в процесі консультування, а також надається підтримка у налагодженні зв'язків з мережами підтримки біженців у громаді. Це сприяє створенню стійкої системи підтримки навколо клієнта та сприяє його інтеграції у нове середовище [8]. Уважається, що підтримка з боку близьких та соціуму є важливими ланками, без яких адаптація, особливо у дитячому віці, неможлива [70].

У межах цієї моделі рекомендується проведення 8-10 консультацій. Важливо підкреслити, що це не терапія, а короткострокове консультування, спрямоване на допомогу біженцям у подоланні поточних психологічних проблем та адаптації до нового середовища [8].

Модель передбачає ретельне ведення документації, яка включає загальну анкету, форму інформованої згоди, персональний план втручання, опис зустрічей психологічного консультування та звіт про проведення консультацій. Анкета збирає базову інформацію про біженця, таку як його ім'я, вік, контактна інформація, історія життя та причини переміщення. Форма інформованої згоди сповіщає клієнта про процес консультування, його конфіденційність та межі. План розробляється спільно з клієнтом і визначає

цілі консультування та методи, які будуть використовуватися для їх досягнення. Він може бути приблизним та змінюватися на етапі моніторингу прогресу клієнта. Опис зустрічей психологічного консультування документує те, що відбувалося під час кожної зустрічі. Звіт про проведення консультацій підсумовує прогрес клієнта та надає рекомендації щодо подальшої роботи [8].

У допомозі біженцям важливі методи, якими надається допомога. Розглянемо деякі з них. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) – це тип втручання, який зосереджується на виявленні та оскарженні негативних або дезадаптивних переконань [156; 162; 202]. Ці дезадаптивні когнітивні функції сприяють розвитку емоційних і поведінкових проблем. Такий підхід до втручання можна використовувати для боротьби з деякими негативними емоціями, які можуть відчувати біженці, такими як депресія, намагаючись змінити ці негативні емоції на позитивні. Метою КПТ є співпраця з клієнтом шляхом практики позитивних моделей мислення, які призведуть до збільшення ефективної поведінки [8; 76].

Наративна експозиційна терапія (NET) з'явилася в академічній літературі в 2002 році, хоча це, очевидно, давня техніка. Коли він використовується з дітьми, його іноді скорочують як «KIDNET». Він бере свій початок у межах когнітивної поведінки, але має меншу тривалість. Цей підхід було адаптовано для задоволення потреб тих, хто пережив травми, включно з постраждалими від війни та тортур. За такого підходу пацієнти говорять про найгіршу частину травми і, отже, повторно переживають думки та емоції, пов'язані з нею. Досліджуючи розповідь пацієнта про травматичну подію та, зрештою, реконструюючи її, терапевт запитує про емоційні, фізіологічні, когнітивні та поведінкові реакції [8; 39; 253].

NET був розроблений для застосування в регіонах, що переживають кризу, до і після конфлікту. Оскільки в цих країнах відносно мало спеціалістів для догляду за великою кількістю уражених людей, лікування має бути коротким і прагматичним. Він має бути простим у засвоєнні та ефективним, навіть якщо його надають підготовлені неспеціалісти, які не мають або мають

мінімальний досвід у медицині чи психології. Він має бути застосовним у різних культурах і відповідати соціальному та політичному контексту середовища. Дослідження показують, що метод є багатообіцяючим. Також, виявлено високий розмір ефекту, коли біженці виступають консультантами [8; 86].

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), перекладається, як Десенсибілізація та Репроцесуалізація (опрацювання) Рухом Очей. Це терапія, зосереджена на тілесних аспектах психологічного дистресу, яка включає лікування соматичного компонента травматичного досвіду. Під час терапевтичного процесу клініцист починає з тіла, проходить через емоції і, нарешті, досягає когнітивного рівня, сприяючи процесу доступу, опрацювання та інтеграції травматичних переживань. EMDR проводиться, коли пацієнт зосереджується на найбільш тривожному спогаді про травматичну подію, окрім відповідного негативного самопізнання. У той же час терапевт забезпечує двосторонню стимуляцію (наприклад, рухи очей, постукування або двосторонні тони). Коли пацієнт повертає гіршу частину травматичної пам'яті та виконує подвійне завдання, уявний образ травми стає менш яскравим та емоційним, і пацієнт відчуває менший дистрес, пов'язаний із травматичною подією [8; 238].

Дослідження демонструють можливість використання лікування, орієнтованого на травму, такого як EMDR, для біженців, і підкреслюють, що вплив травматичних спогадів не несе ризику. Усі вони виявили покращення симптомів посттравматичного стресового розладу та продемонстрували ефективність лікування симптомів посттравматичного стресового розладу EMDR [8; 238].

Однією з найбільших проблем у підтримці психічного здоров'я біженців є відсутність кваліфікованих спеціалістів із психічного здоров'я в країнах із низьким і середнім рівнем доходу, де проживає переважна більшість біженців. Навіть у країнах з високим рівнем доходу, де проживає близько 17% сучасних біженців, потреба в психіатричних послугах значно перевищує доступність

професійної допомоги. Крім того, додатковим бар'єром є небажання багатьох біженців звертатися за психіатричною допомогою, коли вона доступна, через культурні норми щодо звернення за допомогою, уявну стигматизацію та інші фактори. Для зняття психоемоційного напруження, відчуття себе в безпеці, у роботі з біженцями широко використовуються практики майндфулнес (mindfulness), які потім можна застосовувати самостійно. Це прості, але потужні навички, якими можна користуватися протягом тривалого часу після завершення втручання, їхні ефекти можуть бути тривалими. Вони покликані допомогти розвинути внутрішні ресурси довіри, стійкості та співчуття [8; 16].

Використання технік арт-терапії у роботі з біженцями ґрунтується на теоріях стійкості з наміром запобігти негативним наслідкам травматичного досвіду шляхом надання можливостей для творчості та рефлексії. Принцип подальшої самопомоги тут також спрацьовує. Також важливо відмітити, що ці техніки можуть допомогти соціальній адаптації. Творча діяльність, така як малювання, музика та танець, може привести внутрішнє життя пацієнта в рух і може викликати життєві афекти, які призводять до пожвавлення, що забезпечує енергією, сенсом і відчуттям життя. Невербальне вираження почуттів і словесна передача творчого досвіду в арт-терапії протидіє депресії [8; 80].

Важливо зазначити, що надання психологічної допомоги біженцям – це складний процес, який потребує комплексного підходу. Необхідно далі досліджувати та вдосконалювати існуючі моделі надання психологічної допомоги біженцям [8]. Психологічна допомога, незважаючи на свій розвиток, лишається несистематизованою в теоретичних підходах і класифікації, що обумовлено складністю та різноманітністю психологічних проблем і методів їх вирішення. Існує безліч підходів до класифікації методів психологічної допомоги, що свідчить про їхню різноманітність. Методи можуть бути як поверхневими (перша психологічна допомога), так і глибокими (психоаналіз). Вибір методу залежить від конкретної ситуації, особистості клієнта та цілей терапії.

1.5. Світовий досвід надання психологічної допомоги біженцям : можливості імплементації

Розглянемо досвід країн, які опікуються біженцями і мають значний досвід їх адаптації. У 2021 році у Франції проживало близько 10% іммігрантів від загальної кількості населення, з яких 36% набули французького громадянства (2,5 мільйона осіб). Щоб порівняти темпи та чисельність міграції, зауважимо, що в 1968 року іммігрантів у Франції було близько шести відсотків, а чисельність іноземного населення у Франції становила 5,2 мільйона осіб (7,7% від загальної чисельності). Іммігрантами були 4,5 мільйона осіб, які на момент вивчення не набули французького громадянства, а 800 тисяч осіб народилися у Франції, але мали громадянство іншої країни. У Франції психологічна допомога біженцям надається державою в основному через задіяність медичної системи, а також через неурядові організації. Психологічна допомога організується також через певні проєкти. Так, CES «Центр медичного обстеження» організував надання психологічних консультацій для людей з психічними розладами, які детерміновані їх складним становищем, у межах конкурсу проєктів FNPEIS «Національний фонд інформації про профілактику, освіту та здоров'я» загальної системи соціального забезпечення. Підтримка та психологічна допомога пропонуються у межах періодичного медогляду, а сама психологічна консультація складається з двох складових [190] :

- психосоціальної підтримки та супроводу під керівництвом координатора охорони здоров'я дій філії (інформування, орієнтації та організація соціально-психологічного супроводу осіб на шляху до реінтеграції);
- психотерапевтичне лікування, засноване на аналітичному дослідженні, проводиться клінічним психологом (для осіб, які мають психологічні труднощі та психопатологічні розлади, що заважають адаптації та реінтеграції) [14].

Дві зацікавлені сторони координують свої дії всередині, здійснюючи регулярний аналіз еволюції догляду, організовуючи підсумкові зустрічі з соціальними та інституційними партнерами щодо складних ситуацій догляду та супроводу. Психолог втручається безпосередньо в CES, спостерігаючи за громадськістю шляхом консультацій, за попереднім записом. Перший прийом на психологічну консультацію призначає медичний координатор під час співбесіди для оцінки потреби в психологічній підтримці. Він збирає запити на консультації від медичних працівників CES або самих людей. Клінічна передача перших орієнтацій і запитів на консультацію здійснюється між координатором і психологом. Мета цього моменту – представити нові запити, попередити про складні ситуації та пролити світло на можливі напрямки подальшої роботи з підтримки. З першого прийому пропонується та розпочинається психологічна підтримка. Формальні рамки цієї підтримки такі: частота зустрічей – одна сесія на тиждень; тривалість зустрічі – півгодини на сеанс. Однак частота та тривалість сеансів не є остаточно зафіксованими раз і назавжди, їх можна переглядати та змінювати відповідно до людей та часу, через який вони проходять (один сеанс кожні 15 днів, 3 або 4 тижні). Також можна передбачити, що одна і та сама людина може потребувати тридцяти хвилинного сеансу, а іншого разу потрібен буде сеанс одна година або за необхідністю більшої тривалості. Крім того, кількість сеансів не визначена заздалегідь та не обмежена в часі, і вона може змінюватися кількома способами, що призводить до більш-менш тривалої підтримки залежно від проблем, які розглядаються, і цілей, які потрібно досягти [14; 190].

Про психологічне здоров'я біженців у Франції турбуються також різноманітні неурядові, міжнародні організації. Наприклад, асоціація Terra Psy, яка складається з команди клінічних психологів, які можуть працювати з психотравмою та враховувати міжкультурний аспект. У Франції психологи приймають і надають психологічну підтримку людям, які її потребують, у приміщенні Terra Psy, на вулиці або по телефону. Вони також підтримують

професіоналів у цій галузі під час навчальних та дослідницьких місій. Terra Psy пропонує завжди йти назустріч людині і консультувати її не тільки безпосередньо у стінах організації, медичному закладі, а там, де їй зручно вдома, на вулиці, у кафе тощо. Це дозволяє створити довірчу атмосферу та терапевтичний альянс, а згодом – буде змога перейти на загальні правила консультування. Це робиться для того, щоб людина мала доступ до психосоціальної підтримки, бо це є найважливішим. У Terra Psy поєднується клінічна підготовка з мовною, адже члени команди володіють понад сімома мовами, а також мають досвід у побудові міжкультурної комунікації, що важливо у роботі з психотравмою. При роботі вважається, що ефективно приймати до уваги культуру людини, щоб зрозуміти певні уявлення, розуміючи, що культура є лише одним із факторів серед інших. Співбесіди іноземною мовою також дозволяють усунути певні перешкоди, полегшити турботу, пропонуючи розмірковувати на основі спільної уяви та встановити довіру. Полегшує догляд, адаптацію людини розширений словниковий запас, розуміння символів та зображень. Мультидисциплінарний підхід до психологічної допомоги, який включає психологію, психоаналіз, педагогіку та ін. дає змогу адаптувати втручання з окремими особами та сім'ями, які пережили численні психічні травми [14; 245].

Неурядові організації можуть створюватися спеціально для підтримки певної етнічної групи. Так *Écoute Ukraine* – асоціація, яка надає соціально-психологічну допомогу українцям у Франції. Асоціація була створена після початку повномасштабної війни в Україні. Тут працюють за різними напрямками. Є індивідуальні кризові консультації для українців у Франції, які знаходяться у складних життєвих ситуаціях, а також групова психотерапія для тих, хто бажає розділити свої емоції з україномовним фахівцем. Групові заняття доступні також в онлайн форматі. Високий рівень психологічного та емоційного стресу серед дітей, які пережили непрості обставини, завдяки зусиллям Асоціації «*Écoute Ukraine*», знаходить відгук у формі проєкту «Арт-терапія для молодших школярів із українських сімей тимчасово переміщених

осіб у Франції». Ця ініціатива покликана не лише надати допомогу дітям, а й створити безпечний простір для їхнього психологічного відновлення та творчого розвитку. Проєкт містив у собі цикл комплексних арт-терапевтичних занять з різних напрямків, включаючи казкотерапію, театралізацію, ігротерапію, образотворче мистецтво, роботу з пластичним матеріалом та музикотерапію. Працюють також групи адаптації та гаряча лінія психологічної допомоги. Гаряча лінія психологічної допомоги українцям у Франції працює з 9:00 до 21:00 у будні. Дзвінки на гарячу лінію безкоштовні з французьких мобільних і стаціонарних телефонів. Усі дзвінки лишаються строго анонімними та конфіденційними. Після телефонного дзвінка з абонентом зв'язується кваліфікований психолог, який володіє українською мовою [14; 107].

У 2015 році Німеччина прийняла близько 900000 тисяч мігрантів. У 2022 році, до Німеччини приїхало на 1,5 мільйона людей більше, ніж виїхало. Це означає, що чиста імміграція є більшою, ніж будь-коли з моменту, коли цю ситуацію розпочали відстежувати. За відомостями Федерального статистичного відомства Німеччини, міграція значно зросла з України через війну, але також зросла і з інших країн. У Німеччині для біженців пропонують п'ять основних типів психологічних послуг :

- консультації по телефону або через інтернет;
 - пропозиції початкових консультацій у місцях проживання федеральних земель;
 - психосоціальні центри : консультаційні послуги в містах і громадах;
 - лікування у незалежних психотерапевтів і психіатрів;
- психіатричні клініки (лікарні) [14].

Мережу психосоціальних центрів фінансує Міністерство у справах дітей, сім'ї, біженців та інтеграції MKFFI NRW. Психосоціальні центри для біженців і жертв тортур (PSZ) пропонують психотерапію, консультації та соціальну роботу для біженців, травмованих переслідуваннями, тортурами,

ув'язненням, війною та втечею, або психічно хворих. PSZ пропонують інформацію, консультації спеціалістів, подальше навчання та, у деяких випадках, нагляд для всіх, хто займається біженцями як професійно, так і на добровільній основі. Психосоціальні центри для біженців і жертв тортур працюють разом у мережі. Вони збираються тричі на рік. Наразі у різних землях працюють 15 таких центрів та притулок у Мюнстері. Цей притулок було засновано у 2014 році. Некомерційне товариство підтримки шукачів притулку (GGUA) і субрайон AWO Мюнстерланд-Реклінгхаузен заснували Психосоціальний центр Refugio Münster для консультування та лікування біженців із психологічним стресом та осіб, які пережили тортури. Пропозиція спрямована на біженців різного віку, які проживають у Мюнстері та Мюнстерланді. У мультипрофесійній команді та за підтримки мовних і культурних посередників Refugio Münster пропонує консультації з питань проживання та соціального права, психосоціальні консультації та стабілізацію, (психо)терапевтичну індивідуальну та групову роботу, підготовку кваліфікованих заяв і направлення до зовнішнього спеціаліста. Оскільки існує велика потреба в консультаціях і лікуванні, Refugio Münster співпрацює з розлогим колом партнерів і постійно розширює їх мережу за допомогою інформації та навчання, з метою подальшого покращення психосоціальної допомоги біженцям [14; 253].

У психосоціальних центрах працюють психологи, мовою спілкування яких є не тільки німецька. Вони надають психологічну допомогу та супроводжують біженців, щоб вони змогли краще формувати своє майбутнє. Незалежно від статусу та віку біженцям пропонуються :

1. Консультації :

- психосоціальне консультування;
- поради щодо здоров'я;
- травмаконсультування;
- системні консультації.

2. Терапія :

- дитяча та підліткова психотерапія;
- супровід батьківства;
- арт-терапія в індивідуальній та груповій роботі [14; 253].

У багатьох закладах розміщення в Німеччині є первинна безкоштовна психосоціальна консультація. Однак не вистачає кваліфікованого персоналу, тому не завжди всі посади заповнені. Однак для багатьох постраждалих цієї психологічної допомоги недостатньо – вони потребують подальшої допомоги. Усі державні медичні страхові компанії в Німеччині пропонують однакові медичні послуги, які включають безкоштовне лікування та переважно безкоштовні ліки, а також лікування психотерапевтами/психіатрами. Насамперед потрібна медична картка (картка медичного страхування). Перед звертанням до психотерапевта/психіатра потрібно попередньо звернутися до сімейного лікаря за направленням, після отримання якого потрібно шукати спеціаліста, візиту до якого інколи доводиться чекати лікування тижнями або місяцями. У разі серйозних захворювань психіатричні клініки також мають спеціалізовану амбулаторну службу у формі амбулаторних клінік для біженців [14; 174].

Сполучені Штати Америки є багатонаціональною країною, в якій проживають більше 300 мільйонів осіб. Імміграція до США відбувається з різних причин: пошук роботи, возз'єднання з сім'єю, втеча від насилля. Значна частина (більше половини) іммігрантів – з Латинської Америки, четверта – з Азії [154]. Іммігранти навіть з однієї країни часто значно відрізняються за багатьма критеріями. Саме тому психологам дуже важливо розуміти, з якої країни біженці, адже є регіони, проживання у яких надзвичайно небезпечне для людини і досвід, який переживають біженців може бути надзвичайно травматичним [14].

Зокрема, біженці з таких країн, як-то Сальвадор, Гватемала, Гондурас (з регіону «Північного трикутника» Центральної Америки, який ООН відносить до надзвичайно небезпечних, втікають задля порятунку власного життя та життя своїх близьких. Ці біженці стикаються у своїй країні з насиллям,

погрозами, прямою загрозою життю. Та й можливість дістатися безпечного місця та попросити притулок далася їм надзвичайно важко через екстремальну подорож, тому тривога, ПТСР, депресія тощо є поширеними проблемами психічного здоров'я серед таких мігрантів [176]. Це враховується у роботі з ними, тому клінічні психологи та психотерапевти, перш ніж розпочати працювати з цією категорією біженців заглиблюються у розуміння причин та специфіки імміграції. У США біженцям також рекомендовано звертатися до таких організацій, які опікуються захистом інтересів біженців, як-то : «Informed Immigrant», «Coalition for Humane Immigrant Rights і Immigrants Rising» та ін. Психологи також обов'язково працюють з упередженнями чи неправильними уявленнями щодо біженців, щодо їх потреб у підтриманні психічного здоров'я. Рівність і недискримінація є обов'язковими непорушними умовами. Наприклад, поширена думка щодо того, молоді люди, студентство, азіатського походження, краще пристосовані, ніж їх латиноамериканці колеги тому потребують меншої підтримки на шляху інтеграції в соціум, що не відповідає дійсності. Тож всі студенти мають мати доступ до психологічної підтримки, отримання консультацій психіатра, навіть якщо зовні їх адаптація та інтеграція відбувається цілком успішно [14; 243].

Врахування культуральних, гендерних та інших відмінностей є запорукою ефективності психологічного супроводу. Тому важливими є знання про культуру пацієнта, про країну, біженцем з якої він є. Це є значущим у наданні ефективної психологічної допомоги. Мовний аспект, розуміння/володіння мовою біженця дозволяє зрозуміти всі тонкощі, хоча не є нагальною необхідністю, оскільки завжди є перекладач, та й часто самі біженці володіють декількома мовами. Потрібно враховувати і звичні для біженця правила поведінки (зорового контакту, способів заспокоєння, прийнятних правил комунікації тощо) – це впливає на взаєморозуміння та на той рівень комфортної взаємодії, який утворюється між пацієнтом та консультантом. Зокрема, жінки із племені масаї у Східній Африці змалечку привчені не дивитися чоловікам в очі під час розмови, також ініціативу у

розмові вони не виявляють, саме чоловік має говорити першим під час спілкування. Психотерапевти, психологи мають розумітися на цих відмінностях. Практика психологічної допомоги потребує врахування чинників, які впливають на ефективність терапевтичної роботи. Це стосується як окремої особистості, так і спільнот. Наприклад, представники латиноамериканських культур, які сповідують цінності фемілізму/вірності сім'ї, перед прийняттям рішення можуть захотіти обговорити його з членами своєї сім'ї. Для того, щоб не визначити таку поведінку як співзалежну, психолог має розумітися у цьому питанні [14; 109].

У США найпоширенішими є така практика надання психологічної допомоги – терапія та препаратне лікування. Психотерапія чи розмовна терапія є найпоширенішим видом, можлива терапія в індивідуальній чи груповій формі. Інші види терапії включають у себе напрямки арт-терапії, музичну та танцювальні терапії. Зазвичай при проходженні терапії прописують медикаментозну підтримку, медичні препарати. Медичне страхування покриває послуги з психологічної підтримки. Для їх отримання необхідно звернутися до лікаря первинної ланки та отримати відповідне направлення. Є також багато ресурсів, де можна отримати психологічно підтримку онлайн або за допомогою телефонних ліній кризової допомоги, які організовують у тому числі і організації недержавної форми власності [14].

Біженці можуть звертатися до місцевих агентств з переселення, які можуть допомогти знайти потрібну психологічну допомогу у даній місцевості. Офіс з переселення біженців надає психологічну допомогу та допомагає наступним групам : біженці та люди, які шукають притулок; кубинці/гаїтяни; отримувачі спеціальної імміграційної візи; амероазійці; жертви торгівлі людьми; жертви катування; діти без супроводу [14].

Пропонувати терапевтичні послуги можуть ті, хто пройшов спеціальний тренінг з лікування психологічних розладів у США. До них відносяться :

- працівники, що надають первинну медичну допомогу, мають ліцензію з лікування загальних психологічних проблем та водночас мають право виписувати рецепт на ліки;
- психіатри, які є лікарями, мають ліцензію на перевірку на психологічні проблеми, можуть надавати лікування та виписувати ліки;
- психологи, які є професіоналами з ліцензією, які перевіряють на психологічні захворювання та надають лікування, але ліки вони не можуть призначати та виписувати;
- соціальні працівники, які мають ліцензію на лікування психологічних захворювань;
- терапевти та радники, які мають ліцензію на проведення лікування;

спеціалісти з власним досвідом, тобто є спеціалістами, які мали психологічні проблеми та пройшли тренінг з надання емоційної підтримки [14; 106].

В Україні напрацьована наразі практика надання психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам, переселенцям, яка відбувається у напрямку психологічної адаптації та соціальної адаптації. При цьому визначається рівень переживання стресу, особливості травматичного досвіду, надається допомога у усвідомленні та сприйманні змін, що сталися та повернення людини до життя, асиміляція та інтеграція отриманого досвіду, адаптація до нового середовища [14; 106].

Аналіз системи та особливостей надання психологічної допомоги біженцям у різних країнах (на основі досвіду Франції, Німеччини, США) показує, що організована всебічна психологічна підтримка з врахуванням багатьох факторів (культурний, гендерний та ін.) значна частина організації піклування про ментальне здоров'я цих людей покладена на неурядові організації, задіяні у відповідних програмах. Основні форми допомоги – надання індивідуальної та групової терапії у прийнятній для людини формі – очно, онлайн, телефоном тощо. Лише в США надають значної уваги

психотерапії та препаратному лікуванню. Надання психологічної допомоги біженцям потребує міждисциплінарного підходу, починаючи від клінічної медицини, психотерапії та соціальної роботи, юридичної допомоги та захисту прав людини, закінчуючи знаннями культури, традицій, мови. Водночас світові напрацювання дають широке поле для імплементації їх в практику психологічної допомоги біженцям з України.

Висновки до першого розділу

1. Під адаптацією розуміється сукупність процесів функціональної організації внутрішніх механізмів індивіда, що забезпечують його освоєння та ефективну діяльність у соціальному та культурному середовищі на основі підтримки та своєчасного відновлення психофізіологічної та емоційної стійкості. У контексті воєнної міграції адаптація розглядається на кількох рівнях: біофізіологічний (підтримка гомеостазу, реагування на стресові чинники, психофізіологічна регуляція), психологічний (збереження емоційної стабільності та самоприйняття), соціальний (встановлення міжособистісних зв'язків і відповідність соціальним вимогам) та культурний (засвоєння нових культурних норм і цінностей).

2. Психологічна допомога є важливим та необхідним елементом забезпечення психологічного благополуччя та адаптації особистості біженців на психофізіологічному, соціальному та культурному рівнях, особливо в кризових умовах воєнного стану та екстремальних життєвих обставин. Вона реалізується на різних рівнях втручання – від підтримки у відновленні базових потреб до допомоги у вирішенні екзистенційних питань та подолання кризи. Психологічна допомога біженцям спрямована насамперед на зниження рівня стресу та тривоги, відновлення емоційної стійкості та внутрішніх ресурсів особистості, а також на профілактику психологічних труднощів, пов'язаних з адаптацією в новому місці проживання та культурному середовищі.

3. Ключовими психологічними труднощами біженців є тривога, страх, почуття провини та сорому (синдром вцілілого), посттравматичний стресовий розлад (проблеми зі сном, фізична слабкість, порушення дихання та зосередження уваги), депресивні стани, відчуття безпорадності, втрата сенсу життя. Біженці також зіштовхуються з соціальними труднощами: мовні бар'єри, дискримінація, стигматизація, втрата духовної підтримки у зв'язку зі зміною в культурній та релігійній сферах. Поширений феномен синдрому відкладеного життя, що зумовлює труднощі соціальної інтеграції та планування особистого життя у тривалій перспективі.

4. Запити біженців на психологічну допомогу є багатовимірними та демонструють глибинний вплив травматичного досвіду, зумовленого воєнними подіями та міграцією, на психіку та моральний стан. Вони пов'язані з потребами в емоційній підтримці та стабілізації психічного стану; у допомозі в адаптації до нового соціокультурного середовища; у підтримці на шляху до відновлення після травматичного досвіду та втрат, у допомозі в емоційній регуляції та самовладання у стресі та під час тривоги; у налагодженні та зміцненні сімейних і соціальних контактів; у професійному освоєнні та підготовці до нових умов праці та взаємодії.

5. Методи психологічної допомоги біженцям характеризуються багатогранністю та охопленням запитів на різних рівнях їх складності, проте насамперед спрямовуються на підтримку особистості в кризових умовах. Вони розділяються на підтримувальні, перенавчальні та реконструктивні. Підтримувальні застосовуються для посилення вже наявних ефективних механізмів самопомоги, що сприяє емоційній рівновазі особистості. Перенавчальні методи фокусуються на зміні поведінкових стратегій шляхом набуття досвіду використання нових, більш функціональних форм реагування, що сприяє усвідомленій мобілізації особистісних ресурсів та потенціалу. Реконструктивні направлені на глибинне опрацювання внутрішніх конфліктів шляхом вивчення індивідуальних рис, характеру, особливостей реакцій та емоційних станів. Залежно від запиту психологічна допомога реалізовується

методами психоаналізу, когнітивно-поведінкової терапії, гештальт-терапії, арттерапії, пісочної терапії, імаготерапії, музикотерапії, бібліотерапії, натуртерапії.

6. Психосоціальна модель психологічної підтримки біженців спрямована на термінову регуляцію стану в екстремальних ситуаціях, а в подальшому – на зміцнення внутрішніх опор мігрантів. Методами наративної експозиційної, когнітивно-поведінкової, трансфер-фокусованої терапії, EMDR, груп підтримки та групового сімейного втручання модель психосоціальної підтримки забезпечує розвиток та посилення психоемоційної стійкості, навичок подолання труднощів, реалізацію життєвого потенціалу, а також сприяє активному залученню в громадській діяльності.

Результати досліджень даного розділу наведено в таких публікаціях : [4; 8; 11; 12; 13; 14].

У першому розділі здійснені посилання на літературні джерела, що знаходяться у списку використаних джерел під номерами : [1; 8; 11; 13; 14; 15; 16; 18; 20; 22; 23; 24; 26; 27; 28; 30; 32; 35; 36; 39; 42; 44; 45; 46; 47; 49; 50; 55; 56; 57; 59; 60; 61; 62; 63; 64; 65; 66; 67; 68; 69; 70; 72; 73; 74; 76; 77; 78; 79; 80; 82; 83; 86; 87; 88; 89; 90; 91; 94; 95; 96; 97; 99; 100; 102; 104; 105; 106; 107; 109; 110; 111; 112; 113; 114; 118; 119; 120; 122; 124; 127; 128; 129; 130; 131; 132; 134; 136; 143; 144; 145; 153; 154; 160; 165; 174; 176; 177; 179; 180; 187; 190; 193; 194; 199; 200; 201; 203; 205; 209; 216; 222; 223; 226; 238; 240; 243; 245; 246; 248; 252; 253; 255; 257; 258; 260].

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ АДАПТАЦІЇ ВИМУШЕНО ПЕРЕМІЩЕНИХ УКРАЇНЦІВ

2.1. Аналіз міжнародного досвіду застосування психодіагностичних методів вивчення психологічного стану переміщених осіб

Психологічна травма серед біженців є надзвичайно поширеним явищем, яке включає симптоми посттравматичного стресового розладу, тривогу та депресію. Дослідження науковців різних країн показують, що значний відсоток біженців має симптоми ПТСР: 29,4% осіб за даними Karstoft & Корчакова (2023) [193], 24% осіб за даними Курапов & Данилюк (2024), 25% за даними Naydonova, Dembitsky & Stepanenko (2024) [215], 27% за даними Długosz (2023) [166], 47,5% за даними Bilewicz, Babińska & Gromova (2024) [148].

Результати Lushchak et al. (2024) вказують на високий чи помірний рівень тривоги у 26,2% внутрішньо переміщених осіб та 25,8% біженців; високий рівень ПТСР у 39,4% внутрішньо переміщених осіб та 47,2% біженців, тоді як лише 7,2% вибірки повідомили про відсутність чи низький рівень стресу, тривоги чи посттравматичного стресового розладу [204]. За дослідженням Chudzicka-Czupala et al. (2023) 46,5% українських біженців мають депресію, 46,3% – тривогу, 28,6% – сильно виражений стрес [158].

У роботі розглянуто психодіагностичні інструменти (PCL-5, HSCL-25, GAD-7, GHQ-12, PHQ-4, PSS-10, IUS-12, EUROHIS-QOL-8), які застосовувалися в дослідженнях психологічного стану біженців, з акцентом на їх структуру, призначення та надійність. Наведено огляд ключових факторів травматизації – від ступеня травматичних подій до умов адаптації на новому місці – та їхнього впливу на психічне здоров'я. Висвітлено основні шляхи відновлення, зокрема психотерапевтичні методи (насамперед когнітивно-поведінкова терапія з фокусом на травмі та EMDR), а також значення соціальної підтримки і створення стабільних умов життя для відновлення резильєнтності біженців [169; 170].

У світі спостерігається безпрецедентне зростання кількості вимушено переміщених осіб та біженців, що тікають від війни, насилля та переслідувань. За даними Управління Верховного комісара ООН у справах біженців, станом на кінець 2022 року, кількість людей, змушених залишити свої домівки, перевищила 100 мільйонів, з них понад 30 мільйонів – це біженці [256]. Така масова міграція супроводжується значними психосоціальними наслідками. Біженці часто переживають екстремальні травматичні події: військові дії, тортури, втрата близьких, сексуальне насильство, а також стикаються з тяжкими випробуваннями під час переселення. Не дивно, що психологічне здоров'я цієї групи перебуває під загрозою.

Дослідження у галузі психічного здоров'я біженців одностайно вказують на підвищені рівні посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії та інших розладів у порівнянні із загальною популяцією [149; 158]. Водночас дані окремих досліджень істотно варіюються через методологічні відмінності та гетерогенність вибірок [172; 244]. У цьому огляді узагальнено сучасні наукові дані щодо масштабів психологічних травм у біженців, визначено ключові фактори ризику та захисту, а також підходи до діагностики та виявлення ознак ПСТР, стресового розладу, тривоги та інших симптомів у такої вразливої групи, як переміщені особи.

Перші великі систематичні огляди показали відносно помірну поширеність психічних розладів серед біженців, значно вищу, ніж у загальному населенні. Так, мета-аналіз, проведений дослідниками Оксфордського університету у співпраці з Університетом Торонто, охопив понад 7 000 біженців, переселених до країн Заходу у 1980–2004 роках. За результатами цього огляду приблизно 9% дорослих біженців мали ПТСР, близько 5% – серйозний депресивний розлад, і 4% – генералізований тривожний розлад [142]. Важливо, що в цей аналіз включалися лише дослідження з вибірками не менше 200 осіб, а більшість вибірок походили з високорозвинених країн (Європа, Північна Америка).

Зі зростанням глобальних конфліктів і появою нових даних, науковці отримали свідчення про значно вищу поширеність психологічних розладів серед біженців. Масштабне дослідження, проведене в Гарвардському університеті та Університеті Нового Південного Уельсу (Австралія), проаналізувало 181 вибірку, що охопила 81 866 біженців і осіб, які пережили конфлікти, з 40 країн світу (період 1987–2009). Цей аналіз показав, що середній (неадаптований) рівень ПТСР становить близько 30%, а депресії – 30%, тобто фактично кожен третій із мігрантів страждає на ці розлади [244]

Важливо, що це дослідження врахувало не лише біженців, переселених у розвинені країни, але й популяції у зонах конфлікту та таборах, а також приділило особливу увагу таким тяжким факторам, як тортури. Отримані 30% суттєво перевищують показники Fazel et al. (2005), що вказує на вплив методології: огляд Steel і колег включав дослідження з меншими вибірками та ширший контингент, а також багато даних, де використовувалися опитувальники самозвіту.

Згодом інші вчені фіксували навіть вищі оцінки у певних групах. Приміром, систематичний огляд, присвячений сирійським біженцям (дослідження Університету Вашингтона спільно з данським Центром проти катувань DIGNITY), виявив, що серед дорослих сирійських біженців, переселених до 10 різних країн, 43% мають симптоми ПТСР, 41% страждають на депресію, а 27% – на тривожні розлади [221]. Такі високі показники відображають надзвичайну важкість пережитого досвіду цієї групи та складні умови переселення.

Нещодавно міжнародна група дослідників з Монаського університету (Австралія) та Оксфордського університету (Велика Британія) опублікувала наймасштабніший на сьогодні огляд глобальних даних щодо психічного здоров'я біженців. У цьому систематичному огляді з мета-аналізом було об'єднано 26 досліджень (1 рандомізоване контрольоване та 25 обсерваційних), проведених у 15 країнах світу, із загальним обсягом вибірки 5 143 дорослих біженців та шукачів притулку. Важливо, що до аналізу включали

лише дослідження, де діагностика проводилась на основі клінічних інтерв'ю з використанням валідизованих інструментів, що підвищує точність оцінок (на відміну від самозвітних анкет). За даними цього огляду, середньозважена поширеність ПТСР серед біженців становить 31,46%, майже ідентичний рівень – 31,5% – припадає на депресію, тоді як для тривожних розладів цей показник нижчий, 11%, а психотичні розлади зустрічаються у 1,51% біженців [149].

Отже, поточні найякісніші оцінки підтверджують, що майже кожен третій біженець страждає від ПТСР або клінічно значущої депресії – надзвичайно високий рівень у порівнянні з загальною популяцією. Ці розлади часто носять стійкий, хронічний характер, зберігаючись у біженців протягом багатьох років після переселення.

Варто зазначити, що результати окремих досліджень варіюють. Частково це пояснюється методологічними чинниками: наприклад, використання опитувальників самозвіту зазвичай дає вищі оцінки симптомів, ніж структуровані діагностичні інтерв'ю [149; 244].

Також впливає склад вибірки: менші дослідження ($n < 200$) часто фіксують вищу поширеність ПТСР (до ~37%) порівняно з більшими вибірками (у найбільших вибірках >200 осіб – ~29%). Деякі групи демонструють підвищений ризик: зокрема, серед жінок-біженців рівень ПТСР виявився дещо вищим (34,02%) ніж серед чоловіків (29,18%) [149]. Згідно з Л. Журавльовою та Л. Хильченко, інтенсивність та різноплановість проявлення ознак стресу у жінок є значно вищою, аніж у чоловіків [53].

Попри міждослідницьку варіабельність, усі систематичні огляди сходяться на тому, що поширеність травматичних розладів у біженців у кілька разів перевищує аналогічні показники в загальному населенні. Для порівняння, у загальній популяції типові показники поширеності ПТСР становлять ~3–4%, депресії ~5–7% (для будь-якого року життя) – тобто біженці мають у 5–10 разів вищий ризик цих розладів [172; 221]. Таким чином,

проблема психічного здоров'я переміщених осіб є надзвичайно актуальною і потребує особливої уваги фахівців.

Висока розповсюдженість симптоматики ПТСР, депресії та інших розладів серед біженців пояснюється сукупністю факторів ризику, пов'язаних як з пережитими травмами, так і з труднощами переселення. Провідні науково-дослідні програми, зокрема Harvard Program in Refugee Trauma Гарвардського університету, понад 40 років вивчають ці фактори на різних етапах – від моменту травматизації до інтеграції на новому місці [146; 213; 250]. Нижче перелічено ключові чинники, що впливають на психічне здоров'я біженців.

Масове насильство, війна, переслідування та особливо тортури є найпотужнішими предикторами психопатології. Мета-аналіз, проведений під егідою Всесвітньої організації охорони здоров'я, показав, що пережиті випадки тортур та численні кумулятивні травматичні події значно підвищують ймовірність розвитку ПТСР і депресії. Інтенсивність і тривалість впливу травм також мають значення: біженці з зон інтенсивних затяжних конфліктів (наприклад, багаторічні війни) демонструють вищі рівні розладів, ніж ті, хто пережив короткочасні епізоди насильства [226; 244].

Багато біженців втратили членів родини, були свідками загибелі близьких, або ж розлучені з сім'єю. Такі переживання призводять не лише до ПТСР, а й до складних форм горя та пролонгованого горювання. Дослідження Гарвардського університету серед біженців з Боснії відзначало, що втрата члена сім'ї в поєднанні з іншими травмами корелює зі стійкими депресивними і посттравматичними симптомами. Емоційна підтримка рідних є важливим буфером; її відсутність ускладнює відновлення [213].

Після прибуття в безпечну країну проблеми не закінчуються. Переселенці часто зіштовхуються з бідністю, безробіттям, мовними бар'єрами, соціальною ізоляцією, дискримінацією та правовою невизначеністю (статус біженця тощо). Ці стресори після переселення можуть погіршувати або пролонгувати психологічні страждання. Наприклад, канадське лонгітюдне дослідження Refugee Resettlement Project, проведене за

участі Університету Торонто і Університету Райєрсона, спостерігало 1348 біженців із Південно-Східної Азії протягом десяти років і дійшло висновку, що тривалий соціальний стрес (безробіття, труднощі з мовною та культурною адаптацією) суттєво підвищує ризик депресії та погіршує загальний стан психічного здоров'я навіть більше, ніж деякі передміграційні травми. Натомість біженці, які отримували належну соціальну підтримку (доступ до житла, медичної допомоги, мовних курсів), демонстрували кращу динаміку відновлення [141; 142].

Уявлення про психічне здоров'я, стигма й упередженість щодо звернення по психологічну допомогу, а також культурні ресурси (наприклад, релігійна віра, традиційні практики зцілення) впливають на те, як біженець переживає та інтерпретує свій травматичний досвід [226]. У деяких культурах існує тенденція соматизувати психологічні страждання (виявляти через тілесні симптоми), що може ускладнювати діагностику. Водночас культурна ідентичність та духовність можуть стати джерелом стійкості: наприклад, сильна релігійна віра чи приналежність до спільноти одновірців іноді пом'якшує наслідки травми, надаючи сенсу стражданням або підтримку від громади [213].

Дослідження вказують на те, що рівень освіти, володіння професійними навичками, знання мов, а також риси особистості (резильєнтність, оптимізм) впливають на здатність справлятися з пережитим. Психологічна ресурсність в кризових обставинах впливає на зниження впевненості в собі, успішності та самореалізації у професії [61]. Біженці з вищою освітою легше інтегруються та рідше страждають від тяжкої депресії за умови наявності можливостей реалізувати себе в новому суспільстві. Навпаки, люди з вразливими рисами (наприклад, схильністю до тривожності) або ті, чия ідентичність була зруйнована переселенням, можуть мати більше труднощів [140; 142; 143].

Окрім ризик-факторів, існують і захисні, що сприяють психічному благополуччю біженців. Згідно зі звітом Всесвітньої організації охорони

здоров'я, можна виділити п'ять ключових тематичних областей, які відіграють захисну роль або посилюють стійкість переселенців [213].

Збереження почуття власної ідентичності, гордості за свою культуру, а також об'єднання в діаспорні спільноти чи громади взаємопідтримки допомагає біженцям не почуватися самотніми та ізольованими. Неформальні мережі підтримки (родичі, земляцтва, релігійні громади) часто першими приходять на допомогу у скрутні моменти [213]. Спільнота здатна бути цілителем: групова взаємодопомога і спільне проживання досвіду сприяють відновленню [137; 242].

Забезпечення базових життєвих потреб – безпечне житло, харчування, доступ до медичної допомоги є фундаментом для психічної стабільності. Коли біженець відчувається у фізичній безпеці і не хвилюється за виживання, це знижує рівень хронічного стресу. Стабільність життєвих умов у приймаючій країні корелює зі зменшенням тривожних і депресивних симптомів [181; 213].

Культурні уявлення про психічне здоров'я та стигма. У громадах, де психічні розлади надмірно стигматизовані, біженцям важче звернутися по допомогу, і вони можуть замикатися в собі. Натомість просвіта та культурно чутливі підходи до психічного здоров'я в громадах біженців знижують почуття сорому і полегшують доступ до терапії [245; 213].

Пережиті негаразди та потенційно травматичні події. Хоча самі травматичні події є ризиком, досвід їх подолання інколи формує у людини відчуття пройденого випробування, що може зміцнити віру у власну здатність вижити. Деякі біженці демонструють феномен посттравматичного зростання – позитивні психологічні зміни (глибше усвідомлення цінності життя, духовне зростання) попри перенесені втрати. Однак це радше виняток; у більшості випадків сам факт пережитих жахів без належної підтримки є чинником ризику, а не захисту.

Взаємодія з системою охорони здоров'я та соціальними службами. Легкість, з якою біженці можуть отримати психіатричну чи психологічну допомогу, істотно впливає на їхнє відновлення. Якщо в країні міграції діють

програми скринінгу та підтримки психічного здоров'я біженців (наприклад, спеціалізовані клініки, перекладачі, підготовлені культурні медіатори), це сприяє ранньому виявленню та лікуванню розладів. На жаль, бар'єри – мовні, культурні, фінансові – часто заважають біженцям звертатися по допомогу. Подолання цих бар'єрів і створення інтегрованих моделей допомоги (включення психічного здоров'я в первинну ланку охорони здоров'я для біженців) є важливим завданням для систем охорони здоров'я [245; 213].

Враховуючи високий рівень психопатології серед біженців, світова спільнота і науковці наголошують на необхідності розробки ефективних стратегій допомоги. Раннє втручання є критично важливим: як підкреслює Всесвітня організація охорони здоров'я, надання своєчасної психологічної підтримки та лікування не лише полегшує страждання окремих людей, але й сприяє успішній інтеграції біженців у нове суспільство [213].

Довготривале спостереження за біженцями показало, що без належної допомоги симптоми можуть зберігатися понад десятиліття після переселення або навіть посилюватися під впливом постміграційних стресорів [141]. Натомість адекватне лікування і соціальна підтримка підвищують шанси на повноцінну реінтеграцію, що в довгостроковій перспективі приносить користь і самим біженцям, і приймаючим громадам [149].

У багатьох дослідженнях психологічного стану біженців застосовують стандартизовані опитувальники. Так, PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5) – 20-пунктовий самооцінний опитувальник симптомів ПТСР за критеріями DSM-5. Респонденти оцінюють кожен симптом за шкалою від 0 до 4. PCL-5 демонструє високу внутрішню узгодженість ($\alpha \approx 0,95$) і широко використовується для скринінгу ПТСР у різних групах, включно з біженцями [146].

HSCL-25 (Hopkins Symptom Checklist-25) – 25-пунктова шкала, що включає 15 питань щодо депресії і 10 – щодо тривоги. Кожен симптом оцінюється за чотирибальною шкалою, а отримані бали усереднюються.

HSCL-25 неодноразово підтверджена як надійний інструмент для скринінгу депресії і тривоги серед біженців і осіб, що пережили травму.

Для узагальненої оцінки тривоги й депресії в окремих дослідженнях використовують короткі шкали GAD-7 та PHQ-4. GAD-7 – 7 пунктів для оцінки симптомів генералізованої тривоги (0–3 бали кожен), з порогом 10 балів для можливої діагностики тривожного розладу. У вибірках мігрантів та біженців GAD-7 показує високу надійність ($\alpha \approx 0,92$).

PHQ-4 – надзвичайно коротка комбінована шкала, що складається з двох питань з PHQ-9 (депресія) і двох з GAD-7 (тривога). Як показала практика, PHQ-4 корелює з повними версіями скринерів і має добрі психометричні властивості (у нещодавньому дослідженні PHQ-4 мав $\alpha \approx 0,81$).

Для загальної оцінки психічного здоров'я часто застосовують GHQ-12 (General Health Questionnaire) – 12 пунктів про загальний психологічний дистрес. GHQ-12 є коротким інструментом для виявлення соматичних і психологічних симптомів стресу; він показав високу надійність ($\alpha \approx 0,83$) у вибірках біженців.

Для оцінки емоційного стану та афективних розладів у біженців широко застосовуються стандартизовані опитувальники депресії і тривоги. Класичним інструментом є Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI), яка містить 21 пункт для самооцінки депресивних симптомів. У численних дослідженнях високу надійність і валідність цього тесту в різних культурах і вибірках біженців; зокрема, показано, що опитувальник Бека має відмінну внутрішню консистентність ($\alpha \approx 0,93$) та високу тест-ретестову надійність ($r \approx 0,92$) і здатен диференціювати депресивні та недепресивні випадки серед переміщених осіб [138; 139].

Для вимірювання тривожності часто використовується Шкала тривоги Бека (Beck Anxiety Inventory). У контексті досліджень психічного здоров'я українців у воєнний час застосовуються і короткі скринінгові опитувальники, зокрема PHQ-4 (комбінований показник депресії і тривоги), що були

перекладені українською мовою і використовуються для швидкої оцінки емоційного благополуччя.

Оцінку загального стресового навантаження забезпечує PSS-10 (Perceived Stress Scale, 10 items) – 10 пунктів про сприйнятий рівень стресу в останні тижні. PSS-10 валідована в різних популяціях і характеризується доброю внутрішньою узгодженістю ($\alpha \approx 0,84$).

Шкала IUS-12 (Intolerance of Uncertainty Scale, коротка, 12 items) оцінює нетерпимість до невизначеності. Вона була створена Карлетоном та співавторами (2007) і перекладена багатьма мовами; складається з двох підшкал – «тривога перед майбутнім» і «психологічне гальмування при невизначеності». IUS-12 дозволяє виявляти тенденцію до побоювання невідомості, що пов'язано з підвищеною тривожністю і симптомами ПТСР [76].

Нарешті, EUROHIS-QOL-8 – це дуже коротка 8-пунктова версія опитувальника якості життя (по 2 питання на кожному з основних сфер якості життя). Методика показує достатню внутрішню узгодженість ($\alpha \approx 0,78$ у вибірці українських біженців у Німеччині). У дослідженнях біженців він використовується для оцінки суб'єктивної якості життя та добробуту в процесі адаптації. Таким чином, перелічені психодіагностичні шкали охоплюють ключові сфери (ПТСР, депресія, тривога, стрес, нетерпимість до невизначеності, якість життя) і показують добрі психометричні властивості у вибірках біженців [38].

Організації на кшталт ВООЗ та ООН активно розробляють політики й рекомендації для підтримки психічного здоров'я біженців. ВООЗ у межах Глобального плану дій щодо здоров'я біженців і мігрантів (2019–2023) закликала країни-члени інтегрувати послуги з психічного здоров'я в усі етапи реагування на кризи та прийому переселенців [213]. Це означає, що кожен біженець повинен мати доступ до базового скринінгу психологічного стану та за потреби – до консультації психолога чи психіатра невдовзі після прибуття. ВООЗ також випустила адаптовані рекомендації для гуманітарних ситуацій,

де прописані алгоритми діагностики й надання допомоги при ПТСР, депресії, психозах в умовах обмежених ресурсів.

У співпраці з університетами та неурядовими організаціями (наприклад, Harvard Program in Refugee Trauma, University of Toronto) проводиться навчання фахівців – від прикордонних служб до сімейних лікарів – принципам травма-орієнтованого підходу. Це сприяє тому, щоб біженці отримували чуйне і компетентне ставлення в пунктах прийому, таборах, лікарнях.

Ще одним важливим аспектом для аналізу є соціальна довіра та установки, пов'язані із взаємодією переселенців з оточенням. Рівень довіри біженців до інших людей і соціальних інститутів може впливати на успішність інтеграції на новому місці та на отримання допомоги. Хоча вимір соціальної довіри частіше зустрічається в соціологічних опитуваннях, психологи також приділяють увагу цьому феномену. Наприклад, у дослідженнях внутрішньо переміщених осіб фіксується криза довіри: переміщення і стрес війни підривають довіру як між людьми, так і до організацій [19; 25; 37; 51; 98].

Для кількісної оцінки соціальної довіри застосовуються анкети, що містять запитання про рівень довіри до оточення, громади, волонтерів, державних установ тощо. Серед них Шкала довіри Дж. Роттера. Такі опитування демонструють, що підвищення довіри, наприклад, між переселенцями та приймаючими громадами – є критично важливим завданням у процесі адаптації.

Хоч такі інструменти можуть бути створені під конкретні вибірки (наприклад, питання довіри у моніторингу соціальної інтеграції внутрішньо переміщених осіб), сам показник соціальної довіри розглядається як психологічна умова успішної адаптації особистості до нової соціальної ситуації.

Комплексну оцінку благополуччя переселенців доповнюють методики дослідження психологічної адаптованості та благополуччя. Зокрема, використовується Шкала психологічного благополуччя К. Ріфф (Ryff's Psychological Well-Being Scales), яка вимірює шість аспектів позитивного

функціонування (автономність, компетентність у довкіллі, особистісне зростання, позитивні стосунки, мета в житті, самоприйняття). Цей інструмент дає змогу оцінити, наскільки попри стресові події людина зберігає позитивні життєві орієнтири [37].

Для оцінки соціально-психологічної адаптації часто застосовується Опитувальник соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда, який містить шкали прийняття себе та інших, емоційного комфорту, прагнення до домінування, інтегрованості в суспільство тощо. Цей тест використовується у працях, присвячених адаптації внутрішньо переміщених осіб, щоб кількісно визначити рівень їх пристосованості до нового середовища.

Додатково може залучатися тест локусу контролю Дж. Роттера (шкала інтернальності-екстернальності) – для з'ясування, чи схильні переселенці приписувати контроль над подіями власним зусиллям або зовнішнім обставинам, що впливає на їхню проактивність у подоланні труднощів. Також іноді оцінюють акцентуації характеру (опитувальник К. Леонгарда – Г. Шмішека) задля виявлення крайніх варіантів характерологічних рис, які можуть підсилювати вразливість до стресу (наприклад, тривожність, афективність) або, навпаки, слугувати ресурсом (наприклад, гіпертимність як оптимізм).

Отож, психологічна травма серед біженців є широко поширеним і мультифакторним явищем. Близько третьої частини біженців страждають від симптомів ПТСР або депресії, що обумовлено як пережитим насильством, так і складними обставинами міграції та соціальної інтеграції. Для досліджень таких станів використовують різні психодіагностичні шкали, які показали важливі психометричні властивості в цих групах. Для подальших досліджень важливо продовжувати оцінювати нові адаптовані методики діагностики та втручання, а також вивчати довгостроковий ефект заходів підтримки резильєнтності біженців.

2.2 Організація та методи дослідження

Емпіричне дослідження було організовано на базі практичного досвіду надання психологічної допомоги українським біженцям та переселенцям як за кордоном, так і в Україні. Зокрема, у 2022–2023 роках була проведена робота у місті Бухарест (Румунія) у межах волонтерської ініціативи «Save the children», надаючи підтримку біженцям. Цей досвід дозволив виявити найактуальніші запити клієнтів і ліг в основу програми дослідження. Відповідно до завдань дослідження було сформовано вибірку, підібрано комплекс методик та визначено процедури їх застосування.

У дослідженні взяли участь переселенці різних вікових категорій та з різних регіонів України, що забезпечило різноманітність отриманих даних. Загальна кількість респондентів склала 200 осіб віком 25-50 років. Усі учасники – вимушено переміщені особи, які покинули свої домівки через бойові дії; частина з них перебуває за межами України (в Румунії), інші мешкають у західних та центральних областях України як внутрішні переселенці. До вибірки були включені представники різних областей – Донецької, Луганської, Харківської, Київської, Херсонської, Запорізької, Одеської, Миколаївської та інших – аби охопити якомога різноманітнішу сукупність досвіду війни.

Перед початком дослідницьких процедур усі респонденти надали інформовану згоду на участь в опитуванні та консультаціях; було забезпечено анонімність відповідей та конфіденційність отриманої інформації. Дослідження отримало схвалення етичної комісії при «Save the children», що підтверджує відповідність процедур етичним стандартам (дотримання принципів добровільності, благополуччя учасників, права на відмову тощо) [188; 189; 235].

Метою даного емпіричного дослідження є визначення особливостей адаптації вимушено переміщених українців.

Завданнями емпіричного дослідження є :

1. Вибір психодіагностичних методик, що забезпечать досягнення мети;
2. Проведення тестування та обробка даних;
3. Встановлення взаємозв'язків між показниками адаптації та особистісними якостями;
4. Виділення латентних факторів адаптивності;
5. Характеристика психологічних профілів переміщених осіб із високим та низьким рівнем адаптації.

Зважаючи на комплексний характер проблем переселенців, у дослідженні було застосовано комплекс психодіагностичних методик, які у поєднанні дають цілісну картину емоційного стану, особистісних особливостей та адаптаційних ресурсів учасників. Вибір саме цих методик обґрунтований типологією запитів, з якими клієнти зверталися по допомогу : домінували скарги на тривожність, пригнічений настрій, труднощі адаптації на новому місці, невпевненість у майбутньому, проблеми у спілкуванні та недовіра, а також ознаки емоційного вигорання й виснаження.

Застосовані психодіагностичні інструменти були підібрані на основі двох головних критеріїв : валідність та релевантність до заявлених запитів. Було використано виключно ті методики, які відповідають сучасним вимогам надійності, апробовані на українській вибірці або адаптовані відповідно до вітчизняних умов. Основною метою їх застосування було комплексне висвітлення ключових психічних станів, особистісних характеристик та ресурсів адаптації переселенців у контексті воєнної травми.

Першим інструментом виступив 16-факторний особистісний опитувальник Р. Б. Кеттелла (форма С) (Sixteen Personality Factor Questionnaire, Form C) – стандартизована методика, яка дозволяє оцінити індивідуально-психологічний профіль особистості за 16 ключовими факторами (Cattell et al., 1970). Даний опитувальник призначено для виявлення 16 базових факторів особистості – біполярних рис, які кількісно відображають стійкі способи поведінки та взаємодії. Він є одним із найвідоміших

багатовимірних тестів особистості, що охоплює такі параметри, як почуття провини (фактор О), домінантність (фактор Е), радикалізм (фактор Q1) та інші риси, які потенційно впливають на адаптивну здатність людини до змін середовища. Форма С є скороченою версією, що містить 105 тверджень із трьома варіантами відповіді на кожне (а, b, с). Було використано україномовну адаптацію методики, із забезпеченням інструкцій і зворотного зв'язку. Тест проводився у двох форматах: груповому (на базі центрів допомоги) та індивідуальному (у випадку респондентів, які потребували тиші та приватності для концентрації) [157].

Застосування саме 16PF обґрунтовано тим, що цей тест дає багатовимірний профіль особистості, дозволяючи оцінити риси, котрі потенційно впливають на здатність людини адаптуватися до нових екстремальних умов. Методика валідна і надійна: її шкали були емпірично виділені факторним аналізом, перевірені в різних культурах, а вітчизняні адаптації підтвердили репрезентативність тесту (наприклад, внутрішня узгодженість за шкалами зазвичай $>0,70$). У нашій роботі особлива увага приділялася таким ключовим факторам 16PF, як емоційна стабільність, домінантність, тривожність та конформізм, оскільки вони можуть корелювати з реакцією на вимушене переселення.

Другим основним інструментом виступив опитувальник соціально-психологічної адаптації (СПА) К. Роджерса та Р. Даймонда (Social Psychological Adaptation Questionnaire) (адаптація О. Осницького), який дозволяє виміряти рівень адаптованості особистості в новому соціальному середовищі. У межах цієї методики респонденти самостійно оцінювали твердження, що стосуються міжособистісної взаємодії, внутрішнього відчуття прийняття себе та інших, емоційного комфорту, локусу контролю та прагнення до домінування. Цей інструмент дає змогу не лише зафіксувати рівень соціальної адаптації, а й виявити симптоми потенційної дезадаптації, які можуть проявлятися у вигляді підвищеної тривожності, емоційної дистанційності або соматичних проявах.

За даними Осницького, методика демонструє високі показники внутрішньої узгодженості та діагностичної валідності при використанні в українській вибірці. Вибір саме цього опитувальника зумовлений його спрямованістю на ключові параметри адаптації: рівень прийняття себе та інших, емоційна комфортність у міжособистісній взаємодії, відчуття контролю над обставинами – тобто ті аспекти, які суттєво визначають успішність інтеграції біженця в нове соціальне оточення. Психологічна обґрунтованість методики підтверджується її теоретичним підґрунтям (концепції особистісної зрілості та адаптивності Роджерса) і емпіричними результатами: наприклад, було показано, що низькі показники за шкалами самоприйняття та прийняття інших, емоційний дискомфорт, екстернальний локус контролю та гіпертрофоване прагнення домінувати сигналізують про тенденцію до дезадаптації [117]. Отже, опитувальник SPA Роджерса–Даймонда забезпечив змістовну оцінку соціально-психологічної адаптованості біженців, необхідну для інтерпретації їхніх поведінкових і емоційних реакцій.

У контексті оцінки поточного психоемоційного стану респондентів було застосовано опитувальник визначення актуального стану (К. Шрайнер), адаптовану версію тесту «Самопочуття. Активність. Настрій» (САН). Цей інструмент дозволяє фіксувати функціональний стан особи «тут і тепер», що особливо важливо у роботі з біженцями, котрі часто перебувають у стані підвищеної тривожності, втоми чи емоційного пригнічення. Методика містить п'ять шкал: активація – деактивація, тонус, самопочуття фізичне, спокій – тривога, емоційне збудження. Респондент самостійно оцінює власний стан на семибальній шкалі за кожною біполярною парою прикметників (наприклад, «бадьорий – сонливий»). У умовах нашого дослідження ця методика дозволила оперативно і точно зафіксувати рівень психоемоційної мобілізації переселенців, а також виявити ті елементи, що потребують термінової психологічної корекції, зокрема хронічну втому, психосоматичне виснаження, нестабільний настрій.

Для оцінки стійкості до стресових ситуацій був використаний тест оцінки нервово-психічної адаптації (НПА) (адаптація В. Приходько, В. Кузьмінський) [101]. Цей інструмент дозволяє діагностувати здатність особистості зберігати функціональну рівновагу в умовах високого нервово-психічного напруження. У межах дослідження методика дозволила ідентифікувати респондентів, які демонструють ознаки нервового виснаження, психоемоційної лабільності або схильності до афективних зривів. Збір відповідей здійснювався індивідуально; особам, які виявляли ознаки гіперчутливості або дезадаптації, одразу надавались базові психоедукаційні рекомендації або пропонувалась участь у підтримуючих консультаціях. Особливу увагу приділяли особам, які вже неодноразово змінювали місце проживання, що само собою виступає фактором ризику зниження адаптаційного ресурсу.

Застосування цієї методики для вибірки біженців було обґрунтованим, адже дозволило виявити осіб із потенційно низьким порогом стресостійкості, схильних до нервових зривів чи психосоматичних реакцій у складних умовах переселення. Це, своєю чергою, дало змогу прицільно спланувати заходи психологічної підтримки – більше уваги приділяти особам із низькою НПА, попереджаючи розвиток гострих стресових розладів.

Окрему увагу було приділено соціальному компоненту адаптації – зокрема, рівню міжособистісної довіри. Для цього використовувалася Шкала соціальної довіри (Interpersonal Trust Scale) Дж. Роттера, у адаптованій версії з п'ятибальною шкалою відповідей. Ця методика дозволяє оцінити генералізовану установку особистості на довіру до соціального середовища, що є критично важливим у випадку біженців, які часто зіштовхуються з порушенням базової безпеки, розчаруванням у державних інституціях або соціальній ізоляції на новому місці. Респонденти відповідали на судження на кшталт «Більшості людей можна довіряти» чи «Інститути влади турбуються про громадян» із позначенням рівня згоди [37].

Шкала довіри Дж. Роттера добре зарекомендувала себе у світових дослідженнях : її показники стабільні в часі (тест-ретестна надійність $\sim 0,76$) та збігаються з поведінковими вимірами довіри. Використання цього інструменту для вибірки біженців дало змогу оцінити, наскільки вони зберігають або втрачають базову довіру до людей після травматичного досвіду. Виявлені низькі індекси довіри корелювали з іншими показниками тривожності, що засвідчило взаємозв'язок між соціальною ізоляцією та емоційним дистресом. Психологічна доцільність вимірювання довіри полягає в тому, що низький рівень інтерперсональної довіри може утруднювати звернення по допомогу, встановлення нових соціальних зв'язків на місці переселення та загальну адаптацію. Таким чином, дана шкала доповнила картину психологічного стану біженців, висвітливши соціально-когнітивний компонент їхнього функціонування [151].

Для поглибленої оцінки афективних станів переселенців застосовувалася клінічна шкали А. Бека : Шкала тривоги (BAI) [138]. Дана методика є стандартизованим клінічним інструментом, широко апробованим як у клінічній практиці, так і в гуманітарних дослідженнях. Шкала тривоги Бека дозволила ідентифікувати переважно соматизовані прояви тривожності, які не завжди фіксуються суб'єктивно. Методика містить 21 пункт і дозволяє оцінити, наскільки часто протягом останнього тижня респондент переживав фізіологічні або когнітивні симптоми тривоги : тремтіння, напади паніки, відчуття нестачі повітря, знервованість. У сукупності проявів забезпечується диференціація між тривожними проявами, що дозволяє ефективно спрямовувати подальшу допомогу.

У межах дослідження було важливо не лише виявляти наявні труднощі, а й фіксувати наявні особистісні ресурси, які допомагають у подоланні кризи. Для цього застосовувалась шкала психологічного благополуччя К. Ріфф, що охоплює шість ключових вимірів : автономія, керування середовищем, особистісне зростання, позитивні стосунки з іншими, цілі в житті та самоприйняття. У нашому випадку використовувалася повна 84-пунктова

версія з шістнадцятьма твердженнями на кожну шкалу. Респонденти оцінювали ступінь згоди з кожним твердженням за 6-бальною шкалою [234].

Згідно з аналізом, дана методика характеризується високою внутрішньою консистентністю (для повної форми $\alpha \approx 0,82-0,90$ залежно від шкали) та підтвердженою конструктивною валідністю: всі шість вимірів пов'язані з показниками психічного здоров'я і особистісного функціонування. Вибір цієї методики для роботи з біженцями зумовлений прагненням оцінити позитивні особистісні ресурси учасників, їхню здатність підтримувати ціль у житті, розвиватися, зберігати значущі стосунки – тобто ті фактори, що сприяють стійкості до травматичних подій. Така євдимонічна (смислорозумна) компонента благополуччя часто випадає з поля зору при фокусі лише на дистресі, тож включення шкали Ріфф дозволило збалансувати діагностику. Отримані результати надали цінну інформацію: наприклад, низькі бали за «цілепокладанням» і «особистісним зростанням» у частини біженців сигналізує про втрату ними життєвих перспектив, що вимагає спеціальних реабілітаційних заходів (робота з відновленням сенсу життя, плануванням майбутнього тощо) [234].

Толерантність до невизначеності – ще один критично важливий вимір, що має значення у ситуації війни та масового переміщення. Поняття відображає відношення особистості до неоднозначних, багатозначних обставин незалежно від емоційного навантаження, що супроводжує взаємодію та реагування [115]. У нашому дослідженні вона оцінювалася за допомогою шкали MSTAT-I (Multiple Stimulus Types Ambiguity Tolerance Scale) (McLain, 1993), яка дозволяє виявити ставлення особи до непередбачуваних, складних, неоднозначних ситуацій. Методика містить 22 твердження, які оцінюються на шкалі від 1 до 7. Респонденти, які демонстрували високий рівень уникнення невизначеності, водночас мали нижчі індекси за шкалами СПА та Ріфф, що вказує на взаємозв'язок між низькою толерантністю до новизни та зниженням адаптаційної ефективності. Дані цієї шкали були також корисні для

визначення цільових груп на тренінги зі стресостійкості та ментальної гнучкості [208].

Методика MSTAT-I вважається надійним та валідним інструментом : її автор повідомляє про високу внутрішню узгодженість ($\alpha=0,86$) та стабільність результатів при повторному тестуванні. Для нашого дослідження толерантність до невизначеності є концептуально значущим показником, адже біженці зіштовхуються з багаторазово підвищеною непередбачуваністю життя (незнання майбутнього, відсутність визначеності щодо житла, роботи, безпеки тощо). Ми припускаємо, що особи з низькою толерантністю до невизначеності переживатимуть вищий рівень психофізіологічного виснаження і матимуть більші труднощі в адаптації. Застосування шкали MSTAT-I дає змогу це перевірити та включити отримані дані до комплексної оцінки особистісних ресурсів і ризиків переміщених осіб.

Важливо підкреслити, що застосування зазначених методик не здійснювалося ізольовано. Усі інструменти взаємодоповнювали один одного, формуючи багатовимірну модель психологічного функціонування біженців. Наприклад, результати шкал Бека зіставлялися з даними СПА та шкалою Роттера для з'ясування взаємозв'язків між емоційним дистресом та соціальною ізоляцією. Так само, шкала MSTAT-I співставлялася з індексами по шкалі Ріфф для оцінки здатності зберігати внутрішню стабільність у середовищі невизначеності [208].

Збір даних супроводжувався детальним протоколюванням, забезпеченням технічної та емоційної підтримки респондентів. У разі виявлення ознак значного дистресу особі пропонувалося продовжити участь у дослідженні лише після короткої індивідуальної бесіди з психологом.

Таким чином, було підібрано збалансований набір методик : від клінічних скринінгових тестів (Бек) до особистісних опитувальників (16PF, акцентуації), соціально-психологічних шкал (СПА, локус контролю) і спеціальних вимірів (НПА, толерантність до невизначеності). Важливо підкреслити, що цей набір інструментів формувався виходячи з потреб

клієнтів, виявлених на практиці. Наприклад, поширені випадки панічних атак і постійного очікування небезпеки зумовили використання шкали тривоги і і нервово-психічної адаптації; невпевненість у майбутньому і запит «як жити далі?» – вимір толерантності до невизначеності; труднощі встановлення контактів у новій громаді – опитувальник адаптації Роджерса–Даймонда та показник соціальної довіри; скарги на кшталт «мене ніби вже не впізнати, я змінився» – комплекс особистісних методик (16PF, акцентуації), що підтверджували або спростовували наявність характерологічних зсувів. Таким чином забезпечувався зв'язок між запитам клієнтів та вибором методик : кожна скарга чи потреба мала свій діагностичний інструмент для об'єктивізації [189].

Збір емпіричних даних відбувався у кілька етапів. Спершу, на базі центру для біженців у Бухаресті (координаційний хаб «Save the children») проводилося індивідуальне консультування новоприбулих українських родин (2022). На цьому етапі велося первинне якісне дослідження : шляхом неструктурованих інтерв'ю та спостереження визначалися головні проблеми та запити клієнтів. Зібрана інформація лягла в основу адаптації опитувальників : наприклад, з'ясувалося, що багатьом важко концентруватися при великій кількості питань, тому опитувальники на кшталт 16PF вирішено було проводити в спрощеному режимі (у два прийоми, з перервою, щоб не втомлювати респондентів).

Другим етапом (2023 рік) стало кількісне опитування за допомогою описаних вище методик. Частину даних було зібрано офлайн – безпосередньо в Бухаресті (для біженців, що перебували в центрі, організовано паперове анкетування під наглядом психолога) та у кількох містах заходу України (на базі партнерських волонтерських штабів проведено виїзні сесії тестування). Іншу частину респондентів вдалося охопити онлайн : через платформу Google Forms було створено електронну анкету з батареєю методик, посилання на яку поширювалося серед спільнот переселенців у соцмережах. Такий змішаний формат (online/offline) забезпечив ширше географічне охоплення вибірки та

дозволив залучити людей, які фізично не могли з'явитися на зустріч у волонтерському центрі. При онлайн-опитуванні були дотримані необхідні заходи контролю : анкета була анонімною, містила інструкції щодо чесності відповідей, а дублювання заповнення запобігалось шляхом вимоги увійти під обліковим записом для уникнення повторної подачі форм.

Після збору анкетних даних проводився їх кількісний аналіз : обчислено середні значення, стандартні відхилення по кожній шкалі, здійснено кореляційний аналіз між показниками (щоб виявити, скажімо, зв'язок між інтолерантністю до невизначеності та рівнем тривоги, між локусом контролю та адаптацією тощо). Також було зроблено порівняння за групами для поглиблення у відмінні характеристики осіб з низькою та високою адаптивністю. Ці відмінності підтвердили необхідність диференційованого підходу в допомозі.

Резюмуючи, організація власного дослідження ґрунтувалася на принципах комплексності і чутливості до потреб клієнтів. Було залучено різні методи збору даних (інтерв'ю, опитування), різні канали комунікації (очні зустрічі, онлайн-форми), представників з різних регіонів країни. Такий багаторівневий підхід забезпечив глибоке розуміння психологічного стану українських біженців, а головне – створив основу для розробки цілеспрямованої програми психологічної допомоги, адаптованої під виявлені проблеми.

2.3. Кореляційний аналіз індивідуально-психологічних детермінант адаптації вимушено переміщених українців

Для виявлення та кількісної оцінки взаємозв'язків між різноманітними психологічними показниками, які досліджувалися за допомогою комплексу діагностичних методик, використано метод кореляційного аналізу. Пошук кореляційних зв'язків поміж показників вибірки вимушено переміщених осіб дозволив встановити статистично значущий взаємовплив окремих

особистісних характеристик, зокрема показників адаптації, тривожності, толерантності до невизначеності та психологічного добробуту.

Це також дало змогу визначити та краще зрозуміти структуру психологічних взаємозв'язків, властиву досліджуваній вибірці біженців та переселенців. Таким чином, у результаті аналізу можна виділити якості та стани, що слугують детермінантами адаптації, а також проявити їх інтенсивність впливу на адаптивність та дезадаптивність.

Таким чином, кореляційний аналіз у нашому випадку виступає інструментом інтеграції результатів за спектром методик до єдиної структурованої системи, що дає можливість для комплексного опису психологічних особливостей вимушено переміщених українців та закономірностей їх адаптаційних процесів.

Результати проведеного дослідження вказують на те, що соціально-психологічна адаптація у більшості своїх показників має співвідношення з нервово-психічною адаптацією (НПА), що відображає психічну стійкість і здатність справлятися зі стресом (табл. 2.1). Інтегральний показник адаптації (ПА) має негативний кореляційний зв'язок з НПА ($r = -0,459$, $p < 0.01$), тобто оптимальний рівень адаптивності передбачає психічне здоров'я, і навпаки, низька ПА супроводжується наявністю таких соматичних та психічних симптомів, як безсоння, швидка втомлюваність, невпевненість, страхи, фізична слабкість, тремтіння кінцівок, мінливість настрою, байдужість, дратівливість тощо [5].

Низькі показники НПА, що символізують стан здорового психічного стану, негативно корелюють з показниками прийняття себе (ПС, $r = -0,285$, $p < 0.01$), прийняття інших (ПІ, $r = -0,496$, $p < 0.01$), емоційної комфортності (ЕК, $r = -0,437$, $p < 0.01$), внутрішнього контролю (ВК, $r = -0,233$, $p < 0.01$), відомості (В1, $r = -0,314$, $p < 0.01$) та ескапізму (Е1, $r = -0,459$, $p < 0.01$). Окрім цього, спостерігається додатна кореляція НПА з показником домінування (ДН, $r = 0,384$, $p < 0.01$), що вказує на прагнення до контролю над своєю поведінкою та діями інших при наявності фізичного чи соціопсихологічного дискомфорту

(різного виду болю, страхів, відчуття меншовартості та критичного оцінювання, труднощів у спілкуванні). Високі значення НПА вказують на підвищену вразливість до стресу, тривожність і труднощі адаптації [5].

Таблиця 2.1

Взаємозв'язок показників соціально-психологічної та нервово-психічної адаптації

		НПА			НПА
Параметри соціально-психологічної адаптації	ПА	- 459**	Параметри соціально-психологічної адаптації	ЕК	- 437**
	A1	- 508**		ЕДК	
	Д	- 339**		ІПІ	542**
	ІПС	467**		ВК	- 233**
	ПС	- 285**		ЗК	
	НПС			ІПІД	336**
	ІПІІ	351**		ДН	384**
	ІІ	- 496**		В1	- 314**
	НІІ	-191**		Е1	- 459**
	ІПЕК	513**			

Примітки: 1. ПА – Інтегральний показник адаптації; A1 – Адаптивність; Д – Деадаптивність; ІПС – Інтегральний показник самосприйняття; ПС – Прийняття себе; НПС – Неприйняття себе; ІПІІ – Інтегральний показник прийняття інших; ІІ – Прийняття інших; НІІ – Неприйняття інших; ІПЕК – Інтегральний показник емоційної комфортності; ЕК – Емоційна комфортність; ЕДК – Емоційна дискомфортність; ІПІ – Інтегральний показник інтернальності; ВК – Внутрішній контроль; ЗК – Зовнішній контроль; ІПІД – Інтегральний показник прагнення домінувати; ДН – Домінування; В1 – Відомість; Е1 – Ескапізм; НПА – Нервово-психічна адаптація; 2. * – кореляція статистично достовірна на рівні $p < 0,05$; ** – кореляція статистично достовірна на рівні $p < 0,01$.

Результати дослідження адаптації біженців показують, що середній чи низький рівень за параметром ІПА фіксується в 37,5%, за ІПС – у 31,5%, за ІППІ – у 32%, за ІПЕК – у 35,5%, за ІПІ – у 29,5%, ІППД – у 66,5% опитаних. За НПА 21,5% осіб з тенденцією до несприятливого прогнозу психічного здоров'я, тоді як 58,5% мають легку або виражену форму нервово-психічного порушення. Це вказує на присутність труднощів в інтеграційних та адаптаційних процесах українських біженців, що може бути пов'язаний з їх травматичним досвідом, перебуванням у нестабільному середовищі та обмеженістю в ресурсах. Стан третини опитаних біженців характеризується заниженою самооцінкою, труднощами самосприйняття та самоідентичності, складнощами у соціальній взаємодії, підвищеним рівнем стресу, зниженою мотивацією до ініціативи та активної співдії з оточенням [5].

Таблиця 2.2

Взаємозв'язок індивідуально-психологічних показників та параметрів соціально-психологічної адаптації

	Параметри опитувальника Кеттелла 16F, Форма С									
		С	Е	G	Н	L	О	Q4	F1	F2
Показники соціально-психологічної адаптації	ІПА	231**	142*	-	197**	-	-218**	-173*	-	216**
	A1	150*	183**	-	-	-			-	143**
	Д	-175*	-	-	-216**	-	226**	237**	-	-190**
	ІПС	204**	-	-	159*	-149*	-186**	-182**	-	-
	ПС	195**	249**	-	-	-			-	146*
	НПС	-	-	-	-157*	-	160*	163*	-	
	ІППІ	-	-	-214**	180*	-171*	-	-150*	-	246**
	ІПІ	147*	-	-150*	-	-	-	-	-	
	НІПІ	-	-	174*	-177*	-	-	-	-	-203**
	ІПЕК	148*	-	-	194**	-	-187**	-194**	-	149*
	ЕК	143*	223**	-	-	-		-	-	-
	ЕДК	-	-	-	-160*	-	176*	164*	-	-
	ІПІ	199**	-	-	187**	-	-253**	-146*	-333**	227**
	ВК	-	-	-	-	-		-	250**	-

Продовження Табл. 2.2

		Параметри опитувальника Кеттелла 16F, Форма С								
		С	Е	G	Н	L	О	Q4	F1	F2
	ЗК	-203**	-	-	-169*	142*	268**	187**	317**	-193**
	ППД	188**	204**	-	172*	-	-299**	-199**	-351**	-
	ДН	-	196**	-	-	-	-		433**	-
	В1	-	-	-	-182**	-	311**	295**	-	-
	Е1	-	-	-	-	163*	154*	180*	-	-
	Щ	195**	-	-	174*	-198**	-170*	-150*	-	155*

Примітки : С – Емоційна стабільність; Е – Підпорядкованість–домінування; G – Моральна нормативність; Н – Боязкість–сміливість; L – Довірливість–підозріливість; О – Спокій–тривожність; Q4 – Розслабленість–напруга; F1 – Тривога; F2 – Інтроверсія–екстраверсія.

Дослідження співвідносності соціально-психологічної, нервово-психічної адаптивності та індивідуально-психологічних властивостей біженців вказує на значимі кореляції параметрів (табл 2.2 та 2.3). Можемо відзначити, що ПА та ПС конфігурує з емоційною стабільністю ($r = 0,231$, $p < 0.01$; $r = 0,204$, $p < 0.01$ відповідно) та спокійністю ($r = -0,218$, $p < 0.01$; $r = -0,186$, $p < 0.01$), тобто емоційна стійкість слугує кращій адаптації та прийняттю себе. Адаптивність (А1) пов'язана з рівнем емоційної стабільності ($r = 0,150$, $p < 0.05$) та тривоги ($r = 0,143$, $p < 0.01$), тоді як дезадаптивність (Д) супроводжується тривожністю ($r = 0,226$, $p < 0.01$) та напруженням ($r = 0,237$, $p < 0.01$), що акцентує негативну роль тривоги в адаптаційних процесах. ППП пов'язаний з параметрами експресивності ($r = 0,189$, $p < 0.01$) та екстраверсії ($r = 0,246$, $p < 0.01$), що позначає посилений зв'язок між соціальною відкритістю та позитивним характером міжособистісної взаємодії; ПЕК корелює з рівнем розслабленості ($r = -0,194$, $p < 0.01$) та спокійності ($r = -0,187$, $p < 0.01$), це розкриває важливість психоемоційного благополуччя та зниження тривоги у контексті комфортного самопочуття; ПП – зі спокійністю ($r = -0,253$, $p < 0.01$),

тривогою ($r = -0,333$, $p < 0.01$) та екстраверсією ($r = 0,227$, $p < 0.01$), що підкреслює вплив соціальної активності та внутрішнього самовладання; ІППД – з тривогою ($r = -0,351$, $p < 0.01$), напруженням ($r = -0,199$, $p < 0.01$) та домінантністю ($r = 0,204$, $p < 0.01$), що вказує на тісну взаємодію між прагненнями до лідерства та емоційним станом людини [5].

Таблиця 2.3

**Взаємозв'язок індивідуально-психологічних показників та параметрів
нервово-психічної адаптації**

	Параметри опитувальника Кеттелла 16F, Форма С				
	Е	Л	О	F1	F2
НПА	-156*	152*	-155*	139*	-140*

Натомість кореляція з НПА присутня лише за кількома параметрами індивідуально-психологічних властивостей, а саме з домінантністю ($r = -0,156$, $p < 0.05$), тривожністю ($r = -0,155$, $p < 0.05$), підозріливістю ($r = 0,152$, $p < 0.05$) та інтроверсією ($r = -0,140$, $p < 0.05$). Окреслені зв'язки свідчать про те, що НПА, у зрівнянні з параметрами соціально-психологічної адаптації, має меншу залежність від особистісних характеристик [5].

Опитування біженців показує, що 66% осіб є замкнутими, 48,5% мають низький рівень емоційної стабільності, 47,5% стримані, не дають волю емоціям, 49,5% рідко проявляють сміливість, 39,5% мають труднощі самоконтролю, у 60% спостерігається тривога та у 58,5% – напруженість [5].

Виявлено статистичний взаємозв'язок між показниками адаптації та актуального стану (табл. 2.4). Усі інтегральні показники мають додатну кореляцію зі шкалами, тобто вираженість адаптаційних можливостей біженців співвідносно з мірою інтенсивності актуалізаційних мотивів, фізичним та психічним тонусом, задовільністю самопочуття, емоційною спокійністю та спрямованістю на благополучність розвитку подій [5]. Зв'язок актуального стану з адаптацією підтверджується не лише у співвідносності інтегральних показників. Це вказує на те, що фізіологічне та психоемоційне самопочуття

має вплив на адаптивну спроможність особистості біженців. Показники адаптивності (А1), прийняття себе (ПС), емоційного комфорту (ЕК) прямо корелюють з усіма шкалами станів, тоді як показники дезадаптивності (Д), неприйняття себе (НПС), емоційного дискомфорту (ЕДК) та ескапізму (Е1) мають зворотній кореляційних зв'язок з усіма шкалами [5].

Таблиця 2.4

Взаємозв'язок показників соціально-психологічної адаптації та актуального стану

		Параметри актуального стану				
		АД	НВН	СФ	СТ	ЗЕ
Параметри соціально-психологічної адаптації	ПА	495**	417**	406**	418**	404**
	А1	419**	257**	252**	256**	214**
	Д	- 460**	- 459**	- 423**	- 457**	- 414**
	ПС	418**	367**	426**	446**	339**
	ПС	410**	333**	393**	362**	285**
	НПС	- 326**	- 349**	- 360**	- 372**	- 247**
	ППП	315**	279**	273**	265**	208**
	П	168*				
	НП	-177*	-210**	-208**	-237**	-184**
	ПЕК	477**	499**	449**	507**	402**
	ЕК	204**	189**	198**	205**	162*
	ЕДК	-315**	-418**	-372**	-432**	-361**
	ПП	468**	416**	340**	348**	292**
	ВК	201**				
	ЗК	-426**	-482**	- 411**	-425**	-360**
	ППД	295**	210**	174**	139*	-
	ДН					
	В1	- 275**	- 210**	- 117	- 173*	- 186**
	Е1	- 334**	- 360**	- 273**	- 246**	- 231**

Примітки : 1. АД – Активація – деактивація; НВН – Тонус високий – низький; СФ – Самопочуття фізичне; СТ – Спокій-тривога; ЗЕ – Збудження емоційне.

Тобто своєчасне задоволення власних соціогенних потреб, реалістичне світосприйняття, сприйняття, розуміння та прийняття своїх якостей, потенціалу та цінностей, впевненість, комфортність, оптимістичність, задоволеність своїм внутрішнім станом та зовнішніми обставинами є характеристиками, що витікають з певних станів людини, за яких вона прагне змін та має готовність до дій, відчуває себе бадьоро, наповненою енергією, комфортно у своєму тілі, впевнено у своїх силах та сприятливості обставин, має емоційний ресурс для відповідного реагування та самовладання [5].

Натомість, у безініціативності, втомленості, відчутті слабкості та заторможення, відчутті тілесного дискомфорту, тривозі, занепокоєнні, передчутті загрозовості чи небезпеки, напруженні, нервозності, нестриманості в реагуванні на навколишній світ, відсутності емоційного самоврегулювання спостерігається нереалістичне оцінювання себе та потенційних можливостей, переживання страху виразити власні емоції, пригнічення, похмурі думки, несерйозне ставлення до своєї поведінки, обіцянок, зобов'язань, прагнення до втечі з реального світу в ілюзорний, вигаданий та більш безпечний і комфортний, ніж нинішнє життя [5].

Таблиця 2.5

**Взаємозв'язок показників нервово-психічної адаптації та
актуального стану**

	Параметри актуального стану				
	АД	НВН	СФ	СТ	ЗЕ
НПА	- 372**	- 533**	- 561**	- 514**	- 505**

Аналіз вказує на зворотну співвідносність НПА зі шкалами активація-деактивація (АД, $r = -0,372$, $p < 0.01$), тонус (НВН, $r = -0,533$, $p < 0.01$), самопочуття фізичне (СФ, $r = -0,561$, $p < 0.01$), спокій-тривога (СТ, $r = -0,514$, $p < 0.01$) та емоційне збудження (ЗЕ, $r = -0,505$, $p < 0.01$). Тобто сприятлива нервово-психічна адаптація, як і соціально-психологічна, забезпечується високими – задовільними показниками психофізичного стану (табл. 2.5) [5].

Серед опитаних біженців зафіксовані знижені або низькі показники у 40,5% осіб за шкалою АД, у 45% за НВН, у 29,5% за СФ, у 26,5% за СТ та у 29% за ЗЕ. Такі дані підтверджують стан психофізіологічного виснаження, дефіциту енергійності та витривалості, виражені прояви втоми, слабкості, тривоги, фізичного дискомфорту, емоційної притупленості та зниженої реактивності [5].

Таблиця 2.6

Взаємозв'язок показників соціально-психологічної адаптації та толерантності до невизначеності

		Параметри толерантності до невизначеності				
		ТН	ПН	ПУН	ССС	СНС
Параметри соціально-психологічної адаптації	ІПА	376**	247**	228**	259**	265**
	А1	242**	301**		178*	159*
	Д	- 340**	- 191**	- 329**	- 262**	- 266**
	ІПС	256**	200**	162*	199**	144*
	ПС	269**	306**	-	151*	152*
	НПС		- 135	- 161*	- 162*	
	ІПП	176*		189**		142*
	ІІ		156*			
	НІІ	- 187**		- 257**	- 154*	- 134
	ІПЕК	344**	240**	324**	245**	313**
	ЕК	260**	292**		154*	250**
	ЕДК	- 278**	- 142*	- 340**	- 211**	- 231**
	ІІІ	292**	170*	254**	214**	189**
	ВК	156*	224**			
	ЗК	- 301**	- 155*	- 316**	- 241**	- 237**
	ІІІД	244**	202**	217**		197**
	ДН					
	В1	- 264**		- 294**	- ,170*	- ,247**
	Е1	- 198**		- 276**	- 211**	- 161*

Примітки : 1. ТН – Толерантність до невизначеності; ПН – Перевага невизначеності; ПУН – Прийняття – уникнення невизначеності; СССР – Ставлення до складних ситуацій; СНС – Ставлення до невизначених ситуацій.

Кореляція соціально-психологічної адаптації та толерантності до невизначеності показує, що більшість показників обох параметрів дослідження мають зв'язок між собою (табл. 2.6). З ПА фіксується кореляція за шкалами толерантності (ТН, $r = 0,376$, $p < 0.01$), переваги (ПН, $r = 0,247$, $p < 0.01$), прийняття невизначеності (ПУН, $r = 0,228$, $p < 0.01$), ставлення до складних (ССС, $r = 0,259$, $p < 0.01$) та невизначених ситуацій (СНС, $r = 0,265$, $p < 0.01$). За такими ж шкалами толерантності спостерігається пряма кореляція з інтегральними показниками адаптивності – ІПС, ІПЕК, ІПІ, ІППД. При цьому показники дезадаптивності мають зворотну кореляцію: Д корелює з ТН ($r = -0,340$, $p < 0.01$), ПН ($r = -0,191$, $p < 0.01$), ПУН ($r = -0,329$, $p < 0.01$), СССР ($r = -0,262$, $p < 0.01$) та СНС ($r = -0,266$, $p < 0.01$). Взаємозв'язок шкал толерантності до невизначеності присутній також з показниками НПІ, ЕДК, ЗК, В1, Е1 [5].

Наявність таких результатів статистичного аналізу означає, що здатність до адаптації рухається у зростаючій тенденції у людини тоді, коли вона відноситься до неоднозначних ситуацій більш позитивно, вірячи в свою здатність з ними справлятися. Висока адаптивність вказує на те, що людина може цілком комфортно відчувати себе в обставинах нечіткості, коли правила не регламентовані і немає чітких відповідей; що в людини присутній певний потяг до нового як невідомого та нерозвіданого, нетипового та складного. Зв'язок з критеріями дезадаптивності вказує на вплив інтолерантності до невизначеності на гнучкість та навички орієнтування. Зокрема, відчуття емоційного дискомфорту, небажання брати на себе відповідальність та першим ініціювати дію, спроби втечі з реального світу у світ фантазій та різних відсторонених від дійсності станів може стати наслідком уникнення неясних, заплутаних та багатозначних ситуацій. Відчуття дискомфорту в умовах нечіткості та втрати контролю над ситуацією витікає з недостатнього розвитку навичок гнучкого та своєчасного реагування у стресових обставинах, та впливає на відсутність заповзятливості і прагнення до змін, що в майбутній перспективі покращать психофізичний стан та орієнтацію в невизначеності [5].

Таблиця 2.7

**Взаємозв'язок показників нервово-психічної адаптації та
толерантності до невизначеності**

	Параметри толерантності до невизначеності			
	ТН	ПУН	ССС	СНС
НПА	- 327**	- 276**	- 366**	-328**

Взаємозв'язок НПА з ТН ($r = -0,327$, $p < 0.01$), ПУН ($r = -0,276$, $p < 0.01$), СССР ($r = -0,366$, $p < 0.01$) та СНС ($r = -0,328$, $p < 0.01$) вказує на вплив характеристик толерантності до невизначеності на способи реагування в умовах різноманітності подій та, особливо, у екстремальних ситуаціях, коли немає достатньої кількості інформації та обмаль часу на аналіз та прийняття рішень (табл. 2.7) [5].

Результати анкетування вказують на те, що 75% біженців мають середній і 15,5% – низький рівень толерантності до невизначеності. 8,5% біженців зазвичай уникають невизначених обставин, 73,5% надають перевагу чітко сформульованим умовам, 18,5% уникають складних задач, 25,5% вважають невизначні ситуації скоріше чимось негативним, що приносить ускладнення, а не можливості [5].

Таблиця 2.8

**Взаємозв'язок показників соціально-психологічної адаптації та
психологічного благополуччя**

		Параметри психологічного благополуччя									
		ПД	ПВ	А2	КС	ОЗ	ЦЖ	С1	БА	СЖ	ЛВС
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Параметри соціально-	ПА	467**	364**	384**	521**	331**	389**	524**	- 587**	464**	201**
	А1	322**	255**	271**	319**	356**	302**	314**	- 309**	392**	300**
	Д	- 382**	-283**	-329**	- 453**	- 207**	- 290**	- 452**	616**	- 422**	
	ПС	424**	285**	347**	414**	311**	338**	455**	- 525**	450**	220**
	ПС	357**	238**	334**	354**	309**	294**	408**	- 434**	413**	251**
	НПС	- 304**	-163**	-256**	-283**	- 197**	- 208**	- 269**	428**	- 369**	- 193**
	ІППІ	375**	297**	278**	318**	243**	237**	341**	- 371**	297**	266**

Продовження Табл. 2.8

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
П	П	194**		169*	193**	213**		163*	- 170*	191**	
	НП	-205**		-153*	-187**			- 226**	339**	- 192**	
	ПЕК	355**	197**	261**	372**	198**	263**	467**	- 458**	324**	159*
	ЕК	164*		182**	209**			283**	- 254**		
	ЕДК	-238**		-169*	- 261**			- 335**	407**	- 256**	
	ПП	413**	305**	289**	431**	230**	348**	434**	- 442**	426**	197**
	ВК				143*	233**	171*			189**	264**
	ЗК	- 385**	- 216**	- 277**	- 415**	-156*	-291**	- 460**	536**	- 417**	
	ППД	142*		192**	278**		190**	259**	- 307**	243**	
	В1	- 201**		- 262**	- 342**		-191**	- 313**	369**	- 266**	
	Е1	- 199**	- 181*	-152*	- 232**			- 186**	400**	- 172*	

Примітки : 1. ПД – Психологічний добробут; ПВ – Позитивні відносини; А2 – Автономія; КС – Керування середовищем; ОЗ – Особистісне зростання; ЦЖ – Цілі в житті; С1 – Самоприйняття; БА – Баланс афекту; СЖ – Свідомість життя; ЛВС – Людина як відкрита система.

Зафіксована кореляція показника ПА з загальним показником психологічного благополуччя (ПД, $r = 0,476$, $p < 0.01$) (табл. 2.8). Тобто спроможність адаптації пов'язана з суб'єктивними самовідчуттями цілісності та усвідомленості щодо особистого буття. Вона проявляється у довірливих відносинах з оточенням (ПВ, $r = 0,364$, $p < 0.01$), особистісній автономності (А2, $r = 0,384$, $p < 0.01$), компетенції в керуванні зовнішніми аспектами діяльності та оточення (КС, $r = 0,521$, $p < 0.01$), стабільному прагненні до розвитку та реалізації свого потенціалу (ОЗ, $r = 0,331$, $p < 0.01$), сформованості життєвих цілей та розумінні напрямку (ЦЖ, $r = 0,389$, $p < 0.01$; СЖ, $r = 0,464$, $p < 0.01$), позитивному самовідношенні (С1, $r = 0,524$, $p < 0.01$, БА, $r = -0,587$, $p < 0.01$) та здатності до інтегрування свого досвіду (ЛВС, $r = 0,201$, $p < 0.01$) [5].

Результати кореляційного аналізу вказують та тісний зв'язок між адаптацією та психологічним благополуччям : параметри прийняття себе та

інших, емоційного комфорту, внутрішнього контролю конфігурують з достатнім рівнем психологічного добробуту, самостійності, позитивності, самовдосконалення та життєвої усвідомленості [5].

Таблиця 2.9

Взаємозв'язок показників нервово-психічної адаптації та психологічного благополуччя

	Параметри психологічного благополуччя								
	ПД	ПВ	A2	КС	ОЗ	ЦЖ	С1	БА	СЖ
НПА	-355**	-228**	-231**	-372**	-212**	-,215**	-315**	506**	-299**

Здатність підтримувати свій психічний та фізичний стан в умовах змін також корелює зі сформованістю психологічної цілісності та усвідомленості (табл. 2.9). Це відображається у кореляції НПА з ПД ($r = -0,355$, $p < 0.01$), ПВ ($r = -0,228$, $p < 0.01$), A2 ($r = -0,231$, $p < 0.01$), КС ($r = -0,372$, $p < 0.01$), ОЗ ($r = -0,212$, $p < 0.01$), ЦЖ ($r = -0,215$, $p < 0.01$), С1 ($r = -0,315$, $p < 0.01$) та СЖ ($r = -0,299$, $p < 0.01$). Значима кореляція між НПА та БА ($r = 0,506$, $p < 0.01$) вказує на взаємовплив емоційної оцінки себе, свого життя та нервово-психічної регуляції поведінки в різних умовах [5].

Серед досліджуваних біженців спостерігаються такі характеристики параметрів: 37,5% опитаних мають середній, 23,5% – низький рівень загального показника психологічного благополуччя. Дані 46% осіб виявляють тенденцію до втрати довірливих взаємовідносин з близьким оточенням, у 9% цей критерій на низькому рівні. 52% біженців часто відчують слабкість та немічність, невпевнені у вірності своїх рішень, 18,5% надають перевагу орієнтиру на думку оточення. У 19,5% осіб відсутнє бажання до розвитку, 18% не бачать сенсу у плануванні майбутнього, тому й не мають цілі на теперішнє, у 63% є відчуття втрати життєвого орієнтиру, 18% цілковито втратили відчуття осмисленості життя [5].

Таблиця 2.10

Взаємозв'язок показників соціально-психологічної адаптації та тривоги

		ТБ			ТБ
Параметри соціально-психологічної адаптації	ПА	- 286**	Параметри соціально-психологічної адаптації	ЕК	- 237**
	A1	- 270**		ЕДК	
	Д	- 185**		ІПІ	239**
	ІПС	226**		ВК	
	ПС	- 199**		ЗК	
	НПС			ІПІД	
	ІПІІ	192**		ДН	
	ІІ	- 262**		В1	- 196**
	НПІ			Е1	-286**
	ІПЕК	228**			

Примітки : 1. ТБ – Шкала тривоги.

Виявлено взаємозв'язок між соціально-психологічною адаптацією та вираженістю тривоги біженців (табл. 2.10). Зі шкалою тривоги (ТБ) пов'язані рівень ПА ($r = -0,286$, $p < 0.01$), ІПС ($r = 0,226$, $p < 0.01$), ІПІІ ($r = 0,192$, $p < 0.01$), ІПЕК ($r = -0,228$, $p < 0.01$) та ІПІ ($r = 0,239$, $p < 0.01$). Тобто психофізіологічні проявлення тривожності – головокружіння, прискорене серцебиття, неспроможність до розслаблення, тремтіння ніг та рук, оніміння чи поколювання в різних частинах тіла, відчуття страху, жаху чи переляку, нервозність, хиткість при ходьбі, труднощі з диханням можуть проявлятися при низьких даних адаптивності та є каталізатором дезадаптивних реакцій та поведінки в цілому [5].

Таблиця 2.11

Взаємозв'язок показників нервово-психічної адаптації та тривоги

	Параметри тривоги
	ТБ
НПА	368**

Стан людини пропорційний з її можливостями діяти згідно з обставинами та обирати найкраще для неї рішення в тих чи інших умовах (табл. 2.11). Кореляція ТБ з параметром НПА ($r = 0,368$, $p < 0.01$) вказує на те, що здатність до адекватного реагування в стресових та нетипових ситуаціях конфігурує з емоційним та фізичним самопочуттям [5].

Серед досліджуваних біженців у 32,5% тривога має середню міру проявлення, тоді як у 21% тривога пронизує всі аспекти життєдіяльності та має сильний вплив на самопочуття, поведінку та адаптаційні можливості [5].

2.4. Латентні фактори адаптації та психологічного стану вимушено переміщених українців

Розуміння латентних психосоціальних структур, що обумовлюють спроможність до подолання складних життєвих ситуацій та підтримки психологічного добробуту, є вкрай важливим для опису характерологічного профілю та розробки програм психологічної підтримки й відновлення, що будуть ефективними для даної категорії осіб.

Використаний метод факторного аналізу дозволяє зменшити кількість змінних, відділивши ключові фактори, які інтегрують найсуттєвіші характеристики адаптаційних процесів переміщених осіб.

Дані факторного аналізу відображають основні латентні фактори, що роз'яснює зв'язок між сукупністю досліджуваних параметрів.

У даному випадку налічується п'ять факторних груп, у кожній з яких присутні позитивний та від'ємний полюси, а також вказано факторну вагу кожного параметру, що вказує на силу впливу конкретного параметру на факторну групу в цілому.

Перейдемо до більш детального розгляду.

Таблиця 2.12

Факторна вага показників

Додатний полюс	Факторна вага	Від'ємний полюс	Факторна вага
1	2	3	4
Фактор 1 «Емоційна адаптивність»			
ПЕК	0,81	Д	-0,901
ПП	0,748	ЗК	-0,834
ПС	0,745	ЕДК	-0,812
ПА	0,672	НПС	-0,711
ППП	0,606	НП	-0,605
СТ	0,535	НПА	-0,592
НВН	0,522	Е1	-0,583
ППД	0,5	В1	-0,58
Фактор 2 «Життєва свідомість та цілеспрямованість»			
СЖ	0,757	БА	-0,452
ОЗ	0,747	ТБ	-0,301
ПД	0,696		
КС	0,696		
ЦЖ	0,683		
ЛВС	0,649		
С1	0,573		
ПВ	0,549		
А2	0,544		
Фактор 3 «Гнучкість в невизначеності»			
СНС	0,825	НПА	-0,212
ПУН	0,741	В1	-0,155
ССС	0,733	О	-0,154
ПН	0,729		
ТН	0,709		
СН	0,572		
Фактор 4 «Соціальна впевненість»			
ПС	0,704	G	-0,208
А1	0,619	НП	-0,142
ВК	0,589		
П	0,543		
ЕК	0,488		
ДН	0,477		
Фактор 5 «Автономність поведінки»			
F3	0,991	I	-0,693
E	0,371	A	-0,436
F4	0,232	M	-0,352
Q3	0,225		

Фактор 1 (табл. 2.12) відображає властивості, що стосуються інтегральних показників адаптивності, насамперед емоційної комфортності (0,81), інтернальності (0,748), самоприйняття (0,745), адаптації (0,672), прийняття інших (0,606), а також спокою (0,535), високого тону (0,522) та прагнення домінувати (0,5). Поруч з позитивним полюсом значиму вагу мають фактори від'ємного, а саме показники дезадаптивності (-0,901), зовнішнього контролю (-0,834), емоційної дискомфортності (-0,812), неприйняття себе (-0,711), неприйняття інших (-0,605), нервово-психічної дезадаптації (-0,592), ескапізму (-0,583), відомості (-0,58). Фактор має назву «Емоційна адаптивність», що втілює здатність особистості до емоційної регуляції та адаптації до різноманітних життєвих обставин [7].

Фактор 1 добре демонструє інтегральні властивості людини до емоційного самовладання та продуктивного функціонування в умовах психоемоційного навантаження. Висока факторна вага ІПЕК, ІПІ, ІПС та ІПА окреслює зв'язок властивостей стійкості та внутрішньої регуляції, що підкріплюються соціальними критеріями взаємодії та відчуттям внутрішнього спокою. Висока від'ємна вага Д, ЗК, ЕДК та НПС підкреслюють зв'язок труднощів адаптації, негативного ставлення до себе й інших та психічної нестійкості [7].

Фактор 2 позначено як «Життєва свідомість та цілеспрямованість», оскільки він відображає особистісну усвідомленість щодо свого життєвого шляху, цілей та ставлення до світу. Позитивний полюс склали шкали СЖ (0,757), ОЗ (0,747), ПД та КС (0,696), ЦЖ (0,683), ЛВС (0,649), С1 (0,573), ПВ (0,549) та А2 (0,544). Це вказує на зв'язок свідомого ставлення до життя, потягу до зростання як особистості, уміння організовувати простір навколо себе для досягнення власних цілей та психологічний добробут в цілому. Від'ємний полюс містить шкали БА (-0,452) та ТБ (-0,301), що вказує на труднощі у встановленні життєвих пріоритетів та емоційну імпульсивність, тривожність. Тобто високий рівень екзистенційної самосвідомості,

цілеспрямованості, сформованості системи життєвих цінностей мають зв'язок з низьким рівнем тривожності особистості [7].

Фактор 3 має назву «Гнучкість в невизначеності» та презентує спроможність людини справлятися з невизначеністю, адаптуючись до неї та знаходячи власні ресурси у складних, нечітких обставинах. Висока вага показників СНС (0,825), ПУН (0,741), ССС (0,733), ТН (0,709) та СН (0,572) вказує на позитивне ставлення до невизначеності та сприйняття нових викликів як нових можливостей, а не загроз. Показники у від'ємному полюсі показали слабший вплив на фактор. Це НПА (-0,212), В1 (-0,155) та О (-0,154). Вони показують труднощі адаптації в стресових умовах та зростання тривоги, залежність поведінки в стресі від інших, а не від самого себе. Фактор 3 є провідним для розуміння психологічної гнучкості та зрілого сприйняття невизначеності, ефективної мобільності [7].

Фактор 4 позначено як «Соціальна впевненість», він репрезентує ефективне соціальне функціонування. Висока вага ПС (0,704), А1 (0,619), ВК (0,589), ПІ (0,543), ЕК (0,488), ДН (0,477) вказують на високий рівень особистісної та соціальної впевненості та активну, гнучку позицію в міжособистісному спілкуванні. Від'ємний полюс з показниками G (-0,208) та НПІ (-0,142) вказують на мінливі моральні цінності та труднощі в налагодженні контакту з іншими. Даний фактор є важливим для оцінки соціальних навичок особистості [7].

Фактор 5 має назву «Автономність поведінки» та стосується регулятивних аспектів у поведінці та обдуманість дій. Висока вага F3 (0,991), Е (0,371), F4 (0,232) та Q3 (0,225) позначають урівноваженість, самостійність та вміння впливати на поведінку інших. Від'ємний полюс показників І (-0,693), А (-0,436) та М (-0,352) вказує на непрактичність та необдуманість в діях, а також схильність до прийняття рішень, які підтримує група. Фактор 5 є провідним для оцінювання вольових якостей особистості [7].

Факторний аналіз психологічних параметрів показує, що основним фактором психоемоційного стану біженців з України є емоційна адаптивність,

під якою розуміється емоційний комфорт, інтернальність, прийняття себе та інших, адаптація та спокійність. Такі дані узгоджуються з результатами Figueiredo, Dierks & Ferreira (2024), у яких встановлено високу факторну вагу параметрів негативного ставлення та переконань щодо себе та інших осіб; та дослідженням Григор'єва, Сутула & Козлова (2023), яке підтверджує роль рівня інтернальності в адаптивній поведінці біженців [7].

Наступний важливий фактор, життєва свідомість та цілеспрямованість, виявив вплив індивідуальної системи цінностей та цілей на психологічний стан біженців. Подібні результати спостерігаються у дослідженнях Левін & Яценко (2022): вагомим критерієм вибору країни для переміщення слугує система цінностей, у випадку подібності цінностей та культури жителів громади адаптація біженців протікає легше завдяки спільним темам для спілкування та розуміння шляхів інтеграції в соціум; дослідження Мушти (2024) показує, що усвідомлення життєвих перспектив пов'язано з параметрами психологічного добробуту; Khalil et al. (2023) розвивають тему тривожності серед подружніх пар біженців, пов'язуючи її рівень з емоційним забарвленням сприйняття життєвих негараздів [7].

Фактор гнучкості в невизначеності є відображення стратегій реагування біженців на багатозначність та нечіткість умов життя. Для осіб, які змінюють місце проживання, він є важливим, оскільки сприяє внутрішньому врегулюванню реакцій на мінливі умови. Дослідження Максименко & Морозова-Йоханнессен (2022) вказує на те, що переміщені особи з України мають інтолерантність до двозначності, поруч з цим спостерігається низький рівень адаптивності, оптимізму, невпевненість в собі та відчуття емоційного дискомфорту [74; 83].

У контексті фактору соціальної впевненості відзначається вагомий вплив прийняття себе та інших, адаптивності та внутрішнього контролю на якість соціальної взаємодії. У роботі Гуляєва (2023) виділений фактор соціальної задоволеності, який розкриває специфіку взаємодії з оточенням та виступає каталізатором настрою та індивідуального сприйняття світу [7].

Для фактору автономності поведінки фігуральним виступає урівноваженість, здатність до планування та рефлексії поведінки. Ці властивості необхідні біженцям для побудови бажаного життя та входження в нове суспільне коло, яке передбачає свої правила, зі збереженням власної ідентичності та позиції. Dietrich et al. (2019) вказують, що на біженців чималий вплив здійснюють такі чинники, як соціальна підтримка та спрямована на них дискримінація, запобігаючи розвитку посттравматичних симптомів та сприяючи посттравматичному зростанню. Окрім цього, уникнення соціальних зв'язків пов'язується з психологічним стресом [7].

2.5. Психологічні профілі переміщених осіб із високим та низьким рівнем адаптивності

Для характеристики психологічних профілів вимушено переміщених українців насамперед необхідно було виокремити кілька груп осіб для здійснення компаративного аналізу особливостей прояву різноманітних особистісних рис та якостей, що, як було з'ясовано в результаті кореляційного та факторного аналізів, відіграють певну роль в утворенні адаптивної спроможності. Для порівняння показників індивідуально-психологічних властивостей залежно від рівня адаптації, утворено дві групи. До першої (Група АД-) увійшли особи з низькими даними інтегрального показника адаптивності, до другої (Група АД+) – особи з найвищими даними у загальній вибірці.

Для підтвердження значущості відмінності між тим чи іншим фактором застосовано критерій t-Ст'юдента. Такий підхід дозволив визначити, чи є розбіжності, що були зафіксовані у ході дослідження, випадковими або ж чи відображають вони дійсні психологічні відмінності, що мають дослідницьку вагу.

Таблиця 2.13

**Розбіжність показників адаптивності в групах із низьким та
високим рівнем адаптації**

Показник	Група	М	Станд. відхилення	Станд. середня помилка	t- критерій
1	2	3	4	5	6
ПА	АД-	45,9412	2,65684	,64438	-
	АД+	92,1765	14,59124	3,53890	12,854***
А1	АД-	108,6471	15,41485	3,73865	-4,859***
	АД+	152,4118	33,78620	8,19436	
Д	АД-	125,4118	19,80864	4,80430	8,877***
	АД+	32,1176	38,53713	9,34663	
ПС	АД-	46,4706	5,29289	1,28371	-7,946***
	АД+	88,0588	20,92089	5,07406	
ПС	АД-	33,7059	5,22930	1,26829	-5,633***
	АД+	55,7059	15,23058	3,69396	
НПС	АД-	23,8235	4,18681	1,01545	2,069**
	АД+	11,6471	23,90591	5,79804	
ІПП	АД-	51,3529	8,73170	2,11775	3,186**
	АД+	73,7059	27,57436	6,68777	
ІІ	АД-	21,8824	5,97790	1,44985	-1,960*
	АД+	30,3529	16,78147	4,07010	
НІІ	АД-	23,7647	4,22092	1,02372	1,803*
	АД+	14,5294	20,68852	5,01770	
ІІЕК	АД-	41,7647	11,17771	2,71099	4,115***
	АД+	75,1176	31,49183	7,63789	
ЕК	АД-	19,7647	6,03665	1,46410	-2,631**
	АД+	31,4706	17,32093	4,20094	
ЕДК	АД-	26,7647	5,72854	1,38938	1,959*
	АД+	15,0000	24,08578	5,84166	
ІІІ	АД-	50,2941	4,28318	1,03882	-5,085***
	АД+	82,8235	26,02459	6,31189	
ЗК	АД-	32,7647	6,90588	1,67492	4,856***
	АД+	11,0588	17,08607	4,14398	
ІІІД	АД-	39,3529	13,33202	3,23349	-2,914**
	АД+	63,0000	30,68184	7,44144	
ДН	АД-	7,7059	3,86918	,93842	-2,063**
	АД+	15,0588	14,17511	3,43797	
В1	АД-	21,7059	6,21253	1,50676	7,769***
	АД+	7,5294	4,24437	1,02941	

Продовження Табл. 2.13

1	2	3	4	5	6
Е1	АД-	18,3529	3,44495	,83552	4,061***
	АД+	9,7059	8,07593	1,95870	
Щ	АД-	24,6471	6,24441	1,51449	-4,658***
	АД+	35,7059	7,53960	1,82862	

Примітки : N – кількість досліджуваних; М – середнє значення; Група АД- – група осіб з низькою адаптацією; Група АД+ – група осіб з високою адаптацією; * – зміни статистично достовірні на рівні $p<0,05$; ** – зміни статистично достовірні на рівні $p<0,01$; *** – зміни статистично достовірні на рівні $p<0,001$.

Статистичний аналіз показує, що між групами високої та низької адаптивності переважна більшість параметрів власне соціально-психологічної адаптації перебуває на різних полюсах значень (табл. 2.13). Для початку, підкреслимо, що різниця між за інтегральним показником адаптації (ІПА) має високий рівень значущості ($t=-12,854$, $p<0,001$). Це передбачувано, оскільки для цього аналізу було відібрано найнижчі на найвищі значення за шкалою. Такі результати підтверджують межу розподілу. Таким чином, дані групи АД+ вказують на те, що її респонденти успішно справляються з вимогами суспільства, тоді як група АД- має труднощі з соціальним орієнтуванням.

Детальніші критерії інтегрального показника підтверджують такий висновок. Так, особи, що показують високий рівень адаптації (А1) демонструють психологічну пластичність та стресостійкість ($t=-4,859$, $p<0,001$), коли особи групи АД- – схильність поводитися дезорганізовано, емоційно вразливо ($t=8,877$, $p<0,001$).

Розглянемо інші параметри адаптації. Статистичні відмінності груп на рівні $p<0,001$ фіксуються за показниками : інтегрального прийняття себе (ІПС, $t=-7,946$), відомості (В1, $t=7,769$), прийняття себе (ПС, $t=-5,633$), інтернальності (ІПІ, $t=-5,085$), зовнішнього контролю (ЗК, $t=4,856$), щирості (Щ, $t=-4,658$), інтегральної емоційної комфортності (ІПЕК, $t=4,115$), ескапізму (Е1, $t=4,061$); на рівні значущості $p<0,01$: інтегрального прийняття інших

(ІПП, $t=3,186$), інтегрального прагнення до домінування (ІППД, $t=-2,914$), емоційної комфортності (ЕК, $t=-2,631$), неприйняття себе (НПС, $t=2,069$), домінування (ДН, $t=-2,063$); на рівні значущості $p<0,05$: прийняття інших (ПІ, $t=-1,960$), емоційної дискомфортності (ЕДК, $t=1,959$), неприйняття інших (НПІ, $t=1,803$).

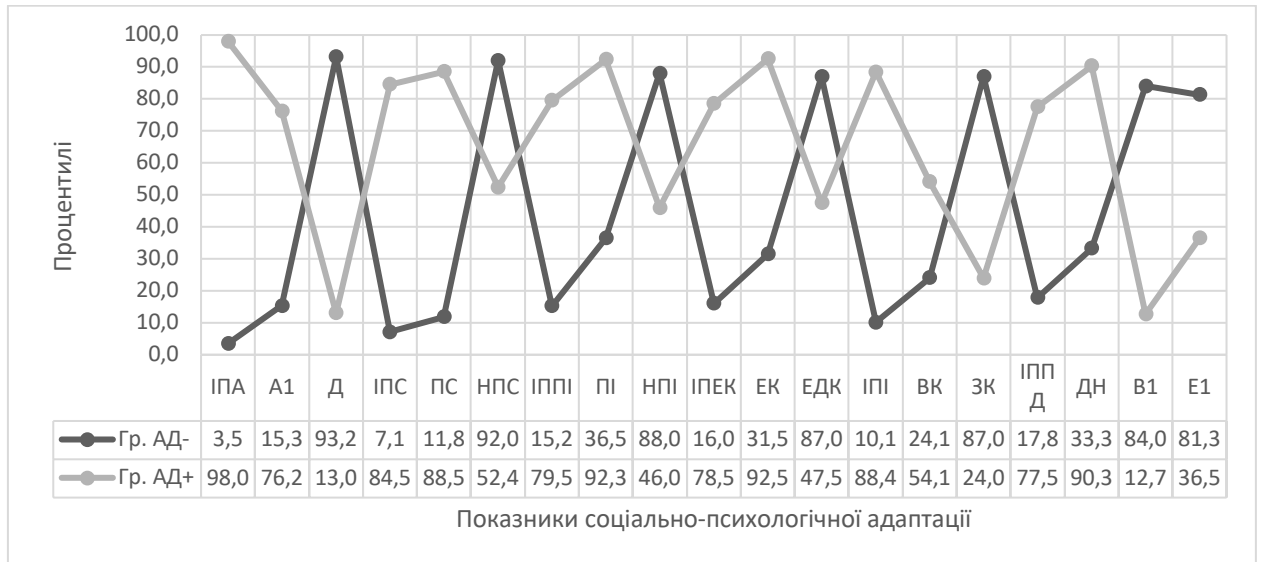


Рис. 2.1. Проявлення адаптивних характеристик залежно від загального рівня адаптації

На рисунку 2.1 побудовано графіки, що відображають тенденцію вираження соціально-психологічних аспектів адаптації. Числові критерії подано у процентилях. Межа середніх значень знаходиться у діапазоні 40-60 процентиля. Усі показники, що перебувають вище цієї межі, вказують на додатній полюс параметру, а ті, що нижче межі – на від’ємний. Насамперед аналізу піддаються фактори, що їх різниця є суттєвою, як з візуального аналізу графіків, так і зважаючи на статистичну значущість відмінностей.

Таким чином, група переміщених осіб з високим показником адаптації характеризується сформованістю системи адаптивного функціонування. Її представники добре орієнтуються у мінливому соціальному просторі, виявляють ефективні механізми поведінки та емоційне становлення згідно віку. Їхня поведінка та емоційні реакції зазвичай не сягають деструктивних проявів у разі складної ситуації. Вони вміло долають стресові обставини,

обираючи гнучкий підхід, що підтримує їх впевненість та внутрішню гармонію.

Група АД+ відзначається позитивним ставленням до себе, до своїх рис та досвіду, що отримали упродовж життя. Вони мають стабільну самооцінку, що означає схильність до рефлексії та самоаналізу, проте без глибокої самокритики, виділення комплексів чи створення внутрішніх конфліктів, які підривають власний внутрішній гармонійний стан. Подібне ставлення стосується й інших осіб у житті групи АД+. Вони проявляють емпатію, міжособистісну толерантність та довіру, прагнуть будувати відносини та основі підтримки та конструктивного вирішення конфліктів.

Розуміння себе та своїх сил сприяє тому, що представники групи АД+ вкрай рідко відчують хронічні втому чи тривогу. Переважний стан позитиву, внутрішнього спокою, а також достатні навички саморегуляції утворюють сприятливий емоційний фон як для праці, так і для відпочинку. Це особи, що мають чітке уявлення щодо образу свого Я, а також переконані у власній мірі впливу на події, що їх стосуються. Вони відповідальні, оцінюють обставини з суб'єктної позиції, не бояться прийняти рішення у труднощах. Окрім цього, мають виражені лідерські якості – ініціативність, сміливість у встановленні контакту та взаємодії, організованість, бажання вести за собою. А низькі показники відомості та ескапізму сигналізують про тенденцію до автономного прийняття рішень та спроможності зберігати власну внутрішню позицію та опору в умовах соціального тиску.

Також у значній розбіжності показника (Щ) між групами АД+ та АД- спостерігаємо, що переміщені українці з високою адаптивністю є більш відкритими та чесними у відповідях, вони сміливо проявляють свою внутрішню автентичність, не переслідуючи цілі виглядати краще, аніж є насправді.

Натомість, профіль осіб групи АД- характеризується дезорганізованістю емоційної сфери та надмірною соціальною чутливістю, труднощами в пристосуванні, зниженою соціальною ефективністю та пасивністю у контакті

з суспільним простором. Представники профілю виявляють малоефективні, або ж взагалі неефективні, стратегії поведінки та тенденції до конфліктності чи, навпаки, уникнення серйозних розмов та рішень. У випадку вимушеного переміщення слабка адаптивність може бути пов'язана з дуже високим емоційним та фізичним виснаженням, супроводжуваним проблемами задоволення базових потреб людини.

Представники групи АД- мають схильність до самозаперечення та невпевненості у собі й своїх можливостях. Це ознаки глибокого конфлікту з самим собою, надмірної самокритики, що разом формують нестабільну самооцінку. Таке негативне сприйняття себе впливає й на міжособистісну взаємодію та уявлення щодо інших людей.

Особи даної групи є соціально ізольованими, у спілкуванні часто створюють напружену атмосферу, оскільки не вміють чи не мають сил на те, щоб зладити гострі кути у суперечці, їм рідко вдається підібрати вдалі слова, аби не образити когось чи не поставити себе у незручне становище. Це призводить до зниження соціальної довіри та розчарування у спілкуванні, що, у свою чергу, породжує небажання до активності в суспільстві та переконання у власній безпорадності у стосунках з кимось.

Для групи АД- властиве відчуття постійного внутрішнього напруження, що зумовлює часті зміни в настрої та тривожність. Емоційна нестабільність пов'язана з особливостями самосприйняття та відсутністю навичок саморегуляції, які б спрямували емоції у продуктивне русло, а саме у більш позитивні твердження про себе, моральну підтримку себе у складних ситуаціях та у випадку успіху. Проте перевага зовнішнього контролю формує певну залежність людини від обставин, що навколо, а не від внутрішнього стану, самопочуття чи власних ціннісних орієнтирів. Також у групі з низькою адаптацією спостерігається невіра у власний вплив на обставини та можливість змінювати своє життя на те, яке більше б імпонувало особистим уявленням та бажанням.

Особи даної групи проявляють здебільшого пасивну поведінку, уникають відповідальності, не охочі брати ініціативу у свої руки, рідко пропонують варіанти рішення, а обирають серед тих, які вже запропоновані чи були опробовані раніше. Високий рівень ескапізму та відомості вказує на стратегію уникнення проблемних ситуацій, підпорядкованість чужій думці. Проте поруч з бажанням до уникнення рішень та відповідальності за них, залежність від зовнішніх чинників та позицій оточення є логічним наслідком особистісної неавтономності.

Низький показник щирості (Щ) показує, що особам з низькою адаптацією важливіше підтримувати певний образ, який, на їхню думку, буде соціально бажаним, аніж зберегти автентичність під час відповідей. Більша кількість нещирих відповідей може також бути пов'язана з психологічною замкнутістю представників профілю, або ж з дією захисних механізмів.

Оскільки дослідження спрямоване на вивчення різних аспектів адаптації, наступним важливим параметром для компарування є нервово-психічна адаптація вимушено переміщених українців. Вона відображає здатність до психофізіологічного орієнтування в умовах, що носять стресогенний або невідомий раніше характер.

Таблиця 2.14

**Розбіжність показників нервово-психічної адаптації залежно від
рівня соціально-психологічної адаптивності**

Показник	Група	М	Станд. відхилення	Станд. середня помилка	t- критерій
НПА	АД-	53,2941	21,75363	5,27603	4,443***
	АД+	21,8824	19,40323	4,70597	

Нервово-психічна адаптація відтворює механізм балансування між функціональною спроможністю нервової системи та психоемоційними

навантаженнями. У даному випадку, коли мова йде про вимушено переміщених осіб з України, такий параметр є важливим для розгляду. Адже українці, що зазнали впливу воєнних подій, а також пережили чи наразі переживають важкий етап переміщення, зазнають колосального стресу. Тоді як саме цей показник може показати дійсну картину пристосування до невизначених, стресогенних умов життя.

Таким чином, відповідно до отриманих даних, відмінність показника НПА у групах з низьким та високим рівнем соціально-психологічної адаптації сягає статистичної значущості на рівні $p < 0,001$ (табл. 2.14).

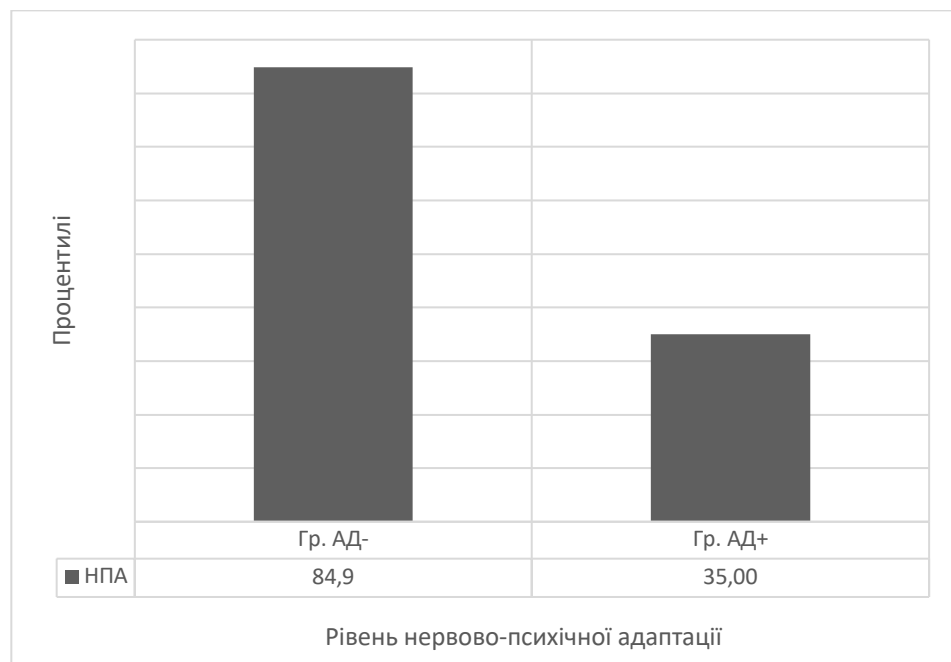


Рис. 2.2. Проявлення нервово-психічної адаптації залежно від рівня соціально-психологічної адаптації

На рисунку 2.2 продемонстрована схематична розбіжність параметру НПА у групі АД- та АД+. Як і було встановлено статистично, значення показника у групі АД+ перебувають на межі нижче середини. Тобто рівень нервово-психічної напруги доволі низький, значно нижчий, ніж у групі АД-. Це означає, що представники цього профілю мають стабільний психофізіологічний стан та добре налагоджену регуляцію нервових процесів. Даний показник міцно пов'язаний з емоційною стабільністю особистості, що

є гарантом психоемоційної рівноваги у стресогенних ситуаціях. Представники профілю високої адаптації характеризуються ефективним функціонуванням нервової системи, а також станом ресурсності та внутрішньої стабільності.

Група АД- має суттєво вищий показник нервово-психічно напруги. Це засвідчує про знижену резистентність до психологічно травмівних впливів та ризик дезадаптації. Зависока напруженість може бути наслідком перенавантаження адаптаційних систем переміщених осіб, якщо вони тривалий час перебували під впливом стресогенних чинників. Водночас, такі дані виходять також із вираженої тривожності, астеничних станів та вказують на психофізіологічну вразливість особистості.

Таблиця 2.15

**Розбіжність індивідуально-психологічних показників у групах з
низьким та високим рівнем адаптації**

Показник	Група	N	M	Станд. відхилення	Станд. середня помилка	t- критер ій
C	АД-	17	3,5882	2,12305	,51492	- 3,826** *
	АД+	17	6,4706	2,26709	,54985	
E	АД-	17	4,8824	2,47190	,59952	-2,203*
	АД+	17	6,5294	1,84112	,44654	
H	АД-	17	3,7647	1,82104	,44167	- 3,277**
	АД+	17	5,9412	2,04544	,49609	
O	АД-	17	7,5882	2,73995	,66454	2,488*
	АД+	17	5,2353	2,77330	,67262	
Q4	АД-	17	5,8824	1,96476	,47653	2,991**
	АД+	17	4,0000	1,69558	,41124	
F2	АД-	17	3,8529	1,48076	,35914	-2,078*
	АД+	17	7,2471	6,57126	1,59376	

Результати, наведені у таблиці 2.15, відображають ступінь відмінності показників, чий критерій показав значущу різницю фактору в групах низької та високої адаптивності. Таким чином, можемо виокремити певний спектр індивідуально-психологічних властивостей, що відіграють важливу роль у формуванні адаптивної спроможності українських біженців (Абдуллаєва, 2025).

Перший фактор, що показав значущу відмінність, це емоційна стабільність ($t=-3,826$, $p<0,001$). Це свідчить про те, що здатність до збереження внутрішньої рівноваги в складних обставинах сильно сприяє адаптації. У групі АД+ спостерігається значно вищий рівень емоційної стабільності [6].

Показник боязкості-сміливості демонструє, що успішне подолання труднощів адаптації супроводжується сміливістю, активністю та соціальною розкутістю ($t=-3,277$, $p<0,01$). У групі АД- переважають боязкість, слабкість та соціальна пасивність [6].

Фактор розслабленості-напруги показує, що група АД- характеризується напруженістю, фрустрацією, роздратуванням, збудженістю, тоді як зібраність та енергійність також більше виражені, а в групі АД+ переважають розслабленість, спокійність, незворушність та задоволеність ($t=2,991$, $p<0,01$) [6].

Шкала О у даному аналізі відображає тенденцію групи АД- до стурбованості, іпохондрії, страху, невпевненості в собі, самозвинуваченню, чутливості до схвалення оточенням, переваги почуттів провини та невдоволення собою, вразливості ($t=2,488$, $p<0,05$). Тоді як для групи АД+ більш характерними є життєрадісність, впевненість у собі та своїх силах, безтурботність, холоднокровність, самовпевненість [6].

Показник підпорядкованості-домінування має вищі значення у групі АД+ ($t=-2,203$, $p<0,05$). Це вказує на те, що особи, які проявляють свою волю та схильність до управління оточенням, краще справляються з адаптаційними

викликами. Тоді як відсутність впевненості в діях та ініціативи в поведінці більш властиво групі АД- [6].

За шкалою F2 можна відзначити, що соціальна контактність та активність у налагодженні міжособистісних зв'язків є характерною для осіб групи АД+ ($t=-2,078$, $p<0,01$). Низька ж адаптація супроводжується переважно уповільненими процесами соціалізації та емоційною сухістю [6].

Водночас наявні фактори, що не показали значущої відмінності, проте мають певну розбіжність на графіку.

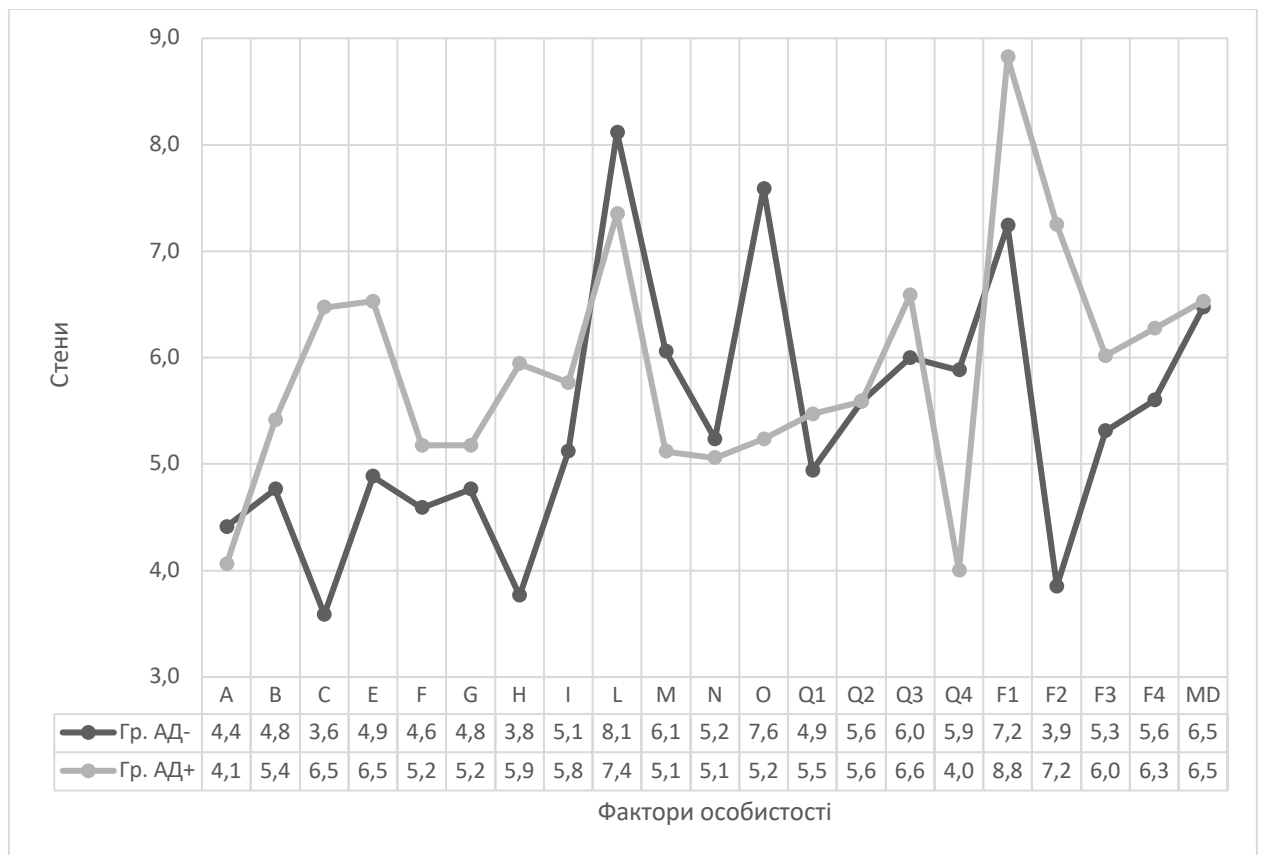


Рис. 2.3. Проявлення індивідуально-психологічних характеристик залежно від рівня адаптації

Рисунок 2.3 демонструє співвідношення особистісних факторів на основі розподілу за ступенем адаптивності. Розподіл стенив за деякими показниками суттєво відрізняється, що видно з розходження графіків у певних точках. Найбільш суттєві відмінності проаналізовані вище. На графіку ж спостерігаємо різницю за факторами інтелектуальності (B), реалістичності і

сентиментальності (І), конкретності чи абстрактності уяви (М), та за вторинними факторами: тривоги як міри задоволеності здобутками (F1), емоційної фрустрованості (F3) та пасивності соціальної позиції (F4). Тобто, зважаючи на продемонстровані тенденції на рисунку, адаптивність пов'язана з когнітивними, емоційними властивостями, а також з особливостями соціального реагування [6].

Візуально різниця між деякими факторами або дуже мала, або й взагалі відсутня. Це характеристики стриманості чи відкритості (А), постійності намірів (G), відвертості чи дипломатичності (N), консервативності чи свободи думок (Q1), переваги в колективних рішеннях та підтримці чи незалежності (Q2) [6].

Проведений аналіз дає змогу опису двох психологічних профілів українських біженців. Група з високою адаптивністю характеризується високою тривожністю як невдоволеністю нинішніми обставинами та прагненням досягти чогось більшого. При цьому емоційна стабільність також має високий рівень, а тривога як схильність до страхів та невпевненості в собі на рівні нижче середнього. Це екстравертивні особистості, які легко йдуть на контакт у соціумі, відкриті, комунікабельні, з вираженими лідерськими якостями, самостійні, зазвичай покладаються на свою інтуїцію та думки, приймають рішення незалежно від позиції оточення, розслаблені, іноді апатичні, незворушні [6].

Представникам профілю властиве багатство емоційних переживань, артистичність, схильність до співчуття, емпатії. Вони люблять експерименти, оперативні, кмітливі, спрямовані більше на аналітичну діяльність, швидко навчаються, мають високий рівень вербальної культури, налаштовані на взаємодію, беруть активну участь у вирішенні конфліктів у колективі [6].

Профілю з низькою адаптивністю властиві підвищена чутливість до стресових чинників та емоційна нестабільність, імпульсивність. Такі особи недовірливі, насторожено ставляться до інших, ревниві, вперті, зацікавлені більше у власному внутрішньому психічному житті, аніж у міжособистісних

відносинах. Це інтровертивні особистості, повільні в соціальній взаємодії, мало проявляють свої почуття, егоцентровані, пасивні, уважні до деталей, можуть звинувачувати у своїх негараздах зовнішні чинники. Надають перевагу індивідуальному стилю діяльності. Зазвичай стурбовані, ранимі, неспокійні, їх поведінка залежить від настрою, мають багато страхів, невпевнені в собі, схильні до самозвинувачення та депресивних станів, сором'язливі, обережні [6].

Як і в адаптивному профілі, у цьому є вираженою тривожність, що стосується ситуативної задоволеності своїм положенням. У комплексі з низькою толерантністю до фрустрації та іншими рисами, тривожність для даної групи може проявлятися як непристосованість до нових умов, оскільки не відбувається реалізація особистого потенціалу, що гарантувало б виконання власних вимог та цілей. Також профілю групи АД- властиве уміння контролювати свої емоції, зібраність, напруженість та дратівливість [6].

Дослідження суб'єктів міграційних процесів (Слюсаревський, Блинова, 2018) підтверджують, що успішна адаптація детермінується спектром особистісних характеристик, зокрема екстраверсією, самоконтролем, емоційною стабільністю, спокоєм, когнітивними даними та соціальною підтримкою [118].

Дані іншого дослідження (Коструба, Ляшко, 2023) також підтверджують, що адаптивна та психологічно стійка особистість є емоційно стабільною, дружелюбною, відкритою до нового досвіду, добросовісною [18]. Дослідження І. Попович та колег показує, що емоційна стабільність забезпечує конструктивну реалізацію намірів та значно впливає на мотивацію особистості [224].

Розглянемо розбіжність показників актуального стану в групах з низьким та високим рівнем адаптації.

Таблиця 2.16

Розбіжність показників актуального стану в групах з низьким та високим рівнем адаптації

Показник	Група	М	Станд. відхилення	Станд. середня помилка	t- критерій
АД	АД-	27,6471	11,91082	2,88880	-6,922***
	АД+	53,9412	10,17024	2,46665	
НВН	АД-	37,5294	9,19319	2,22968	-4,352***
	АД+	56,1765	15,08822	3,65943	
СФ	АД-	40,8235	13,57956	3,29353	-3,299**
	АД+	54,8235	11,03537	2,67647	
СТ	АД-	39,6471	9,94950	2,41311	-4,139***
	АД+	52,8824	8,65218	2,09846	
ЗЕ	АД-	41,3529	9,45345	2,29280	-2,915**
	АД+	53,3529	14,09761	3,41917	

Компаративний аналіз показує, що, у контексті розгляду фізичного та психоемоційного самопочуття, у групах АД- та АД+ присутні статистично значущі розбіжності на рівні $p < 0,001$ за такими параметрами, як: інтенсивність актуалізованих мотивів (АД, $t = -6,922$), тонус (НВН, $t = -4,352$), спокій-тривога (СТ, $t = -4,139$); на рівні $p < 0,01$: комфортність фізичного самопочуття (СФ, $t = -3,299$), емоційна збудженість (ЗЕ, $t = -2,915$) (табл. 2.16).

Рисунок 2.4 демонструє, що усі досліджувані аспекти актуального самопочуття вимушено переміщених українців кардинально різняться у профілях з низьким та високим рівнем адаптації. У групі АД+ переважає високий тонус, внутрішня активність, фізична ресурсність та емоційна рівновага. Тоді як у групі АД- загальна активність на низькій межі, переважають емоційна напруженість, психічна та фізична виснаженість.

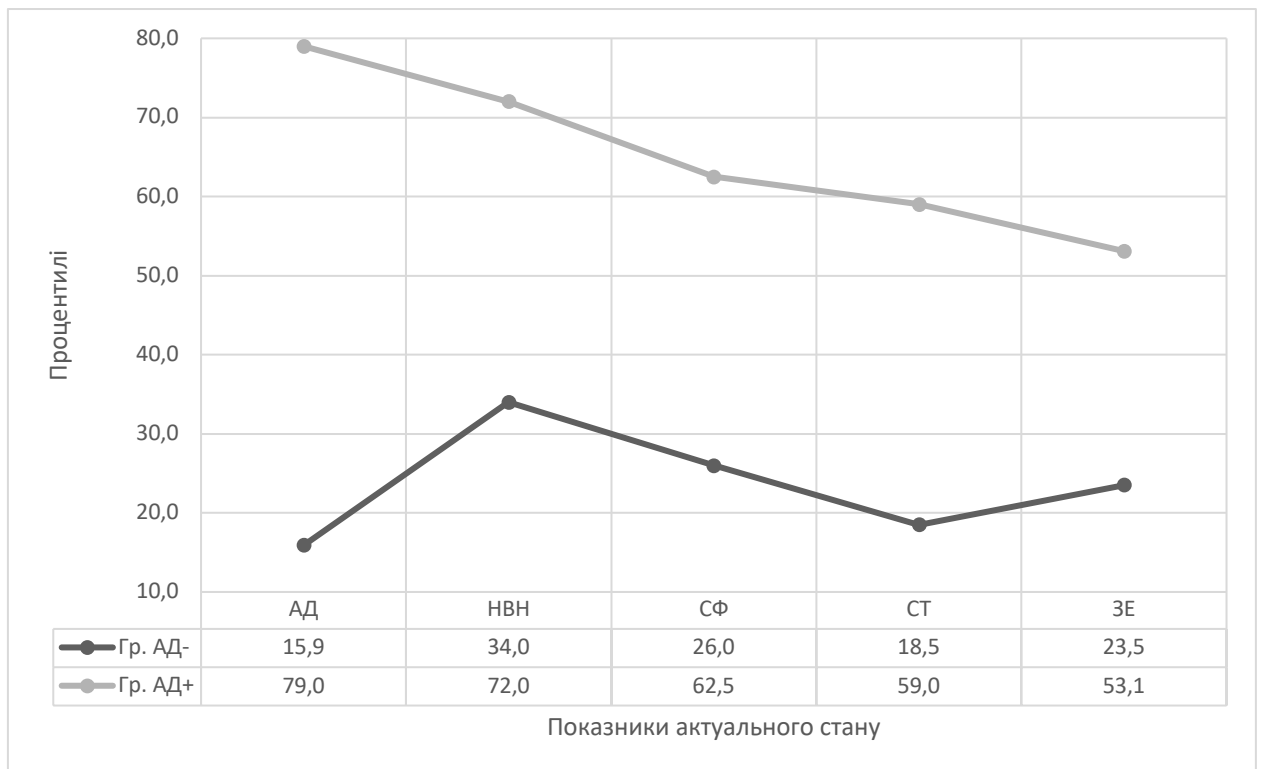


Рис. 2.4. Прояв показників актуального стану залежно від рівня адаптації

Профіль осіб АД+ вбирає в себе властивості високого рівню внутрішньої мобілізації. Це життєвий тонус, зосередженість та готовність до дій. Це пов'язано з доступом до психоемоційних ресурсів, активною позицією у життєвих питаннях та здатністю самостійно визначати свої цілі, а також обирати шлях їх досягнення. У профілю з високою адаптивністю не виникає труднощів щодо роботи нервової системи, адже вона спрямована на підтримку оптимального режиму. Це формує темп та механізми мобілізування енергії, при яких організм не виснажується, а цілі досягаються.

У групі АД+ нейрофізіологічна активність є запорукою концентрації уваги та вміння зосереджуватися на чітко окреслених завданнях. Високий тонус слугує маркером хорошої психофізичної кондиції. Це пов'язано зі стійкістю до стресогенних факторів, а також з умінням розпоряджатися своїм графіком та фізичними ресурсами – організація режиму сну, харчування. Безумовно,

сміслові наповнення власної діяльності є підтримувальним механізмом, що стимулює до діяльності.

Психологічна адаптація тісно пов'язана з фізичним самопочуттям та тілесним сприйняттям себе. Профілю АД+ властиве відчуття фізичної сили, енергійності. А також, зважаючи на характеристики емоційної рівноваги, у цій групі значно менше виражені психосоматичні скарги та тривожні реакції. Це може бути пов'язано з добре налагодженою тілесною саморегуляцією та вмінням проявляти свої емоції та наміри безпосередньо у ході діяльності та спілкування.

Стабільний емоційний стан осіб групи АД+ сприяє зменшенню тривожних хвилювань. Це можливо завдяки вмінням до відновлення власного емоційного балансу, а також завдяки свідомому уникненню катастрофізації та підкріплення тривожних припущень у панічному стані. Окрім цього, для профілю з високою адаптацією є характерною емоційна структурованість та, при цьому, активність, що дає можливість повноцінно проживати різноманітних відтінків емоційні стани, зберігаючи при цьому контроль. Таким чином, профіль АД+ демонструє емоційну зрілість та відповідальне ставлення до свого фізичного і ментального самопочуття.

Натомість, характеристика профілю АД- кардинально відрізняється. Його представники мають такі якості, як апатія, пасивність та знижена енергія. Це може бути наслідком психофізіологічного виснаження, пов'язаного з вимушеним переселенням, проте може сягати і попередніх періодів життя, коли упродовж певного часу накопичувалася втома, і зараз вона є хронічною. У будь-якому випадку, це є ознакою перебування під впливом стресових чинників або ж слабкої регуляції, що не дозволяє пройти етапи відновлення своєчасно та достатньо результативно для виходу зі стану апатичності, байдужості й внутрішнього виснаження.

У групі АД- переважає знижений тонус та загальний стан втоми. Це може відображати енергетичну виснаженість, перевантаження чи довге перебування у режимі стресу та мобілізації всіх систем організму задля

виживання. Таким чином, представники профілю мають таку особливість, як швидка втомлюваність, навіть якщо діяльність передбачала незначне навантаження. Окрім цього, вони мають часті скарги на психосоматичні симптоми – біль, напругу в тілі, проблеми з травленням, порушення сну. Такі ознаки є наслідком надмірної тривожності, дезорієнтації в новому середовищі, та підтверджують нервово-психічну нестабільність профілю.

Стан внутрішньої тривоги, який супроводжує переміщених осіб з низькою адаптацією, вказує на їх схильність до негативу та румінації, несприятливого передчуття, що створює атмосферу хронічної тривоги, заважаючи концентрації, продуктивності та якісному відновленню під час сну і дозвілля.

Надмірна кількість негативних емоцій та необґрунтованих переживань формує бажання до пригнічення емоцій, що сильно виснажує, адже потребує чимало ресурсів для блокування небажаних станів. Однак, в інших випадках, емоції профілю з низькою адаптацією є хаотичними, швидко мінливими, вони дестабілізують. Таким чином, емоційна включеність даного профілю має кілька граней, варіюючись від загальмованості до афективної регуляції реакцій.

За результатами компаративного аналізу різних проявів толерантності до невизначеності (табл. 2.17), присутні статистично значущі розбіжності на рівні $p < 0,001$ за такими параметрами, як: інтегральний показник толерантності до невизначеності (ТН, $t = -3,788$); на рівні $p < 0,01$: когнітивна та емоційна реакція на невизначені ситуації (СНС, $t = -3,191$), сприйняття складності як стресу чи як виклику (ССС, $t = -2,902$), надання переваги новому та відкритому (ПН, $t = -2,687$), готовність діяти в умовах ризику та амбівалентності (ПУН, $t = -2,352$).

Таблиця 2.17

**Розбіжність показників толерантності до невизначеності в групах із
низьким та високим рівнем адаптації**

Показник	Група	М	Станд. відхилення	Станд. середня помилка	t- критерій
ТН	АД-	77,3529	16,08936	3,90224	-3,788***
	АД+	98,7647	16,86168	4,08956	
ПН	АД-	40,4706	9,26767	2,24774	-2,687**
	АД+	49,3529	9,99338	2,42375	
ПУН	АД-	38,1765	11,71663	2,84170	-2,352**
	АД+	47,9412	12,47733	3,02620	
	АД-	11,7647	4,43747	1,07625	
ССС	АД+	24,5882	6,32514	1,53407	-2,902**
	АД-	31,4118	7,34897	1,78239	
СНС	АД+	32,1765	6,99317	1,69609	-3,191**
	АД-	40,3529	7,92103	1,92113	

Високий рівень адаптації супроводжується довірливим ставленням до процесів життя, цікавістю та відкритістю до нового, готовністю до активної позиції в умовах ризику та невизначеності. Тоді як низький рівень адаптації пов'язаний з тривожністю, недовірливим ставленням до життєвих ситуацій та своїх рішень, ригідністю мислення та страхом перед труднощами і нестійким становищем.

З рисунку 2.5 видно, що більшість показників, що розкривають аспекти толерантності до невизначених умов життя, кардинально різняться у профілю з низькою та високою адаптацією. Проте наявний один показник, що у двох групах межує на середніх проявах. Це ставлення до новизни (СН), готовність до нової інформації та нетипових умов. У групи АД-, хоч і показник

проявлений дещо нижче, проте наближений до значень групи АД+ та відповідає усередненому вираженню параметра.

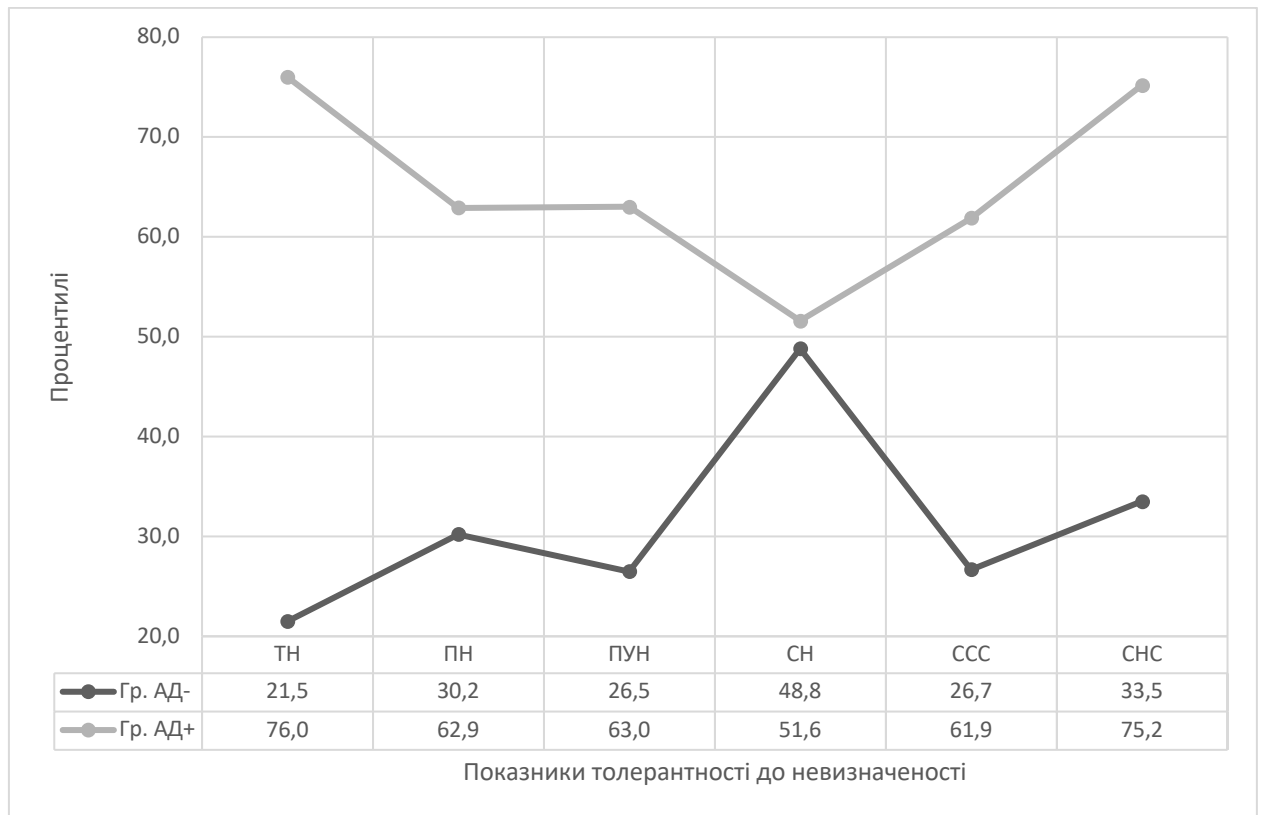


Рис. 2.5. Проявлення толерантності до невизначеності залежно від рівня адаптації

Отож, профіль АД+ характеризується здатністю адаптуватися в умовах багатозначності та нечіткості, зберігаючи при цьому організованість мислення та емоційну рівновагу. Це особи, які не потребують цілковитої ясності чи спланованості (прогнозованості) для того, щоб діяти чи приймати рішення. Вони сприймають невизначеність без страху, не уникаючи її, з гнучкістю та впевненістю. Це пов'язано зі сформованістю когнітивної гнучкості, тобто широкомасштабного мислення, яке виходить за рамки стандартизованих шаблонів та дозволяє приймати суперечності, шукаючи поміж них влучні варіанти.

Представники групи АД+ це переміщені особи з позитивним сприйняттям невизначеності, що розглядають нелегкі обставини як власну

можливість чи виклик, аби розвиватися далі. Вони впевнені в собі достатньо, щоб вірити, що зможуть зорієнтуватися та діяти ефективно. Діють активно, навіть якщо інформація фрагментарна. Це робить з них хороших лідерів, які не побоюються ризику та вміють знаходити найкращий з варіантів у невизначеності.

Така стійкість пов'язана з підтримкою емоційної регуляції в таких обставинах, що забезпечує зважену позицію та відсутність імпульсивних реакцій. Вони діють без тривоги та зберігають контроль над собою та ситуацією, а також не потребують повної ясності, оскільки не зосереджуються на пошукові ідеальних обставин, щоб приймати рішення та реалізовувати його.

Особи з високою адаптацією відкриті до нового, з допитливістю та інтересом приймають нові зміни, ідеї, умови. Їх не лякає ускладнення ситуації, а, навпаки, стимулює активізацію внутрішніх ресурсів. Вони спокійно ставляться до невизначеності, зберігаючи баланс в емоціях та мисленні. Така реакція відбувається завдяки високій стресостійкості та копінг-поведінці, спрямованій на прийняття складності та новизни, пошуку власного ресурсу у будь-якій ситуації.

На противагу профілю АД+ виступає профіль АД-, представники якого сприймають невизначеність радше як загрозу, аніж перспективу зростання. У зв'язку з цим формується певний шаблон поведінки, до якого відносяться дезадаптивні поведінкові та емоційні реакції. Особи профілю АД- прагнуть чітких структур, ясних та вичерпних інструкцій, детальних планів, результати яких передбачувані. Якщо вони зіштовхуються з неоднозначністю, то переживають стан тривоги, що дезорієнтує, реакції та діяльність стають малопродуктивними.

Прийняття нового та готовність до зустрічі з ним, хоч і спостерігається у даного профілю, проте, ймовірно, пов'язане з перебуванням у докорінно нових обставинах – новому місті чи країні проживання, що вимагає пристосування до змін та нововведень у житті. Поруч із цим представники

профілю АД- характеризуються небажанням до прийняття рішень, якщо немає чітких гарантій. Вони схильні відкладати дії та потребують систематичного підтвердження правильності своїх кроків. Це пов'язано з когнітивною ригідністю, що сприяє шаблонності поведінки, та уникненням як стратегією поведінки, що базується на очікуванні, дистанціюванні та відкладанні рішень.

Вимушено переміщені українці групи АД- мають тенденцію до тривожності, уникання та напруженості в умовах невизначеності. Вони сприймають складні задачі як щось з надмірним перевантаженням, що обов'язково супроводжується помилками й невдачами. Через внутрішню напруженість та страхи такі особи швидко втрачають внутрішній фокус та контроль, починають діяти імпульсивно в мінливих умовах, сумніваються, відчувають внутрішній опір, роздратованість та страх, що щось їм загрожує. Такі хвилювання призводять до того, що блокується активність, тому представники профілю низької адаптації вкрай рідко беруть на себе ініціативу в труднощах, адже переважно уникають нового досвіду та невизначеності, що слідує змінам.

У дослідженні чинників адаптації вимушених мігрантів (Ефімова, 2023) також описується встановлений зв'язок між соціально-психологічною адаптацією та такими параметрами, як прийняття ризику, залученість та асертивність, що утворюють загальну картину життестійкості особистості мігрантів. Результати автора підтверджують наші висновки, що готовність до ризику, відстоювання своєї позиції та усвідомленого ставлення до рішень характеризує адаптивну особистість, адже перешкоджає наростанню внутрішнього напруження у стресових умовах [50].

Т. Ульянова описує, що життестійкість, як і її компоненти – залученість, прийняття ризику – пов'язані з емоційним типом реагування: додатна кореляція з модальностями радості та від'ємна – з гнівом, страхом та печалю вказує на те, що відкритість та життєва витривалість супроводжується впевненістю в собі, адаптивністю та самоорганізацією поведінки [123]. Тоді як О. Кононенко та колеги виділяють життестійкість як здатність до оптимальної

поведінки, яка забезпечить захист від негативних впливів на здоров'я людини. Життестійкість відтворює, а також взаємопов'язана з цінностями, тобто актуальною спрямованістю особистості. У період війни це передбачає орієнтацію на безпеку, сон, мир та спокій [71].

У дослідженні ймовірності ПТСР серед українських біженців (Bilewicz, Babińska, & Gromova, 2024) також наголошується на тому, що здатність ефективно справлятися з невизначеністю відіграє важливу роль у формуванні сприйняття стресових ситуацій. Автори виявили зв'язок між показниками: нетерпимість до невизначеності часто супроводжується стратегіями уникнення та емоційним дисбалансом, а також проявляється в осіб з вираженими симптомами стресового розладу [148].

Таблиця 2.18

**Розбіжність показників психологічного благополуччя у групах з
низьким та високим рівнем адаптації**

Показник	Група	М	Станд. відхилення	Станд. середня помилка	t- критерій
1	2	3	4	5	6
ПД	АД-	295,3529	44,08790	10,69289	-7,237***
	АД+	396,1176	36,76595	8,91705	
ПВ	АД-	51,8824	9,61693	2,33245	-3,652**
	АД+	63,7647	9,35100	2,26795	
А2	АД-	51,7647	10,43749	2,53146	-5,123***
	АД+	67,4118	7,04502	1,70867	
КС	АД-	48,6471	9,46666	2,29600	-7,108***
	АД+	68,5294	6,58709	1,59760	
ОЗ	АД-	55,0000	8,92328	2,16421	-4,913***
	АД+	67,4706	5,46715	1,32598	

Продовження Табл. 2.18

1	2	3	4	5	6
ЦЖ	АД-	51,2941	10,13512	2,45813	-5,984***
	АД+	68,6471	6,34371	1,53858	
С1	АД-	44,5882	11,44584	2,77603	-7,959***
	АД+	73,0000	9,25338	2,24427	
БА	АД-	115,5882	16,19436	3,92771	9,818***
	АД+	68,8235	11,10875	2,69427	
СЖ	АД-	78,8824	16,62409	4,03193	-4,650***
	АД+	103,2353	13,78191	3,34261	
ЛВС	АД-	58,4706	7,96177	1,93101	-1,865*
	АД+	63,9412	9,09994	2,20706	

Статистичний аналіз вказує, що в показниках психологічного благополуччя у групах АД- та АД+ присутні значущі розбіжності на рівні $p < 0,001$ за такими параметрами, як: баланс афекту (БА, $t = 9,818$), позитивний прийняття себе (С1, $t = -7,959$), загальний рівень психологічного добробуту (ПД, $t = -7,237$), вплив на середовище (КС, $t = -7,108$), орієнтири в житті (ЦЖ, $t = -5,984$), внутрішня автономність (А2, $t = -5,123$), орієнтація на саморозвиток та зростання (ОЗ, $t = -4,913$), свідомість життя (СЖ, $t = -4,650$); на рівні $p < 0,01$: позитивні взаємовідносини (ПВ, $t = -3,752$); на рівні $p < 0,05$: почуття та відкритість зв'язку зі світом (ЛВС, $t = -1,865$) (табл. 2.18).

Рисунок 2.6 із зображенням графіків обидвох профілів підтверджує статистичні дані. Таким чином, групу АД+ представляють автономні, інтегровані та емоційно стійкі особистості, що виявляють достатній ступінь життєвої усвідомленості, особистісного зростання та внутрішньої збалансованості. Даний профіль демонструє не лише спроможність гідно справлятися з життєвими викликами, а й активно вдосконалюватися завдяки ним. Тоді як групу АД- представляють ригідні, вразливі та емоційно нестійкі

особистості, що відчують труднощі у взаємодії з собою та соціальним оточенням, схильні до фрустрації, необґрунтованих переживань та втрати смислових орієнтирів.

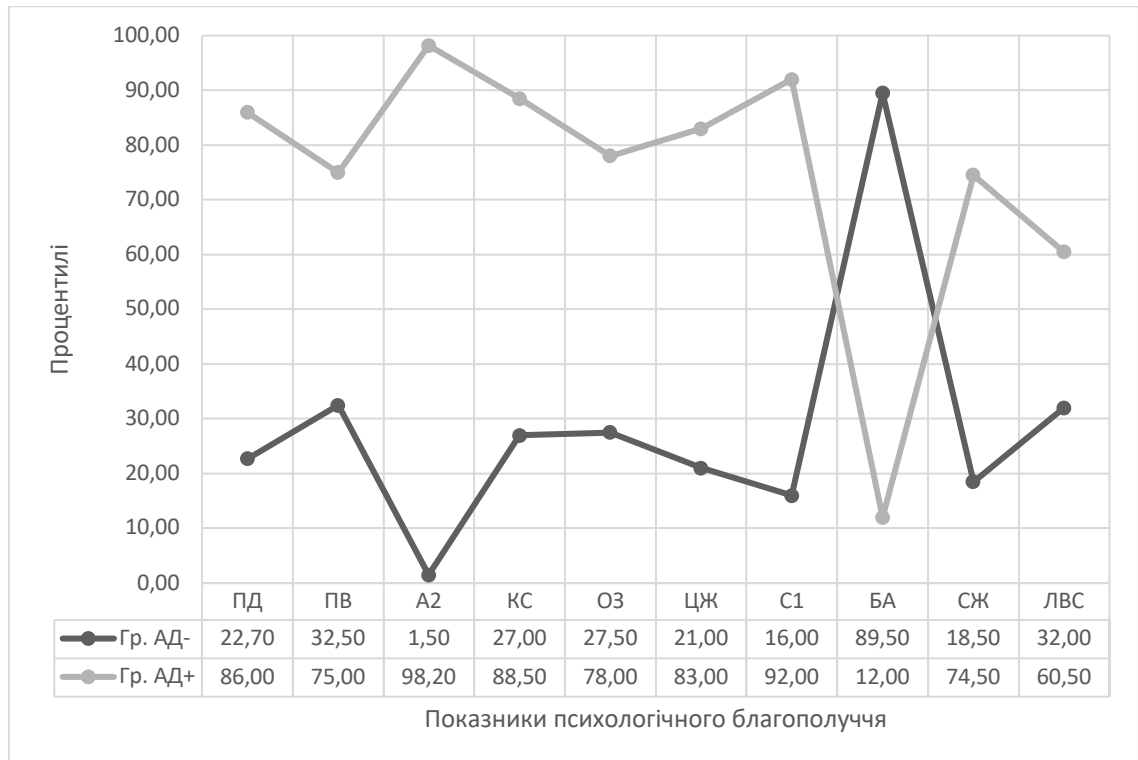


Рис. 2.6. Проявлення характеристик психологічного благополуччя залежно від рівня адаптації

Профіль з високою адаптацією засвідчує про збалансованість, самостійність та самореалізованість його представників. Вони позитивно сприймають себе, із розумінням та прийняття як сильних, так і слабких сторін. Автономні, діють зважаючи на власні переконання, не залежать від соціально схвалення, рішення можуть приймати без чиеїсь підтримки. Їхній емоційний фон переважно позитивний, з мінімальним негативним афектом. Такі характеристики гарантує висока емоційна стабільність, рефлексивність та цілісність особистого образу.

У переміщених осіб групи АД+ є відчуття сенсу життя, вони добре усвідомлюють напрямки, яким чином можуть реалізувати себе залежно від обставин та їх власних цілей. Це відкриті для нового досвіду, знань і вмінь

особи, націлені на розвиток своїх найкращих якостей та посилення слабших сторін. Це пов'язано зі спрямованістю самоактуалізаційних процесів на шлях, що передбачає зростання особистості, вибір цілей та автономію дій.

Для профілю АД+ властиво формувати позитивні міжособистісні зв'язки на основі довіри, доброзичливості, підтримки та усвідомлення значущості взаємодії. Екзистенційна зрілість профілю сприяє встановленню контакту та відчуттю зв'язку з іншими, навіть у більш широких контекстах, зокрема в соціокультурному. Такі особи мають власну суб'єктну позицію, часто непохитну, здатні впливати на хід подій, оскільки у багатьох випадках є ініціаторами змін, готові очолювати їх перебіг.

Профіль з низькою адаптацією символізує дефіцити в емоційній, ціннісній та мотиваційній сферах. Його представники переважно невдоволені собою, схильні до самозвинувачення, мають мінливу самооцінку. Сумніви в собі зумовлюють нездатність до автономного прийняття рішень, адже вони постійно очікують на схвалення. Саме тому надають перевагу слідувати думкам та рішенням групи, навіть якщо не погоджуються з ними. Така поведінка пов'язана з емоційною дестабілізацією та низьким рівнем самоприйняття, залежністю від зовнішніх факторів, що зумовлює почуття безсилля перед обставинами та труднощами.

У групи АД- часті стани тривоги, пригнічення та дратівливості. В умовах змін та нововведень вони відчувають страх та обирають стратегію уникнення, закритості від нового. Це пов'язано з високим рівнем психоемоційного виснаження та несформованої стійкості до стресу, що зумовлюють втрату самовладання та дезорієнтацію в умовах життєвого чи соціального стресу. Профіль має складнощі в спілкуванні, побудові взаємовідносин та їх підтримці на засадах довіри та тепла.

Представники групи АД- надають перевагу сталості на протигагу розвитку, саме тому питання особистісного вдосконалення здебільшого закриті для них. Відсутність чи розмитість особистих сенсів впливають на зниження мотивації та небажання робити бодай щось для зміни свого стану.

Це ж, у свою чергу, розвиває почуття безсилля – особи даного профілю мають низьку суб'єктність, вважають себе безпомічними, що не можуть ніяк зарадити обставинам, з труднощами реалізують вплив на життєві події. А у зв'язку з дефіцитом екзистенційних сенсів особистісний застій формується паралельно фрустрації та ціннісному вакууму, що лише посилює замкнутість осіб з низькою адаптацією.

Дослідження особистісних чинників адаптації біженців до змін (Власова, 2023) також висвітлює, що показники свідомості життя, результативності та сенсу життя, а також сфокусованості на власному житті характеризують адаптивну особистість. Тоді як дезадаптаційні тенденції супроводжуються деконцентрацією уваги, переміщенням фокусу зі свого життя на зовнішні події, високою тривожністю та психічною напругою [29].

Таблиця 2.19

Розбіжність показника тривоги в групах із низьким та високим рівнем адаптації

Показник	Група	М	Станд. відхилення	Станд. середня помилка	t-критерій
ТБ	АД-	22,2941	11,96226	2,90127	4,263***
	АД+	8,4706	5,96990	1,44791	

Відмінність показника тривоги у групах з високим та низьким рівнем адаптації перебуває на рівні статистичної значущості $p < 0,001$ (табл. 2.19). Таким чином, група АД- має вище значення тривоги, що суттєво перевищує аналогічний показник групи АД+.

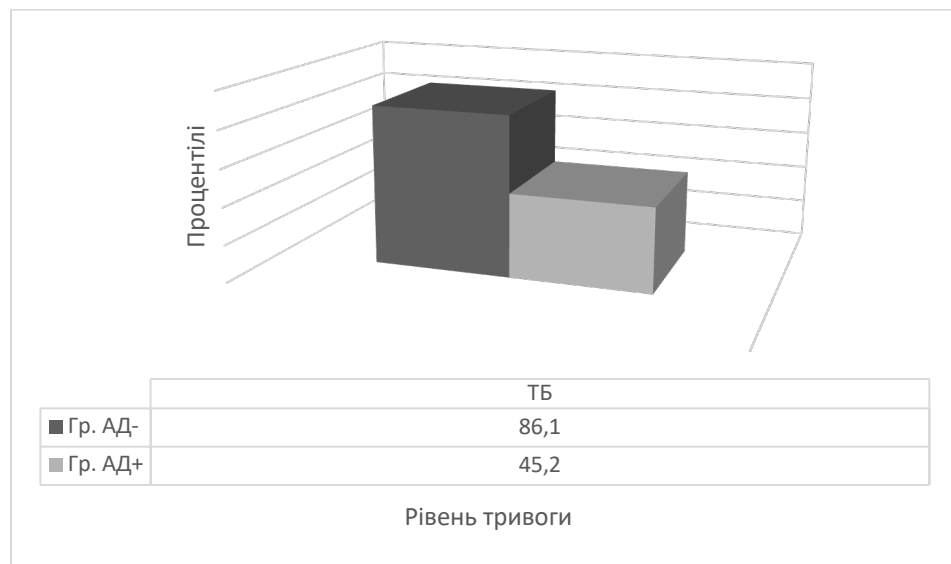


Рис. 2.7. Особливості тривоги залежно від рівня адаптації

Рівень тривоги є свого роду індикатором загальної пристосованості особистості. Із рисунку 2.7 бачимо, що група АД+ вміщає в себе емоційно стійких, здатних до самозаспокоєння осіб, які володіють вміннями трансформувати загрози шляхом раціонального переосмислення. Вони не мають звички катастрофізувати труднощі та можуть змінювати фокус уваги з проблеми на інші важливі життєві питання, в тому числі відпочинок та відновлення. Позитивний образ Я сприяє внутрішній системі підтримки за рахунок словесного підбадьорення, мотиваційного заохочення та винагороди. Адаптивні особи мають високий рівень внутрішнього контролю та гнучкі стратегії мислення, що дає можливість самостійно зменшувати ступінь тривожних переживань у стресових і нестабільних ситуаціях.

Натомість, у групи АД- сильно виражена тривога, що перевищує середню межу. Тому профіль з низькою адаптацією характеризується емоційною напругою та постійним очікуванням небезпеки, занепокоєнням, стурбованістю. Автоматичні негативні думки та в цілому песимістичне налаштування створюють стан емоційної та фізичної втоми, збудженості та нервовості. І це є наслідком нестійкості до стресу, слабкої саморегуляційної системи та підвищеної чутливості до зовнішніх стресогенних чинників. У осіб з низькою адаптацією можуть проявлятися соматичні ознаки – спазми м'язів,

збитий ритм дихання та серцебиття. У цілому, така підвищена тривожність пов'язана з відсутністю у представників профілю АД- достатніх ресурсів та навичок, які б гарантували емоційну регуляцію, стабілізацію та своєчасне відновлення. А, оскільки особи переживають воєнний стан та вимушене переселення, то ці події, як соціальні виклики, критичні зміни, що породжують невизначеність, можуть викликати сильну реакцію тривоги, що лише поглиблює дезадаптивність.

Подібний висновок подають у комплексному дослідженні ймовірності ПТСР серед українських біженців (Bilewicz, Babińska, & Gromova, 2024) : у частки мігрантів та внутрішніх переселенців виявлено високий рівень тривоги, агресії та гніву поруч з підвищеними показниками стресу та посттравматичного стресового розладу, що свідчить про дезадаптацію в новому соціальному середовищі [148]. Проте в іншій статті вказано, що такі реакції доцільно розглядати як психологічно адаптивні в контексті пережитих воєнних дій [150]. Також, у дослідженні І. Попович та колег, вказується, що тривога може операціоналізувати адаптивні процеси особистості [225]. Тобто надмірна тривога може нівелювати будь-які прояви конструктивного реагування.

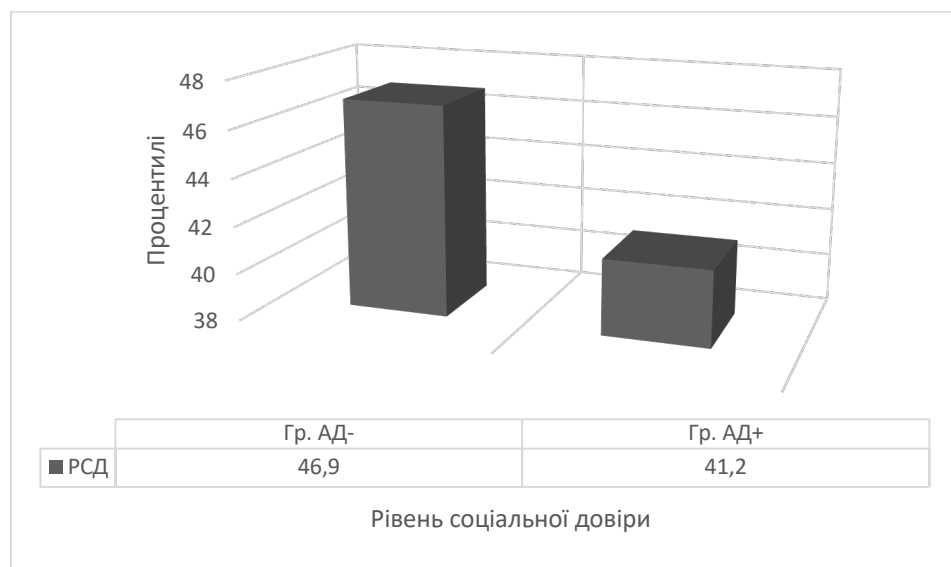


Рис. 2.8. Проявлення соціальної довіри залежно від рівня адаптації

Показник РСД не показав значущої статистичної відмінності у групі з високим та низьким рівнем адаптації. Як видно з рисунку 2.8, соціальна довіра в обох групах перебуває на середній межі. При цьому у групи АД- загальне значення перевищує показник у групі АД+.

Для профілю АД+ це позначає усвідомлену та стриману довіру, що є запорукою емоційного спокою, стійкості до соціального тиску та автономності поведінки. Представники профілю демонструють диференційовану довіру, що передбачає критичність, вибірковість та, у разі потреби, можливість захисту себе. Уважається, що такий рівень довіри виявляє зрілу форму соціального становлення і не є ознакою замкнутості.

Розглянемо варіанти, про що можуть свідчити дані профілю АД- : 1) його представникам властива компенсаторна довіра як стратегія виживання – вони не прагнуть зрозуміти ситуацію, тому покладаються на поверхневу довіру, що часто вважається наївністю чи залежною поведінкою. Насправді це компенсаторний механізм особистої безпорадності та соціальних страхів. Тобто у даному випадку довіра є зовнішньою, безпідставною у плані критичного осмислення; 2) ідеалізація оточення в силу заниженої самооцінки – в осіб з низькою адаптацією може проявлятися тенденція ідеалізувати своє оточення, надаючи йому тих характеристик, що надали б відчуття спокою та безпечності. Суміщаючись з негативним відношенням до себе, створення недійсного образу інших призводить до підвищеної соціальної довіри, що є свого роду емоційною проекцією; 3) захисний механізм для уникнення конфронтації – у такому випадку довіра виступає формою уникнення, коли людина, не бажаючи брати на себе відповідальність за власну оцінку та думку, щоб не вступати в суперечку чи не викликати невдоволення, довіряє усім навколо.

Таким чином, середній рівень соціальної довіри групи АД- характеризує представників з точки зору несформованості особистих меж, залежної поведінки та страхів, пов'язаних з соціальною відкритістю, взаємодією та усвідомленням реальності.

Висновки до другого розділу

1. Визначено та обґрунтовано комплекс із 64 індивідуально-особистісних параметри, що найбільш влучно розкривають особливості адаптації вимушено переміщених українців. До них увійшли показники соціально-психологічної адаптації, нервово-психічної адаптації, індивідуально-психологічні фактори, показники актуального стану, толерантності до невизначеності, психологічного благополуччя, тривоги та соціальної довіри.

2. У результаті кореляційного аналізу підтверджено, що соціально-психологічна та нервово-психічна адаптація тісно пов'язана з індивідуальними характеристиками, психофізичним станом, тривожністю, психологічним добробутом та толерантним ставленням до невизначених ситуацій. Виявлено, що толерантність до невизначеності, а саме показники прийняття, переваги, позитивного ставлення до складних та невизначених ситуацій, виступає значущим предиктором адаптаційної спроможності вимушено переміщених українців, сприяючи адекватному та ефективному подоланню стресових умов та кризових обставин. Встановлено, що здатність до адаптації тісно пов'язана з суб'єктивними самовідчуттями цілісності та усвідомленості щодо свого життя; психологічний та фізичний стан, емоційний комфорт є провідними чинниками підтримки оптимального рівня адаптації. Встановлено кореляційні зв'язки між низькими рівнями адаптивності та підвищеною тривогою та напруженням, психоемоційною вразливістю, негативним самосприйняттям та оцінкою себе, фізичним дискомфортом, незадовільним самопочуттям та негативним настроєм, труднощами соціальної інтеграції. Зафіксовано кореляцію між високими рівнями адаптації та емоційною стабільністю, позитивним ставленням до себе, спокоєм, соціальною активністю, орієнтацією на особистісний розвиток та досягнення власних цілей, психологічним благополуччям.

3. У результаті факторного аналізу виділено п'ять факторів, що інтегрують характеристики адаптивності та функціонального реагування в ситуаціях стресу та невизначеності: емоційна адаптивність, життєва свідомість та цілеспрямованість, гнучкість в невизначеності, соціальна впевненість, автономність поведінки. Встановлено, що емоційна адаптивність базується на емоційній регулятивності, самовладанні, інтернальності, прийнятті себе та інших, спокої, та є базовим ресурсом, що підтримує психологічну стійкість. Фактор життєвої свідомості та цілеспрямованості забезпечує екзистенційне орієнтування та передбачає чіткість у формулюванні цілей, усвідомленість особистих цінностей і пріоритетів, автономію та позитивне налаштування. Гнучкість у невизначеності враховує позитивне ставлення до невизначених і складних ситуацій, прийняття невизначеності, вибір гнучких умов, та слугує важливим чинником мобільності й ефективності реагування в багатозначності і нечіткості, дозволяючи знаходити можливості у кризових ситуаціях. Соціальна впевненість інтегрує характеристики прийняття себе та інших, гнучкості, внутрішнього контролю, емоційного комфорту та прагнення до контролю над оточенням, та є визначальною для здатності до конструктивної взаємодії, збереження особистої позиції при налагодженні взаємовідносин у новому соціальному колі. Автономність поведінки пов'язана з урівноваженістю та практичністю поведінки, соціальною відкритістю та здатністю приймати самостійні рішення, що забезпечує збереження ідентичності в інтеграційних процесах.

4. На основі компаративного аналізу виділено та описано психологічні профілі вимушено переміщених українців із низьким та високим рівнем адаптації. Профіль з високою адаптацією характеризується психологічною гнучкістю, стресостійкістю, емоційною стійкістю, екстраверсією, комунікативністю, швидкими процесами інтеграції в соціумі, автономністю, прагненням до самореалізації, емпатійністю, хорошими вербальними навичками, аналітичним мисленням, готовністю до конструктивної взаємодії, сміливістю, лідерськими якостями, активністю,

високим життєвим тонусом, фізичною ресурсністю, емоційною рівновагою, мобілізованістю, зосередженістю та готовністю до дій, відчуттям енергійності та фізичної сили, тілесним сприйняттям себе та саморегуляцією, стабільністю емоційного стану, адаптивністю в умовах багатозначності та нечіткості, сприйняттям невизначеності як можливості для зростання, організованістю мислення в стресових ситуаціях, впевненим та позитивним сприйняттям невизначеності, відкритістю до нового, допитливістю та зацікавленістю в змінах та нових ідеях, самостійністю, життєвою усвідомленістю, прагненням до особистісного зростання, внутрішньою збалансованістю, самореалізованістю, розумінням та прийняттям своїх сильних і слабких сторін, довірою до своїх переконань та пріоритетів, незалежністю до соціального схвалення, позитивним емоційним фоном, доброзичливими взаємовідносинами з оточенням, рефлексивністю, цілісністю та позитивністю образу Я, відчуттям сенсу життя, усвідомленням своїх цілей, екзистенційною зрілістю, здатністю до самозаспокоєння, високим рівнем внутрішнього контролю, гнучкістю стратегій мислення та поведінки, усвідомленістю та стриманістю в довірі, критичністю та вибірковістю у ставленні до інших.

5. Підтверджено, що профіль з низькою адаптацією характеризується емоційною вразливістю, дезорганізованістю, нервово-психічним напруженням, емоційною нестійкістю, імпульсивністю, замкнутістю, невпевненістю в собі, самозвинувачувальними тенденціями, обережністю, інтровертністю, недовірою до оточення, інтолерантністю до фрустрації, тривожністю, внутрішніми страхами, стурбованістю, дратівливістю, чутливістю до схвалення, емоційною напруженістю, психічною та фізичною виснаженістю, пасивністю, зниженою енергією, низьким тонусом, хронічною внутрішньою тривожністю, розосередженістю, надмірною кількістю негативних емоцій та переживань, дезадаптивністю в невизначених обставинах, сприйняттям невизначеності як загрози, страхом перед новим та змінами, уникненням у складних ситуаціях, відчуттями тривоги, напруги в умовах невизначеності, емоційним дисбалансом,

схильністю до фрустрації та необґрунтованих переживань, труднощами у взаємодії з собою та соціумом, втратою смислових життєвих орієнтирів, дефіцитами в емоційній, ціннісній та мотиваційній сферах, невдоволеністю собою, самозвинуваченням, конформністю, залежністю від думки оточення, відчуттям безпорадності та безсилля перед труднощами, пригніченістю, закритістю до нового, дезорієнтацією в стресі, труднощами в спілкуванні та побудові відносин, ригідністю мислення, небажанням до самовдосконалення, відсутністю особистих життєвих смислів, схильністю до катастрофізації, очікуваннями небезпеки, занепокоєністю, слабкістю саморегулятивної системи, чутливістю до зовнішніх стресогенних чинників, песимістичним налаштуванням, соматичними реакціями на стрес, довірливістю як захисного механізму чи ідеалізації оточення.

Результати досліджень даного розділу наведено в таких публікаціях : [5; 6; 7].

У другому розділі здійснені посилання на літературні джерела, що знаходяться у списку використаних джерел під номерами : [16; 19; 25; 29; 37; 50; 51; 52; 53; 71; 76; 83; 98; 101; 115; 117; 118; 123; 137; 138; 139; 140; 141; 142; 144; 146; 148; 149; 150; 151; 157; 158; 166; 172; 181; 188; 189; 193; 204; 208; 213; 215; 221; 224; 225; 226; 234; 242; 244; 245; 250; 256].

РОЗДІЛ 3. КОНЦЕПЦІЯ РОЗРОБКИ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОГРАМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В АДАПТАЦІЇ ВИМУШЕНО ПЕРЕМІЩЕНИМ УКРАЇНЦЯМ

3.1. Аналіз міжнародного досвіду впровадження психологічної допомоги вимушено переміщеним особам

На основі аналізу літературних джерел та практичного досвіду, було розглянуто низку психологічних інтервенцій, які використовувалися іншими дослідниками і практичними психологами для допомоги біженцям та травмованим війною людям. Серед найбільш поширених підходів, на які спирається сучасна психологічна допомога переселенцям, виділяються: когнітивно-поведінкові терапевтичні методи, методики майндфулнес (усвідомленості), різноманітні техніки релаксації, а також тренінги розвитку резильєнтності (стресостійкості). Нижче подано огляд цих напрямів з прикладами програм та результатів, на які є посилання у дослідженні.

Когнітивно-поведінкові втручання (КПТ) (D. Hensel-Dittmann, M. Schauer, M. Ruf, C. Catani, S. Egan, J. López-López, J. Carpenter, P. Resick, J. Wachen, K. Dondanville, А. Бек). Підхід давно зарекомендував себе як ефективний при подоланні наслідків психотравми і хронічного стресу. Для роботи з біженцями часто адаптують протоколи КПТ з акцентом на травму (так звані *trauma-focused* терапія). Наприклад, у роботі з жертвами воєнного насильства застосовуються такі техніки, як когнітивне переструктурування (виявлення і корекція дисфункційних думок типу «я в небезпеці всюди»), експозиція в уяві (поступове опрацювання травматичних спогадів під контролем терапевта), навчання навичкам подолання стресу. У дослідженнях повідомляється, що поєднання цих методів здатне значно знизити інтенсивність ПТСР-симптоматики, тривоги та депресії у біженців. Зокрема, метааналізи втручань показують зменшення нав'язливих спогадів, нічних кошмарів і рівня загального дистресу після курсу КПТ, а також покращення

адаптивних переконань (люди починають більш оптимістично сприймати майбутнє) [153; 184].

Практики КПТ для переселенців можуть набувати форми як індивідуальної терапії, так і групових занять. Наприклад, канадська дослідниця Патриція Ресік адаптувала методику когнітивної обробки травми (СРТ) для українських біженців у Польщі: протягом 12 сесій групового формату учасники навчалися розпізнавати зв'язок між пережитими подіями, думками і емоціями, працювали над зміною почуття провини та безпорадності [229].

Інший приклад – наративна експозиційна терапія (НЕТ) (E. Mishler, P. Onyut, A. Draper, J. Shakeri, D. Drake), розроблена спеціально для біженців: у її межах клієнт за підтримки терапевта відтворює послідовний «наратив» свого життя, вплітаючи травматичні епізоди у загальний контекст біографії, що допомагає структурувати спогади і зменшити їхню травматичну силу. В Україні у воєнний час також впроваджуються елементи КПТ: фахівці-волонтери застосовують техніки поведінкової активації (заохочення до поступового повернення у звичну активність, хобі) для боротьби з апатією у переселенців, тренують навички самоконтролю над тривожними реакціями (наприклад, метод «заземлення» при панічній атаці) [167; 168; 184; 218].

Організації на зразок Міжнародного товариства з вивчення травматичного стресу (ISTSS) безкоштовно поширюють керівництва, як впроваджувати сучасні КПТ-підходи при роботі з травмою, що дуже актуально для українських спеціалістів, які допомагають біженцям. Отже, когнітивно-поведінкові методи є науково обґрунтованими і активно використовуються в усьому світі як фундамент психологічної допомоги людям, котрі пережили війну і вимушене переселення [221].

Практики усвідомленості, запозичені з медитативних технік, останніми роками набувають популярності як інструмент саморегуляції при стресі і тривозі. Суть майндфулнес – навчитися зосереджувати увагу на теперішньому моменті, приймаючи свої думки і почуття без осуду. Для людей, які пережили

травму, майндфулнес може бути корисним доповненням : воно не вимагає вербалізації важких спогадів, але вчить керувати реакціями на них. У контексті українських біженців впроваджуються як офлайн, так і цифрові майндфулнес-програми [178; 237].

Показовим є запуск у 2022 році спеціальної ініціативи Mindfulness-SOS for Ukrainians – безкоштовного онлайн-ресурсу з аудіомедитаціями українською мовою, призначеного для вимушено переміщених осіб. Ця програма допомагає знайти внутрішній спокій, знизити рівень тривожності через практики дихання та тілесного сканування («body scan») і доступна широкому загалу через інтернет. Дослідження свідчать, що навіть відносно короткі курси майндфулнес-занять можуть покращувати настрій і загальне самопочуття переселенців. Зокрема, люди, які регулярно виконують вправи усвідомленості, менше «застрягають» у негативних думках і краще контролюють увагу, що знижує рівень тривоги та депресивності. Одне з пошукувань показало ефективність програми люблячої доброти (Loving-Kindness Meditation) для підвищення благополуччя українських біженців : після навчання медитації, зосередженої на розвитку співчуття до себе та інших, учасники відзначали зростання відчуття безпеки і підтримки, а їхні показники психологічного благополуччя (за опитувальниками) покращилися [16].

У практичній роботі з переселенцями майндфулнес-техніки можуть включатися як частина ширших програм : наприклад, на початку кожної групової сесії робиться коротка вправа на дихання чи концентрацію, щоб стабілізувати емоційний стан учасників. Міністерство охорони здоров'я України та провідні психологічні асоціації рекомендують спеціалістам опановувати методики усвідомленості як інструмент самодопомоги і допомоги клієнтам, підкреслюючи їхню доказову базу в контексті стресознижувального ефекту. Таким чином, майндфулнес-програми зайняли помітне місце серед підходів психосоціальної підтримки переселенців, доповнюючи традиційні терапевтичні методи [188; 189; 212].

Різнноманітні методи релаксації традиційно входять до арсеналу роботи з постраждалими від стресу. До них належать дихальні вправи (глибоке діафрагмальне дихання, дихання по квадрату), прогресивна м'язова релаксація за Джекобсоном (послідовне напруження і розслаблення груп м'язів), аутогенне тренування (самонавіювання формул спокою), медитація та інші [251].

У сучасних умовах ці методи активно застосовуються як у терапевтичних, так і у форматі самодопомоги. Наукові дані підтверджують, що регулярне використання релаксаційних технік не тільки знижує рівень психологічного стресу, але й покращує емоційну саморегуляцію та фізичне здоров'я. Зокрема, зазначається позитивний вплив майндфулнес-медитації, дихальних вправ, прогресивної м'язової релаксації, ароматерапії та йоги на зменшення тривожності, нормалізацію сну і підвищення загального рівня енергії переселенців [16; 239].

Багато біженців страждають на психосоматичні прояви стресу – головні болі, м'язову напругу, прискорене серцебиття. Навчання простим методам розслаблення допомагає їм самотужки справлятися з такими симптомами. У практиці є приклади успішної реалізації короткотермінових релаксаційних тренінгів: так, у центрах для переселенців проводять сеанси дихальної гімнастики (на 15–20 хвилин щодня), які вже за два тижні приводять до статистично значущого зниження показників тривожності та суб'єктивного стресу за шкалами оцінки [251].

Деякі організації впроваджують інноваційні підходи – наприклад, арт-релаксацію (поєднання творчих вправ з елементами релаксації, такими як малювання мандали у спокійній атмосфері, прослуховування тихої музики) [126; 175; 186; 191]. Важливо, що релаксаційні техніки легко інтегруються з іншими формами допомоги: їх можна практикувати і в індивідуальній терапії (закінчувати сеанс розслабленням, щоб клієнт пішов спокійним), і в групових заняттях (як «енергетичну паузу»), і в онлайн-режимі (поширюючи аудіозаписи з інструкціями).

Резильєнтність визначається як здатність особистості успішно пристосовуватися до життєвих негараздів, відновлюватися після стресу і навіть зміцнювати свої внутрішні ресурси внаслідок пережитих труднощів. Вважається, що у ситуації війни і вимушеної міграції резильєнтність є ключовим чинником, який допомагає людям не втратити життєздатність. Тому чимало програм психологічної допомоги спрямовані на розвиток саме стійкості до стресу у переселенців. У світовій практиці відомі структуровані тренінги резильєнтності [147; 151; 152; 171; 198].

Один з прикладів – програма «10 Keys to Resilience» (10 ключів до резильєнтності), розроблена італійськими фахівцями на чолі з П. Паолетті. Ця програма була адаптована для українських сімей, що втекли від війни до Італії, і апробована влітку 2022 року: протягом 6 тижнів українські батьки відвідували навчально-практичні заняття, де їх навчали технікам подолання стресу, позитивного мислення, відновлення ресурсного стану через тілесні практики. Одним із теоретичних підґрунть програми стала модель «Сфера свідомості» (Sphere Model of Consciousness), що поєднує нейропсихологічні та педагогічні підходи для підвищення стійкості та усвідомленості. Результати впровадження цих занять виявилися обнадійливими: учасники засвоїли конкретні стратегії долаття (ведення щоденника позитивних подій, техніки релаксації), а також відзначили покращення свого емоційного стану та здатності опікуватися дітьми в умовах стресу [219].

Інший напрям – тренінги особистісного зростання для молоді-переселенців, які проводять українські психологи за підтримки міжнародних організацій. Наприклад, за даними UNICEF, в декількох західних областях України реалізовано програму груп взаємопідтримки для підлітків ВПО, де через ігри, обговорення та творчі проєкти зміцнювалась їхня самооцінка, навички спілкування та оптимізм щодо майбутнього [105].

Літературні джерела також підкреслюють важливість комплексних підходів: резильєнтність варто розвивати через освіту, спільну роботу і психотерапію одночасно [152]. Наприклад, інтеграція психологічних знань у

освітні програми для переселенців (тренінги з вирішення конфліктів, фінансової грамотності, планування кар'єри) також сприяє підвищенню їхньої впевненості у майбутньому і стресостійкості. Необхідно зазначити, що такі тренінги покликані не заперечувати чи применшувати травматичний досвід, а навпаки – допомогти людям знайти сенс і сили жити далі, перетворюючи складні події на поштовх для зростання. Це відображає концепцію посттравматичного зростання, яка стає все більш релевантною. Таким чином, резильєнтні тренінги становлять окремий пласт програм допомоги, які доповнюють безпосередню терапію і фокусуються на довготривалому підвищенні психологічної спроможності людини долати майбутні негаразди [207].

Окрім зазначених напрямів, у літературі описано й інші форми психосоціальної підтримки біженців, на які звертається увага: це групи підтримки та взаємодопомоги, психоедукаційні програми (інформування про нормальні реакції на стрес, навчання технік самодопомоги), творчі та арт-терапевтичні проєкти (зокрема, фототерапія для документування історій біженців, яка допомагає переосмислити досвід) [84; 106; 125]. Наприклад, етнографічні дослідження підкреслюють, що для біженців важливо отримувати соціальну підтримку від спільноти, залучатися до спільних активностей – це само по собі лікує, оскільки зменшує ізоляцію і відчуття покинутості. Також практика показує ефективність мультидисциплінарних підходів: коли психологічні втручання поєднуються з матеріальною допомогою, вирішенням побутових проблем, забезпеченням безпеки, то і психіка людини відновлюється швидше [54].

Таким чином, інші дослідники та фахівці напрацювали широкий спектр програм допомоги українським переселенцям – від суто терапевтичних (КПТ, майндфулнес) до освітньо-розвивальних (тренінги резильєнтності). Усі вони стали корисними орієнтирами при створенні власної програми: було враховано успішний досвід, наукові докази ефективності тих чи інших методів, культурні особливості українців. Аналіз досвіду міжнародних

практиків дає хороше теоретичне та емпіричне підґрунтя для розробки програми, спрямованої на допомогу переміщеним особам у адаптації до нових умов життя та підтримки психологічного благоустрою у стресових умовах.

3.2. Методологія та принципи розробки програми

Спираючись на результати власного дослідження та аналіз сучасних підходів психологічної допомоги, розроблено власну тренінгову програму психологічної допомоги, спеціально адаптовану для українських біженців та внутрішньо переміщених осіб. Цю програму сформовано на основі практичного досвіду роботи з клієнтами, враховуючи їхні типові запити і потреби. У ній інтегровано техніки та інструменти інтервенції з методів, що показали свою ефективність на міжнародному рівні. Нижче надаємо опис структури та змісту програми, її цільових завдань, обґрунтування вибору саме такої моделі допомоги, а також особливостей адаптації до контексту переміщення українського населення.

Насамперед розробка програми виходить з дослідження особливостей соціально-психологічної та нервово-психічної адаптації українських біженців, у результаті якого було встановлено певні тенденції в самопочутті та поведінці, спрямованій на входження в маловідоме середовище. Так, середній або низький рівень зафіксований за інтегрованими показниками : адаптації у 37,5%, сампосприйняття у 31,5%, прийняття інших у 32%, емоційної комфортності у 35,5%, інтернальності у 29,5 % учасників опитування.

Також результати вказують на певні характерологічні особливості українських мігрантів. Зокрема, для 66% опитаних є властивою замкнутість, для 48,5% – емоційна нестабільність, для 47,5% – стриманість, для 49,5% – боязкість, для 39,5% – труднощі самоконтролю. Високий рівень тривоги виявлено у 60%, напруженості у 58,5% мігрантів.

Приблизно третині опитуваних актуальний стан психофізіологічного виснаження, дефіциту енергійності та витривалості, виражені прояви втоми,

слабкості, тривоги, фізичного дискомфорту, емоційної притупленості та зниженої реактивності. 63% живуть з відчуттям втрати життєвих орієнтирів, п'ята частина вибірки не вбачає сенсу в плануванні майбутнього та втратила відчуття осмисленості свого життя. Щодо міжособистісних труднощів, також спостерігаємо тенденції до втрати довірливих зв'язків з близьким оточенням у половини опитаних.

Окрім цього, попереднє опитування біженців на предмет психологічних запитів щодо допомоги концентрує увагу на спектрі труднощів, а саме : відсутність сил та психологічних ресурсів, втрата внутрішньої опори, дезорієнтація у новому оточенні та нерозуміння, куди рухатися далі. Чимало біженців повідомили, що часто роздумують та вагаються, чи варто їм залишатися у новому місці (країні, місті) проживання, а чи повернутися до рідного дому.

Таким чином, психодіагностичний аналіз та попереднє опитування вибірки дає змогу виокремити групу осіб, що потребує психологічної допомоги та підтримки, зорієнтувавши інтервенцію на конкретні запити українських мігрантів.

Для розробки програми здійснено ретельний аналіз та відібрано згідно з актуальними запитами та результатами психодіагностики інструменти психологічного впливу та допомоги з різних підходів психотерапії, що показали свою ефективність у роботі з біженцями, посттравматичними стресовими симптомами, тривогою, відчуттями безпорадності, дезорієнтації тощо.

У першу чергу, це засоби когнітивно-поведінкового підходу (Beck, Freeman & Davis, 2004; Ehlers et al., 2005; Beck, 2005; Seidler, 2006; Cloitre, 2009; Вестбрук, Кеннерлі & Кірк, 2014; Craske et al., 2017; Бенъ, 2018; Пушко, 2020; Грішин, 2021; Лущик & Іванова, 2024). У програмі ми застосовуємо техніки когнітивної реструктуризації, спрямовані на усвідомлення та безпосередню зміну поведінкових актів, а також працюємо зі стратегіями,

модифікуючи неадаптивні під більш сприятливі та успішні [21; 31; 43; 81; 108; 159; 238].

Провідне місце у структуризації занять та обсягу інтервенції відіграли принципи методу вирішення проблем (Dawson et al., 2015; Rose-Clarke et al., 2020; Coleman et al., 2021). Організація процесу психологічної допомоги за стратегією даного методу, окрім спрямованості на основну мету інтервенції, сприяє зменшенню інтенсивності проблем, які учасники сприймають за джерела власного неспокою [33; 34; 58; 161; 163; 228; 232].

Застосовано техніки майндфулнес-методу (Kabat-Zinn, 1994; Keng, Smoski & Robins, 2011; Meyer et al., 2019; De Couck et al., 2019; Nassi et al., 2021; Cao et al., 2022; Fincham et al., 2023; Щербина, 2024; Hart, 2024; Василенко, Омельченко & Корнєва, 2024). Це насамперед медитативні та вправи для регуляції дихання [29; 133; 155; 164; 173; 183; 192; 195; 211; 214; 227].

З інструментарію інтерперсонального підходу (Sullivan, 2006; Rafaeli & Markowitz, 2011; Markowitz, 2016; Мушкевич, 2017; Bleiberg & Markowitz, 2019; Salman et al., 2020; Schrader & Ross, 2021) доєднано вправи на рольову взаємодію. На його основі сформоване заняття, спрямоване на зміцнення соціальної взаємодії та підтримки [89; 135; 150; 206; 227; 236; 249].

Також у програмі поєднані техніки тілесно-орієнтованого (Rothschild, 2000; Ogden, Minton & Pain, 2006; Röhrich, 2009; Терлецька, 2013; Гопкало, 2020; Kuhfuß et al., 2021) та позитивного (Parrusa, 2013; Карпенко, 2015; Коваленко, 2023; Сердюк, 2024) підходів. Перший дозволяє залучити тілесний аспект реагування, повернути відчуття власного тіла та через рух і фізичні вправи вивільнити напруження [40; 121; 197; 217; 231; 233]. Використання другого підходу зосереджуємо на техніках, що допомагають учасникам побачити ситуацію труднощів з різних сторін, а також спланувати майбутнє у позитивному руслі, з віднайденням шляхів особистого зростання та руху вперед [62; 67; 116; 220].

Основна мета програми – покращення психологічного стану та адаптаційних можливостей українських біженців. Вона реалізується шляхом надання комплексної психологічної підтримки мігрантам у груповому та індивідуальному форматах. Програма має сприяти зниженню рівня тривоги, депресивності і стресу в учасників, підвищенню їхньої стресостійкості, розвитку навичок самодопомоги, поліпшенню соціальної інтеграції та відновленню почуття контролю над власним життям.

Відповідно до описаної вище мети, програма засновується на методах та інструментарії, що вирішує спектр завдань :

- 1) Нормалізація стану учасників шляхом розширення кола знань щодо природи людських психологічних реакцій на стресові та травмогенні обставини;
- 2) Навчання практичним навичкам регуляції в стресі;
- 3) Формування адаптивного мислення шляхом усвідомленої взаємодії з внутрішніми установками та травматичними спогадами;
- 4) Активізація та посилення соціальної підтримки;
- 5) Мобілізація внутрішніх особистісних ресурсів (самооцінки, резильєнтності, довіри, віри у майбутнє).

Таким чином, розроблена програма зосереджується на зміцненні суб'єктності українських мігрантів. Це реалізується не лише через шляхи зменшення симптомів стресу та виснаження, а й завдяки активізації внутрішнього ресурсу біженців, формуванню стратегії самостійного та конструктивного вирішення власних життєвих труднощів, відновленню соціальних зв'язків та саморегуляції в стресі.

За структурною побудовою програма опирається на метод управління проблемами плюс (УП+), розроблений Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), що являє собою програму інтервенції низької інтенсивності. Це індивідуальна та групова психологічна допомога для дорослих у стані дистресу, що перебувають під впливом несприятливих обставин [33; 34].

Вибір семизаняттєвої структури програми обґрунтовується рекомендаціями ВООЗ та результатами емпіричних розвідок щодо ефективності короткотривалої психологічної допомоги (Dawson et al., 2015; Sijbrandij et al., 2015; Rahman et al., 2016) [163; 228; 241]. Такий об'єм занять є достатнім для того, щоб сформувати базові навички самодопомоги, при цьому не перевантажуючи учасників. Також таким обсягом зустрічей ми виключаємо можливість надмірного розтягування процесу підтримки, оскільки у кризових обставинах людина потребує нагальної та повсякчасної допомоги.

Попри наявний діагностичний сектор програми, даний підхід до надання психологічної допомоги не має цілі стигматизації за конкретними параметрами, окрім як ключового критерія відбору учасників – вимушеного переміщення чи міграції. Навіть за таких умов програма може вважатися універсальною для роботи із запитами про управління власними психологічними та соціальними труднощами (наприклад, стрес, страх, відчуття сорому чи безнадії, конфлікти у сім'ї тощо).

Фактично, програма має дві складові: груповий тренінг (як основний формат) та індивідуальні консультації (як допоміжний компонент для складних випадків). Такий вибір зумовлений тим, що групова робота є ефективною для більшості переселенців – вона дає відчуття «я не один із своєю бідною», дозволяє відпрацювати навички у спілкуванні з однолітками, є економічно доцільною (охоплює відразу кількох осіб одним спеціалістом). Водночас деякі учасники з тяжкими травмами (наприклад, свідки загибелі близьких, жертви насильства) потребують додаткової індивідуальної терапії, тому програмою передбачається скерування їх до психотерапевта або проведення індивідуальних сесій в межах проєкту [221].

Запропонована програма складається з серії взаємопов'язаних тренінгових занять, розроблених як єдиний курс. Базовий варіант включає одне діагностичне та 6 основних занять, які проводяться щотижня (тривалістю приблизно 2 години) (табл. 3.1). За потреби програма може бути розширена до 8–10 занять, вводячи додаткові теми чи забезпечуючи повільніший темп для

вразливих груп. Кожне заняття має чітку структуру (привітання та розминка, основна частина із вправами, рефлексія та обговорення, призначення домашнього завдання, завершення) та визначені цілі.

Таблиця 3.1

Модель програми психологічної підтримки

Назва фази	Спрямування	Способи реалізації
ФАЗА І		
Діагностика та підготовка (заняття 1)	Оцінка рівня адаптації, тривоги, толерантності до невизначеності, психологічного благополуччя, самопочуття, індивідуально-психологічних якостей;	Психодіагностичний інструментарій*;
ФАЗА ІІ		
Цілеспрямована інтервенція (заняття 2-6)	Психоедукація; Розвиток навичок стрес-менеджменту; Формування навичок конструктивного та структурованого вирішення життєвих труднощів; Ідентифікація та залучення каналів соціальної підтримки;	Бесіда; Дихальні техніки; Групове тематичне обговорення; М'язова релаксація; Вправи на усвідомлене сприйняття себе та власних викликів; Рольова гра; Медитативні техніки;
ФАЗА ІІІ		
Підведення підсумків та оцінка ефективності (заняття 7)	Повторна діагностика; Аналіз досягнутих результатів; Закріплення навичок; Формування позитивного бачення майбутнього та планування подальших кроків;	Психодіагностичний інструментарій*; Вправи на самоаналіз та саморелексію.

Примітка : * – список рекомендованих психодіагностичних методик подано нижче, у межах методології оцінки ефективності програми.

Методологія оцінки ефективності програми. Для перевірки результативності впровадженої програми використовується поєднання

кількісних психодіагностичних методик та якісних дослідницьких підходів (групується кількісний і якісний аналіз – mixed methods дизайн).

Психодіагностичні методики добирались з урахуванням цільових показників, на зміну яких спрямована програма : рівень тривоги, суб'єктивне благополуччя, адаптивні можливості, особистісні риси, що впливають на стресостійкість тощо. Вимірювання проводяться до початку програми (пре-тест), після завершення (пост-тест), а також, за можливості, через певний час у форматі фолов-ап (наприклад, через 6 місяців) для оцінки стійкості ефектів. До набору інструментів входять такі перевірені методики :

1. Опитувальник соціально-психологічної адаптації (СПА) Роджерса і Даймонда. Вимірює інтегральну адаптованість, прийняття себе та інших, емоційний комфорт, локус контролю і прагнення до домінування. У контексті переселення тест демонструє, наскільки людина відчуває себе включеною в нове середовище; підвищення індексу адаптованості після програми засвідчуватиме ефективність групової роботи й набутих соціальних навичок.

2. Шкала тривоги (А. Бек). 21 пункт, орієнтований на соматичні й когнітивні прояви тривожності : серцебиття, тремор, напади паніки, нав'язливі думки. Зниження балів підтвердить зменшення фізіологічної напруги та відновлення відчуття безпеки.

3. Опитувальник визначення актуального стану (К. Шрайнер). Модифікована версія тесту «Самопочуття – Активність – Настрій» оцінює п'ять параметрів функціонального стану «тут і тепер». Використовується на початку й наприкінці кожного етапу програми як чутливий маркер негайних змін : очікується зростання тонуусу й емоційного піднесення та спад тривоги вже після кількох тренінгових сесій.

4. Методика нервово-психічної адаптації (НПА). Скринінговий інструмент для виявлення рівня стресостійкості й ризику нервово-психічних зривів. Особи з низькою НПА, як правило, гірше переносять хронічну напругу та частіше потребують індивідуальної підтримки; підвищення показника після програми свідчитиме про зміцнення ресурсів саморегуляції.

5. 16-факторний особистісний опитувальник Р. Кеттелла (16PF). Дозволяє оцінити шістнадцять базових рис характеру, серед яких емоційна стабільність, домінантність, соціальна сміливість, радикалізм міркувань тощо. Для вибірки біженців опитувальник дає змогу виявити особистісні ресурси й уразливості, які модулюють успіх адаптації після втручання; зіставлення профілів до й після програми показує, які риси сприяють кращому відновленню (наприклад, високий самоконтроль і низька тривожність).

6. Шкала психологічного благополуччя К. Ріфф. Оцінює шість евдимонічних вимірів : автономність, контроль над середовищем, особистісне зростання, позитивні взаємини, наявність життєвої мети та самоприйняття. Під час пре- та пост-тестування очікується приріст насамперед за шкалами «особистісне зростання», «мета в житті» й «позитивні стосунки», що відбиватиме відновлення смисложиттєвих орієнтацій і соціальної підтримки.

7. Шкала толерантності до невизначеності (MSTAT-I). Двадцять два твердження, які діагностують ставлення до непередбачуваності, двозначності й складних задач. Низька толерантність до невизначеності у біженців асоціюється з ригідністю та високою тривогою; розвиток когнітивної гнучкості в межах програми має підвищити цей показник, полегшуючи прийняття рішень у мінливих обставинах.

Разом ці методики створюють багатовимірний діагностичний комплекс, що дає змогу детально описати особистісний і психоемоційний профіль кожного учасника; простежити динаміку ключових показників від старту до завершення програми; емпірично підтвердити ефективність інтервенцій, корелюючи зміни за шкалами з поведінковими й соціальними результатами адаптації.

Окрім перелічених кількісних методик, оцінювання ефективності включає якісні методи. По завершенні програми рекомендуємо організувати фокус-групи з учасниками, під час яких вони зможуть обговорити свій досвід участі, найбільш корисні елементи тренінгів, а також надати зворотний зв'язок щодо того, що можна покращити. Фокус-групове обговорення (за згодою

учасників) записується і піддається контент-аналізу для виділення спільних тем: наприклад, учасники можуть відзначати підвищення впевненості, покращення сну, нові дружні контакти як результати програми. Також проводяться напівструктуровані інтерв'ю з декількома учасниками та тренерами, щоб глибше зрозуміти якісні зміни, які не завжди фіксуються тестами (наприклад, зміна світогляду, поява нових смислів, історії успіху окремих сімей). Залучення якісних методів відповідає рекомендаціям щодо оцінки психосоціальних інтервенцій, оскільки дозволяє врахувати суб'єктивний вимір впливу програми і забезпечує більш цілісну оцінку її ефективності.

Програма розроблена і допускає впровадження лише з суворим дотриманням етичних норм, особливо зважаючи на вразливість цільової аудиторії – людей, що пережили травму війни. Перед початком участі кожен потенційний учасник отримує повну інформацію про мету і формат програми, гарантії конфіденційності та добровільність участі, після чого надає інформовану згоду.

У роботі діє принцип «не нашкодь»: вправи та обговорення сплановані так, щоб уникнути ретравматизації (наприклад, учасників не змушують детально розповідати про найгірші моменти пережитого, особиста травматична історія виголошується лише за бажанням і в безпечному руслі).

Якщо під час сесії в когось проявляється гостра емоційна реакція (панічна атака, флешбек), тренер зупиняє групову роботу і застосовує техніки стабілізації (дихання, grounding), за потреби приділяє цій особі індивідуальну увагу і за згодою учасників залучає ко-тренера чи волонтера для підтримки. Гарантується конфіденційність: усе, чим діляться учасники в групі, не виходить за її межі; дані дослідження (анкети, результати тестів, записи інтерв'ю) шифруються та використовуються виключно в узагальненому вигляді.

Особлива увага приділяється чутливому і шанобливому ставленню до культурних, релігійних та індивідуальних особливостей біженців. Тренери

проходять інструктаж щодо міжкультурної компетентності, усвідомлення можливих упереджень.

Принцип рівності та недискримінації : усі учасники, незалежно від етнічного походження, гендеру, віку, віросповідання чи будь-яких інших характеристик, отримують однаково уважне і турботливе ставлення. Програма націлена на підсилення автономності учасників : допомога надається у формі партнерства, без патерналізму; біженців розглядають не як пасивних жертв, а як людей з потенціалом до відновлення, які за допомоги можуть активізувати власні ресурси.

Етичні засади також включають професійні межі : тренери не виходять за рамки своєї компетенції, дотримуються ролі фасилітатора, уникаючи нав'язування власних політичних або релігійних поглядів. У випадку, якщо в процесі роботи виявляється, що комусь з учасників потрібна додаткова психологічна чи психіатрична допомога (наприклад, важка депресія, суїцидальні думки, ПТСР у гострій формі), тренери етично скеровують цю особу до відповідних спеціалістів (психотерапевтів, лікарів) або організацій, здатних надати індивідуальну допомогу, і сприяють цьому переходу, зберігаючи підтримку та не осуджуючи.

Усі матеріали і вправи програми відповідають принципу клієнтоцентрованості та поваги до гідності учасників. Також дотримано етичні норми проведення дослідження ефективності : отримано дозвіл етичної комісії наукової установи, учасникам гарантовано право вийти з дослідження на будь-якому етапі. Таким чином, етичні принципи пронизують усі аспекти програми – від дизайну занять до способу спілкування з учасниками – що створює основу довіри і безпеки, без яких неможливе досягнення позитивного результату.

3.3. Структура та зміст програми психологічної допомоги в адаптації вимушено переміщеним українцям

Нижче подано детальний опис кожного базового заняття програми з окресленням його мети, змісту, методів роботи, практичних вправ і домашніх завдань. У таблиці 3.2 та подальшій дескрипції присвячено увагу структурі шести занять, з виключенням першого, котре передбачає суто діагностичний характер зустрічі, після якої, залежно від отриманих даних та відповідей українських мігрантів, формується група.

Таблиця 3.2

Зміст програми психологічної допомоги мігрантам

Заняття 1: Встановлення безпечного простору та знайомство	
1	2
Мета	Створення безпечної та довірливої атмосфери в групі;
Зміст	1. Обговорення правил: вправа «Колективне створення безпечного простору»; 2. Знайомство; 3. Обговорення очікувань; 4. Психоедукація «Реакції в стресі»; 5. Дихальні вправи; 6. Домашнє завдання;
Тривалість	90 хвилин.
Заняття 2: Стрес та способи самовладання	
Мета	Розвиток навичок подолання стресу;
Зміст	1. Обговорення домашнього завдання; 2. Психоедукація «Фізіологія стресу»; 3. Вправи для саморегуляції: «Земля-повітря-вода», «5 предметів»; 4. Групове обговорення «Мій ресурс у важкій ситуації»; 5. Вправи глибокого діафрагмального дихання; 6. Прогресивна м'язова релаксація / візуалізація «Спокійне місце»; 7. Домашнє завдання;
Тривалість	120 хвилин.
Заняття 3: Робота з думками і переконаннями	
Мета	Розвиток навичок виявлення та модифікації автоматичних думок, що спричиняють тривогу;

Продовження Табл. 3.2

Зміст	1. Обговорення домашнього завдання; 2. Психоедукація «Моделі взаємозв'язку думок»; 3. Вправа «Виклик негативній думці»; 4. Групове обговорення вправи; 5. Майндфулнес-вправа дистанціювання від негативних думок; 6. Домашнє завдання;
Тривалість	120 хвилин.
Заняття 4: Регуляція емоцій та майндфулнес-практики	
Мета	Розвиток навичок розуміння та прийняття власних емоцій, самозаспокоєння при переживанні сильних почуттів;
Зміст	1. Обговорення домашнього завдання; 2. Бесіда про емоційні реакції на травму; 3. Вправа на розпізнавання емоцій; 4. Техніка «помічати і називати»; 5. Майндфулнес медитація; 6. Вправа «Струшування стресу»; 7. Групове обговорення вражень після вправ; 8. Домашнє завдання;
Тривалість	120 хвилин.
Заняття 5: Соціальна підтримка і відносини	
Мета	Актуалізація ресурсів соціальної підтримки;
Зміст	1. Обговорення домашнього завдання; 2. Бесіда про ефективне міжособистісне спілкування; 3. Вправа «Моє коло підтримки»; 4. Рольова гра (труднощі спілкування мігрантів); 5. Зворотній зв'язок від психолога та групове обговорення вправи; 6. Домашнє завдання;
Тривалість	120 хвилин.
Заняття 6: Підбиття підсумків, ресурсність та майбутнє	
Мета	Закріплення набутих навичок та формування позитивного бачення майбутнього;
Зміст	1. Обговорення домашнього завдання; 2. Рефлексія: заповнення анкети самопочуття; 3. Групове обговорення досягнень та усвідомлень; 4. Вправа «Лист у майбутнє»; 5. Вправа «Дерево ресурсів»; 6. Ритуал прощання; 7. Рекомендації щодо самодопомоги та підтримки себе у майбутньому.
Тривалість	120 хвилин.

Заняття 1: Встановлення безпечного простору та знайомство

Мета: формування довіри в групі, знайомство учасників, усвідомлення спільного досвіду втрат і викликів, створення відчуття психологічної безпеки.

Методи: групова дискусія, елементи групової динаміки (встановлення правил, обговорення очікувань), техніки активного слухання.

Структура: тренер представляє програму та правила роботи (конфіденційність, взаємна повага, добровільність участі), проводить вправу на знайомство; учасники діляться (за бажанням) загальною інформацією про себе і свої очікування від програми. На першому занятті вводяться психоедукація про нормальні реакції на стрес і травму: тренер коротко розповідає про типові психологічні та фізіологічні наслідки пережитого (наприклад, проблеми зі сном, спогади, тривога) і наголошує, що ці реакції є природними.

Вправи: «Колективне створення безпечного простору» – групова вправа, у ході якої учасники висловлюють, що саме для них означає безпечна атмосфера, та разом із тренером виробляють спільні групові правила; вправа на саморегуляцію – наприкінці заняття тренер пропонує просту майндфулнес-практику зосередження на диханні протягом 5 хвилин, щоб допомогти учасникам зняти напругу і продемонструвати один із інструментів, що використовуватимуться в програмі.

Домашнє завдання: учасникам пропонується вести протягом тижня короткий щоденник самопочуття, відзначаючи щодня свій емоційний стан і один приклад стратегії, якою вони користувалися для заспокоєння або підтримки себе. Це завдання закладає основу для самоспостереження та наступного обговорення копінг-стратегій.

Заняття 2: Стрес та способи самовладання

Мета: підвищити розуміння учасниками природи стресу і травматичного досвіду, навчити базових навичок подолання стресу та тривоги.

Методи: групова дискусія, когнітивно-поведінковий та релаксаційний підходи.

Структура: на початку заняття учасники діляться виконанням домашнього завдання (обговорюють, що помітили у своїх щоденниках самопочуття). Далі йде блок психоедукації та відпрацювання навичок. Тренер пояснює фізіологію стресу (реакція «бий або біжи», як травма впливає на мозок і тіло), демонструє техніки швидкої саморегуляції при тривозі (наприклад, техніка «земля–повітря–вода» для заземлення: назвати 5 предметів, які бачиш, 4 звуки, які чуєш, 3 речі, яких торкаєшся тощо).

Вправи: групове обговорення «Мій ресурс у важкій ситуації» – кожен учасник називає одну стратегію або думку, що допомогла їм пережити важкий момент після переселення; тренер узагальнює і доповнює, підкреслюючи конструктивні копінг-стратегії (пошук підтримки, планування, релаксація) та звертає увагу на дезадаптивні (алкоголь, ізоляція тощо) без осуду, пропонуючи альтернативи. Після обговорення проводиться навчання технікам релаксації: наприклад, виконання вправи глибокого діафрагмального дихання всією групою; потім – прогресивна м'язова релаксація (наприклад, за Джекобсоном) або візуалізація «спокійне місце». Учасники пробують ці техніки під керівництвом тренера.

Домашнє завдання: продовжувати вести щоденник, додавши спостереження, як спрацьовують нові техніки: щонайменше раз на день практикувати обрану вправу релаксації (наприклад, дихання чи м'язову релаксацію) та записувати, в яких ситуаціях вона застосовувалась і який ефект мала.

Заняття 3: Робота з думками і переконаннями

Мета: навчити учасників виявляти і коригувати негативні автоматичні думки, що підсилюють тривогу чи безнадійність; формувати більш адаптивне мислення та відчуття контролю.

Методи: групове обговорення, когнітивно-поведінковий (техніка когнітивної реструктуризації), майндфулнес (практики усвідомленості).

Структура: початок традиційно присвячується обговоренню досвіду виконання релаксаційних вправ вдома (хто що спробував, з якими

труднощами зіткнувся). Основна частина – міні-лекція та практика когнітивних технік. Тренер розповідає про модель взаємозв'язку думок, емоцій і поведінки (наприклад, модель А. Бека: подія – думки – емоції – реакції) і дає приклади когнітивних спотворень, характерних для травмованих людей: почуття провини вцілілого, катастрофічне мислення щодо майбутнього, узагальнене негативне уявлення про світ як небезпечний.

Вправи: індивідуальне письмове завдання «Виклик негативній думці» – кожен учасник заповнює коротку форму (підготовлений роздатковий матеріал) з описом нещодавньої ситуації, що викликала сильні неприємні емоції, виділяє думку або переконання, яке виникло («мені не впоратись», «світ небезпечний» тощо), та разом з тренером шукає раціональну відповідь на цю думку (наприклад: «я маю успішний досвід подолання труднощів у минулому», «є речі, які я можу контролювати навіть зараз»). Потім у парах або малих групах учасники діляться прикладами і підтримують одне одного у пошуку більш збалансованих думок. Групове обговорення дозволяє почути різні погляди і помітити, що негативні думки часто бувають спільними у переселенців.

Завершує заняття майндфулнес-вправа на усвідомлення думок: протягом декількох хвилин учасники із заплющеними очима спостерігають за потоком своїх думок, уявляючи, що думки плінуть як хмари по небу, – це допомагає сформувати навичку дистанціюватися від негативних думок, не занурюючись у них.

Домашнє завдання: заповнювати протягом тижня «щоденник думок» – коли виникає сильна тривога чи смуток, записувати ситуацію, автоматичні думки та спробу раціональної відповіді або альтернативної думки. На наступній сесії ці записи будуть обговорені, щоб закріпити навичку когнітивної реструктуризації.

Заняття 4: Регуляція емоцій та майндфулнес-практики

Мета: навчити учасників розпізнавати і приймати свої емоції, зменшити інтенсивність негативних емоційних станів за допомогою технік

усвідомленості та тілесно-орієнтованих вправ, розвинути навички самозаспокоєння при переживанні сильних почуттів (горя, гніву, страху).

Методи: групове обговорення, майндфулнес (практики усвідомленості), елементи тілесно-орієнтованої терапії.

Структура: обговорення «щоденника думок» з домашнього завдання – учасники за бажанням діляться, як вдавалося застосовувати навичку робити паузу і оскаржувати негативні думки, які емоції при цьому відчували. Тренер підводить до теми емоцій, пояснюючи, що емоційні реакції на травму можуть бути дуже сильними і непередбачуваними, але ними можна керувати більш ефективно при напрацюванні певних навичок.

Вправи: на початку основної частини проводиться вправа на розпізнавання емоцій – кожен учасник отримує картки з назвами базових емоцій або короткий список і поруч виписує, які фізичні відчуття та імпульси поведінки він помічає, коли відчуває, наприклад, страх чи гнів. Далі тренер пропонує техніку «Помічати і називати», у малих групах учасники по черзі розповідають про нещодавню ситуацію, що викликала емоції, намагаючись чітко назвати свої почуття («мені було страшно», «я сердився, бо...»), інші слухають без оцінок – це тренує прийняття власних емоцій та емпатійне слухання.

Після вербальних технік група переходить до майндфулнес-вправ: 10-хвилинна медитація усвідомлення дихання і тіла (учасників просять сісти зручно, зосередитися на відчуттях дихання, а потім послідовно перенести увагу на різні частини тіла, відмічаючи напруження і розслабляючи м'язи). Така вправа сприяє заспокоєнню нервової системи і розвитку навички «якоритися» в теперішньому моменті, коли емоції переповнюють.

Потім виконується динамічна вправа: наприклад, «Струшування стресу» – учасники під спокійну музику стають у коло і виконують серію фізичних рухів (струшують кисті рук, рук і плечі, все тіло), роблять активні видихи, аби вивільнити залишкову напругу з тіла. Завершує сесію обговорення відчуттів

після вправ: багато учасників можуть відзначити полегшення, зниження інтенсивності переживань.

Домашнє завдання: щодня практикувати коротку майндфулнес-вправу (самостійно медитацію 5–10 хвилин або практику «сканування тіла» перед сном) і продовжувати використовувати техніки регуляції емоцій у повсякденних ситуаціях (наприклад, якщо відчувають гнів – застосувати фізичні вправи на зниження напруги, якщо тривогу – дихальні техніки). На наступній зустрічі учасники обговорять, які вправи були найбільш корисними.

Заняття 5: Соціальна підтримка і відносини

Мета: зміцнити навички спілкування і соціальної взаємодії учасників, актуалізувати ресурси соціальної підтримки, які надзвичайно важливі для біженців; опрацювати труднощі у відносинах (в сім'ї чи з оточенням) для подолання відчуття ізоляції.

Методи: групова дискусія, елементи інтерактивних вправ та рольового моделювання.

Структура: після стандартного обміну досвідом виконання домашніх практик (учасники розповідають, як майндфулнес чи інші техніки впливали на їхній емоційний стан протягом тижня), тренер переходить до теми соціальної підтримки. Тренер наголошує на ролі міжособистісного спілкування у відновленні психологічного благополуччя: соціальна ізоляція посилює травматизацію, тоді як спільне переживання, взаємодопомога сприяють відчуттю приналежності і безпеки.

Вправи: вправа «Моє коло підтримки» – кожен малює схему своїх соціальних контактів: близьке коло (родина, найближчі люди), середнє коло (друзі, колеги), зовнішнє (організації, спільноти) і відзначає, до кого він може звернутися по різні види підтримки (емоційну, матеріальну, інформаційну). Потім у парах обговорюють, чи легко було це зробити, яких зв'язків не вистачає. Якщо виявляється, що в когось соціальне коло обмежене, група може спільно придумати, де знайти додаткову підтримку (наприклад, місцеві громади українців, волонтерські організації, сусіди тощо).

Далі проводиться рольова гра: учасники моделюють типові ситуації, що викликають труднощі у спілкуванні після переселення. Наприклад, сценарій 1: біженець звертається по допомогу до місцевої установи, але боїться або не знає як правильно сформулювати прохання; сценарій 2: конфлікт або непорозуміння в родині, пов'язане зі стресом від пережитого.

Учасники в групах розігрують ці сцени, пробуючи різні стилі спілкування (пасивний, агресивний, асертивний). Тренер дає зворотний зв'язок і підказки, як ефективно комунікувати: відкрито висловлювати прохання через «Я-повідомлення», конструктивно слухати партнера. Ця вправа допомагає підвищити впевненість у соціальних ситуаціях.

Домашнє завдання: зробити принаймні одну соціальну дію, яка виходить за межі звичного комфортного кола, і записати результат. Наприклад, завести нове знайомство (поговорити з сусідом, відвідати зустріч громади), або звернутися за підтримкою до людини чи організації, якщо є така потреба. На наступному занятті учасники поділяться цим досвідом, щоб закріпити готовність шукати та приймати допомогу від оточення.

Заняття 6: Підбиття підсумків, ресурсність та майбутнє

Мета: закріпити набуті знання і навички, підвищити усвідомлення особистісного зростання учасників за час програми, сформулювати позитивне бачення майбутнього та стратегії продовження самодопомоги після завершення тренінгів.

Методи: групове обговорення, елементи позитивної психотерапії, планування майбутнього, ритуал завершення групової роботи.

Структура: перша половина заняття присвячена рефлексії пройденого шляху – груповому підбиттю підсумків; друга – орієнтації на майбутнє і закриттю програми.

Вправи: на початку кожен учасник заповнює коротку анонімну анкету або робить нотатки для себе: які зміни він помітив у своєму стані чи поведінці з першого заняття до тепер (наприклад, «тепер я сплю краще», «знайшов друга», «рідше виникають напади паніки» чи «почав знову мріяти про

майбутнє»). Потім відбувається вільне обговорення: учасники, хто бажає, діляться своїми досягненнями або усвідомленнями. Тренер заохочує відзначити навіть малі кроки вперед і надає підтримку.

Далі проводиться вправа «Лист у майбутнє»: кожен пише короткого листа самому собі через 6 місяців, зазначаючи, чого він прагне досягти за цей час, які навички з набутих хоче застосовувати, яких труднощів боїться і як планує їх долати. Цей лист учасники можуть забрати із собою запечатаним, щоб прочитати пізніше, або за згодою зберегти у тренера для відправки їм поштою через півроку (як своєрідний follow-up, що нагадує про взяті зобов'язання перед собою).

Ще одна вправа – «Дерево ресурсів»: на ватмані намальоване символічне дерево, де коріння – це внутрішні ресурси учасників, стовбур – група, гілки – навички, листя – люди та можливості довкола. Кожен отримує стікери і записує щонайменше один свій головний ресурс або силу, яку він усвідомив (наприклад, «міцність духу», «почуття гумору», «віра» тощо) та одну зовнішню підтримку або можливість, яку планує використати («курси мови», «сусідська взаємодопомога» тощо). Стікери прикріплюють на дерево. Це наочно показує учасникам, що, незважаючи на втрати, у них є коріння та опора, а також гілки для росту далі.

Завершення: тренер дякує всім за участь, відзначає прогрес групи як єдиного цілого. Проводиться символічний ритуал прощання – наприклад, учасники стають у коло, беруться за руки і по черзі кажуть одне слово, яке характеризує їхній стан або настрій при завершенні (часто це слова на кшталт «надія», «вдячність», «рішучість»). Група аплодує собі, що успішно пройшла шлях разом. На останок учасники отримують рекомендації щодо подальшого підтримання зв'язку та можливості долучитися до групи самопомоги (про що детальніше йдеться нижче).

Домашнє завдання: як такого більше немає, але подальші рекомендації включають продовження практикування освоєних навичок у повсякденному

житті та за потреби – звернення до матеріалів, які будуть надані (наприклад, пам’ятка із переліком вправ, інтернет-ресурси для майндфулнес тощо).

Додаткові заняття. У разі розширення програми до 8–10 зустрічей, передбачається включення спеціальних тем на запит групи або з огляду на потреби учасників. Наприклад, заняття 7 може бути присвячене глибшому опрацюванню травматичного досвіду: у більш стабільних групах проводиться обережна робота з травматичними спогадами (наприклад, техніка наративної експозиції: добровільне складання учасником розповіді про свій досвід війни/втрати з фокусом на те, як він зміг вижити і що допомогло вистояти). Це заняття потребує особливо безпечної атмосфери та може проводитися лише фахівцем з досвідом травматерапії.

Інший варіант додаткового заняття – тема духовності чи пошуку смислу: обговорення того, що надає сенсу життю після пережитого, пошук відповіді на питання «Заради чого я живу далі?», вправи з логотерапії (наприклад, пригадати історію з власного життя, яка демонструє силу людського духу, і поділитися нею).

Заняття 8 (чи 9–10, якщо курс подовжено) може відводитися на індивідуальні плани відновлення: учасники складають детальний план на найближчі місяці для себе, включно з особистими цілями, кроками до їх досягнення, людьми і сервісами, куди вони можуть звернутися за підтримкою. Тренер допомагає сформулювати ці плани реалістично та окреслити можливі перешкоди й шляхи їх подолання. Таким чином, гнучка структура програми дозволяє налаштовувати зміст занять під потреби конкретної групи, зберігаючи при цьому загальну канву і цілі інтервенції.

3.4. Особливості реалізації програми залежно від соціальної категорії та формату роботи

Ефективність будь-якої інтервенції значною мірою залежить від того, як вона організаційно забезпечена. Запропонована програма може

реалізовуватися на базі центрів психологічної допомоги, неурядових організацій або тимчасових прихистків для біженців, а також у форматі онлайн (що розглядається окремо).

Формат роботи : груповий. Оптимальний розмір групи – 8–12 осіб. Така кількість достатня для динаміки і різноманіття досвіду, але водночас дозволяє приділити увагу кожному.

Тривалість одного заняття – 90-120 хвилин (враховуючи перерву 10 хв), оскільки менша тривалість може не дати змоги опрацювати вправи, а довша – перевтомити травмованих учасників. Частота зустрічей – раз на тиждень (це дає час на виконання домашніх завдань й інтеграцію досвіду, і це не занадто великий інтервал, щоб згасла групова взаємодія).

Загальна тривалість курсу – 6–8 тижнів (або довше, якщо додаються додаткові заняття чи паузи). При необхідності можливе комбінування групової та індивідуальної роботи : наприклад, перед початком групи або між сесіями учасники можуть мати індивідуальні консультації з психологом, якщо виникають особисті проблеми, які важко пропрацювати в групі (Jeebodh-Desai & Dwarika, 2022).

Програму проводять кваліфіковані психологи або психотерапевти, бажано з досвідом роботи з травмою та групової роботи. Рекомендовано, щоб була пара тренерів (ведучий і ко-тренер) : це полегшує модерацію групи, забезпечує підстрахування на випадок, якщо одному тренеру потрібно приділити увагу окремому учаснику, а інший тим часом продовжить роботу з групою. Тренери повинні бути обізнані з методами КПТ і майндфулнес, вміти працювати з груповою динамікою (фасилітувати дискусії, вирішувати конфлікти в групі).

Перед початком програми тренерський склад проводить організаційну зустріч, де розподіляє ролі, готує матеріали, обговорює можливі ризики (наприклад, що робити, якщо учасник розплачеться або вийде з кімнати через тригер). Важливим ресурсом є супервізія для тренерів : раз на кілька тижнів або після складних випадків ведучі звертаються до досвідченого супервізора,

щоб проаналізувати процес групи, отримати підтримку і запобігти власному професійному вигоранню [149; 254].

Заняття офлайн проводяться у тихому, приватному приміщенні, де ніхто не заважатиме групі і не підслухає обговорення. Бажано, щоб кімната була достатньо просторою, аби розмістити стільці колом (це сприяє відчуттю рівності і згуртованості). Також має бути можливість для учасників виконувати вправи стоячи або в русі (отже, меблі повинні легко посуватися, або наявний вільний простір у центрі).

Приміщення повинно бути комфортним і безпечним: з достатнім опаленням/кондиціонуванням, вентиляцією, зручним освітленням (не надто різким). У ідеалі – наявність місця, де учасники можуть перепочити під час перерви, випити чаю. Поруч мають бути туалетні кімнати, питна вода. Для деяких вправ потрібні мати чи ковдри (якщо робиться релаксація лежачи), тому наявність чистої підлоги або килимків бажана.

Технічні засоби: фліпчарт або дошка, маркери для записів (щоб візуалізувати ключові моменти психоедукації, схеми КПТ-моделі тощо), папір А4 і ручки для учасників (записувати вправи, вести щоденники). Корисно мати роздаткові матеріали: надруковані короткі інструкції до вправ, пам'ятки з техніками (наприклад, алгоритм глибокого дихання, таблиця когнітивної реструктуризації), щоб учасники могли забрати їх додому. Якщо проводяться арт-терапевтичні елементи – потрібні кольорові олівці, папір для малювання. Для релаксацій бажано приглушене світло і спокійна музика (потрібна колонка або музичний центр).

Фінансові та логістичні ресурси: програма для біженців, як правило, надається безкоштовно для них, тому необхідне фінансування від донорів або організацій на оплату праці тренерів, оренду приміщення, матеріали, чай-каву тощо.

Важливо також забезпечити гнучкий графік занять: врахувати, що учасники можуть працювати або доглядати дітей, тому час зустрічей підбирається оптимально (наприклад, вечірній час або вихідні). Якщо група

складається з сімей з дітьми, варто паралельно організувати догляд за дітьми (окрема кімната з аніматором або волонтером, який займе дітей іграми), щоб батьки могли спокійно брати участь у тренінгу.

Універсальність запропонованої програми полягає в можливості гнучко змінювати акценти і форми роботи під потреби різних груп біженців. Нижче розглянуто особливості адаптації змісту і методів для кількох важливих категорій.

Літні люди. Біженці похилого віку можуть мати вікові особливості (хронічні хвороби, зниження пам'яті, слуху, консервативність поглядів) і особливий вид травматичного досвіду (вони залишили домівку, набули за життя майно, можливо, втратили близьких, мають відчуття відірваності «на старості літ»).

При роботі з літніми необхідно сповільнити темп проведення занять : давати більше часу на вираження думок, повторювати ключові ідеї, забезпечувати зручність (частіше робити перерви, мати стільці з високою спинкою). Майндфулнес- та тілесні практики модифікуються : наприклад, вправи виконуються сидячи (щоб уникнути запаморочень), акцент на дихальних вправах, легкі розтяжки замість інтенсивних рухів.

Для літніх дуже цінним є елемент наративу – їм важливо виговоритися, поділитися життєвими історіями. Тому в групі для літніх більше часу відводиться на обговорення спогадів, можливо, з використанням техніки «life-review» (усвідомлення свого життєвого шляху, пошук в ньому сил та мудрості) [85; 182]. Вправа з пошуку смислу набуває для них особливого значення : варто акцентувати, що навіть у похилому віці життя має сенс, а їхній досвід може допомогти іншим (наприклад, молодшим). Тренеру слід бути чуйним до можливого песимізму чи апатії літніх : похвала навіть маленьких досягнень, залучення до підтримувальної атмосфери (можливо, парні вправи, де літніх підтримують молодші).

Також важливо враховувати фізичні обмеження : якщо є люди з проблемами слуху – забезпечити, щоб вони сиділи ближче, мали слуховий

апарат чи тренеру говорити голосніше; при поганому зорі – роздаткові матеріали з більшим шрифтом. У цілому, адаптована для літніх версія програми робить наголос на повазі до їх життєвого досвіду, наданні їм ролі мудрих наставників (наприклад, в групових вправах просити поділитися, як вони справлялися з труднощами раніше, що може надихнути інших). Це підвищує їхню залученість і самооцінку.

Особи з інвалідністю. Ця категорія може включати як фізичні інвалідності (опорно-рухового апарату, зору, слуху), так і осіб з інтелектуальними чи психічними обмеженнями. Фізична доступність – перша умова : приміщення повинно мати пандуси або ліфт, достатньо простору для інвалідних візків. Якщо учасник має порушення слуху, бажано залучити перекладача жестової мови або використовувати візуальні матеріали, писати ключові тези на фліпчарті. Для людей із порушеннями зору – надавати матеріали шрифтом Брайля або аудіозаписи вправ.

Вправи підбираються з урахуванням можливостей : наприклад, тілесні практики для людей на візку – зосередитися на тих частинах тіла, якими вони можуть рухати, або робити більше вправ на візуалізацію. Якщо в групі є особа з інтелектуальними обмеженнями або розладами аутистичного спектру, контент треба спростити і структурувати максимально чітко, можливо, залучити опікуна чи члена сім'ї для підтримки під час занять.

Групова динаміка вміщує і таких учасників : важливо створити атмосферу прийняття, щоб інші не перебивали, давали час висловитись людині з особливими потребами. Водночас групові правила проговорюються суворіше щодо поваги і недопустимості грубості чи зверхнього ставлення. Тренери можуть включити вправи, які враховують унікальні проблеми таких людей : наприклад, для тих, хто втратив кінцівки чи здатність ходити (через поранення на війні), – обговорити переживання, пов'язані зі зміною образу тіла, навчити технік самоприйняття (можливо, залучити елементи терапії прийняття і відповідальності). Головний акцент – інклюзивність : показати, що

програма корисна всім, незалежно від їхніх фізичних можливостей, і що кожен учасник є повноцінним членом групи.

Сім'ї з дітьми. Якщо програма орієнтована на сім'ї, вона може мати два рівні : робота з батьками (дорослими) і паралельно – з дітьми, або ж спільні інтегративні сесії. Для дорослих загальний зміст залишається подібним, але додаються компоненти батьківської компетентності в умовах стресу : як спілкуватися з дітьми про війну, як реагувати на прояви травми у дітей (нічні кошмари, регресія поведінки), техніки спільного подолання стресу в сім'ї (сімейні ритуали безпеки, спільні ігри тощо).

Паралельно дітям (якщо вони достатньо дорослі, приблизно 7–12 років) можна проводити окремі заняття з дитячим психологом у вигляді терапевтичних ігор : малювання своїх почуттів, казкотерапія про безпечне місце, рухливі ігри, що допомагають вивільнити страх. Якщо ж сімейна група невелика, можна частину вправ робити спільно батьки і діти : наприклад, вправа «Мій герб сім'ї» – разом малюють символи сімейних цінностей, чи спільна релаксація (батько тримає дитину, разом дихають повільно).

Важливо, щоб програма враховувала роль сім'ї як системи : обговорюються зміни сімейних ролей після переселення, підтримка одне одного. Для дітей-підлітків (13–17 років) можна робити окремі підгрупи : підлітки потребують своєї мови спілкування, більше активних дій. З ними варто застосовувати ігрові форми, арт-терапію, командні завдання, щоб вони не відчували, що це «ще одна нудна лекція від дорослих».

У змісті сесій для підлітків можна акцентувати тему ідентичності та майбутнього : вони, можливо, переживають кризу самоідентифікації (нове оточення, пошук себе), тому вправи типу «Лист самому собі», «Дерево мрій» будуть дуже корисні. Також підліткам важлива групова належність, тому створення згуртованої підліткової міні-спільноти – окрема мета.

Загалом адаптація для сімей означає більшу увагу на сімейну взаємодію. Тому доречно давати спільні домашні завдання, наприклад, сімейне

обговорення раз на тиждень «що хорошого сталося за тиждень», або разом практикувати дихальні вправи перед сном.

Особи з вираженими симптомами ПТСР. Якщо до групи входять люди, що демонструють значні прояви посттравматичного стресового розладу (нав'язливі спогади, нічні кошмари, гіперзбудженість, уникнення), програма потребує елементів стабілізації і може частково спиратися на принципи травма-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії (ТФ-КПТ) [112].

Таким учасникам може бути важко брати участь у деяких вправах (наприклад, вправа зі згадуванням травматичної ситуації може викликати флешбеки) (Титаренко, 2015). Тому тренер уважно відслідковує стан таких учасників : перед початком кожного заняття варто проводити коротку розмову або анкетування самопочуття (наприклад, оцінити рівень дистресу на даний момент від 0 до 10). Якщо рівень дистресу дуже високий, людині пропонують перед заняттям індивідуально зробити техніку заземлення або, за необхідності, навіть пропустити ту частину групи, яка може травмувати (наприклад, вправу з наративом).

У програму для таких учасників обов'язково включаються додаткові стабілізаційні ресурси : створюється «скринька заспокоєння» (кожен готує собі набір предметів чи фотографій, які його заспокоюють, і може звернутися до них при тривозі), відпрацьовуються техніки контролю флешбеків (як розпізнати, що це спогад, а не реальність, і повернутися до тут-і-зараз) [44].

Можливе використання спеціальних карток чи додатків для самопомоги при ПТСР. Також тренери приділяють більше уваги налагодженню сну учасників (безсоння часто супроводжує ПТСР) : даються конкретні рекомендації щодо гігієни сну, релакс-вправи перед сном, за потреби – консультація з лікарем щодо медикаментозної підтримки (це вже поза межами програми, але інформацію надають).

Така адаптація вимагає тісної співпраці з клінічними фахівцями : якщо в групі особи з важким ПТСР, бажано мати консультацію психотерапевта-травматолога, який може направити окремих учасників на індивідуальну

терапію EMDR чи фармакотерапію паралельно з групою. Робота відбувається за принципом «спочатку стабілізація, потім опрацювання», тобто поки учасник не навчиться базових навичок регуляції, не варто йти до глибоко травматичних тем [149].

Адаптація до онлайн-формату. Сучасні умови та географічна розпорошеність українських біженців зробили необхідним проведення багатьох психологічних програм дистанційно, в онлайн-режимі. Наша програма також допускає варіант її реалізації для онлайн-груп. Щоб забезпечити ефективність і конфіденційність онлайн-роботи, враховано чимало аспектів.

Технічні вимоги. Учасникам заздалегідь повідомляються вимоги: наявність пристрою з камерою і мікрофоном (комп'ютер, планшет або смартфон), стабільний доступ до інтернету, встановлення необхідного та заздалегідь обговореного додатку (Zoom, Google Meet чи інша платформа). Перед початком курсу проводиться коротка технічна сесія, де всіх підключають, перевіряють звук/відео, пояснюють, як користуватись основними функціями (вмикати/вимикати мікрофон, піднімати руку, писати в чат). Також учасникам рекомендується користуватись навушниками (для кращого звуку й приватності, враховуючи, що хтось перебуває у людському місці, вдома поруч із сім'єю, сусідами тощо) та знайти по можливості тихе місце для підключення.

Динаміка групи онлайн. Розуміючи, що віртуальний простір може дещо послаблювати емоційний зв'язок, тренери приділяють особливу увагу знайомству та згуртуванню онлайн-групи. На першій сесії, окрім звичайного знайомства, можна застосувати цифрові інтерактивні інструменти: наприклад, спільно намалювати в онлайнівій дошці правила групи або попросити кожного показати якийсь предмет зі свого оточення, який його підтримує (це і спосіб дізнатися одне про одного більше, і зробити зустріч живішою).

Відеозв'язок : усіх заохочують по можливості тримати камеру ввімкненою, адже бачити обличчя і емоції – критично необхідно для групової динаміки. Якщо хтось соромиться показувати обличчя, тренер індивідуально з ним працює, пояснюючи важливість візуального присутності, але без примусу (поступово, коли людина звикне, вона може ввімкнути камеру).

Робота в малих групах : платформи дозволяють створювати кімнати для груп – цю функцію активно використовують для парних обговорень чи вправ (як аналог роботи в підгрупах офлайн). Тренер заходить в ті кімнати по черзі, спостерігає процес або допомагає, якщо потрібно.

Важливо регулювати час активності : онлайн-формат більш втомлює, тому рекомендовано робити частіше короткі перерви (5 хв кожні 30-40 хвилин роботи). Також змінювати види діяльності (від говоріння до писання в чаті, від слухання лекції – до перегляду слайдів чи відео, від групової роботи – до індивідуальної вправи з виключеною камерою тощо).

Конфіденційність онлайн. Усі учасники підписують (в електронній формі) угоду про конфіденційність і непоширення інформації, сказаної в групі. Окремо обговорюється питання запису : сесії не записуються ні тренерами, ні учасниками, щоб забезпечити відвертість та мережеву безпеку. Учасникам рекомендується знаходитися під час сесії в окремому приміщенні, де ніхто сторонній не чує розмову (це виклик, бо не у всіх вдома є умови усамотнитися – тоді радять використовувати навушники і говорити тихіше, або писати в чат, якщо тема конфіденційна). Також узгоджується, що ніхто не буде робити скріншоти чи фото екрана зі складом групи. Тренер нагадує про ці правила на кожній сесії, щоб підтримувати довіру.

Специфіка проведення тілесних і майндфулнес-вправ дистанційно. Окремим викликом є вправи, що потребують руху чи особливого середовища. Тренер заздалегідь пропонує підготуватися : наприклад, для релаксації знайти зручне місце, де можна лягти або відкинутися на спинку стільця; для вправи «Струшування» відступити від камери, перевірити, що в кімнаті достатньо місця. Усі інструкції проговорюються повільно і чітко. Тренер може

показувати власним прикладом на відео (наприклад, як робити дихальні рухи або розтяжку шиї), заохочуючи повторювати. Якщо учасник соромиться виконувати на камеру, можна дозволити йому вимкнути відео на час вправи, головне, щоб було виконано.

Майндфулнес-медитації онлайн проводяться з тими ж настановами, що й офлайн (учасники вимикають мікрофони, щоб не створювати шумів, залишають лише звук тренера, заплющують очі й слухають інструкцію). Практичний досвід показує, що навіть дистанційно люди відзначають ефект від таких практик, хоча бракує безпосередньої присутності, дотику (наприклад, при вправі на підтримку іноді офлайн люди стають поруч – онлайн це неможливо) [75]. Для компенсації можна використовувати візуалізацію : попросити уявити, що група стоїть поруч і підтримує.

Деякі творчі завдання виконуються з допомогою цифрових інструментів : наприклад, замість малювання на папері «Дерева ресурсів» можна використати спільну онлайн-дошку, де кожен намалює або напише свої ресурси. Ці технологічні рішення роблять учасників активними і залученими, не зважаючи на фізичну відстань.

Загалом онлайн-формат вимагає більш ретельного планування від тренера, але при правильній організації результати співставні з очними зустрічами. Підтверджена гіпотеза, що онлайн-групи дають майже таке ж відчуття підтримки для учасників, як і живі, а іноді навіть зручніше відкриватися з дому [46; 80; 93]. Важливо зберегти баланс структурованості і неформальності : наприклад, дозволяти учасникам за 10 хв до початку підключатися й неформально спілкуватися (імітація «small talk» перед тренінгом в холі), або створити чат-групу, де вони можуть ділитися думками між сесіями [149].

З метою визначення ефекту програми було порівняно контрольну та експериментальну групи за параметром адаптивності з використання критерія Стьюдента (див. Табл.3.3). У кожній групі по 36 осіб (програма

реалізовувалася у трьох підгрупах по 12 осіб). Результати до проведення тренінгу за параметром адаптивності у груп приблизно однакові.

Таблиця 3.3

Результати порівняння за параметром адаптивності контрольної та експериментальної груп (відображено тільки статистично значущі результати)

	До проведення програми	Після проведення програми
	t	t
ІПА		2,95**

Примітки: ІПА – Інтегральний показник адаптації, $df=70$; n – кількість досліджуваних в групі, $n_1=36$, $n_2=36$.

Як видно з таблиці – виявлено стійкий позитивний ефект покращення адаптивності у осіб, які проходили розроблену програму.

3.5. Подальший супровід та забезпечення довготривалого ефекту

Завершення тренінгової програми не означає завершення процесу підтримки. Навпаки, дуже важливо забезпечити плавний перехід учасників до самостійного використання набутого та, за можливості, продовжити супровід у м'якому форматі. У межах програми передбачено такі стратегії подальшої підтримки: контрольні зустрічі, індивідуальний супровід, групи самодопомоги, ресурсні матеріали, залучення до волонтерства.

Контрольні зустрічі. Після основного курсу рекомендована організація щонайменше однієї контрольної групової зустрічі (через 1–2 місяці). На ній учасники знову збираються з тренером, щоб обговорити, як їм вдається застосовувати знання на практиці, з якими новими труднощами зіткнулися. Це своєрідний «буфер», що допомагає не втратити контакт і мотивацію. Формат

більш вільний, нагадує групу підтримки : менше структури, більше обміну досвідом. При потребі можна проводити кілька таких зустрічей (наприклад через 3 і 6 місяців по завершенню програми), залежно від ресурсів. Досвід показує, що учасники цінують нагоду зустрітися знову, це нагадує їм про їхній прогрес і зміцнює відчуття спільності і групової підтримки.

Індивідуальний супровід. Деякі учасники можуть потребувати додаткових індивідуальних консультацій після групи. Тому в кінці програми тренери оголошують, що протягом наступних, наприклад, трьох місяців учасники можуть звертатися до них за індивідуальною бесідою (очно чи онлайн) у разі кризової ситуації чи важливого питання. Це не зобов'язує нікого, але дає відчуття підтримки «страхувальної сітки». При цьому обумовлюється, що кількість таких безкоштовних консультацій обмежена (наприклад, 1-2 сесії на людину), а далі за необхідності тренер допоможе знайти психотерапевта на довготривалий період.

Групи самодопомоги. Однією з цілей програми є створення спільноти взаємопідтримки, тому учасникам пропонується продовжити зустрічі у форматі груп самодопомоги без залучення професійного тренера. Наприклад, група може самостійно домовитися зустрічатися раз на місяць в неформальній обстановці (кава, парк) або в онлайн-чаті для обговорення свого стану. Тренери надають методичні рекомендації, як проводити такі зустрічі : дотримуватися тих самих правил конфіденційності, структури (на початку кожен ділиться, потім обговорення, завершення позитивним підсумком). Також можна обрати неформального лідера або координатора з числа учасників, який нагадуватиме про зустрічі. Такі групи самодопомоги, навіть якщо вони не дуже регулярні, виконують важливу функцію – підтримують довготривалий ефект програми, даючи відчуття «ми не одні, завжди є до кого звернутись».

Ресурсні матеріали. По завершенню тренінгів учасники отримують підбірку ресурсних джерел для самостійної роботи : друковані матеріали (брошура з описом усіх вправ, порад щодо підтримання психічного здоров'я,

контактів служб допомоги), а також онлайн-ресурси (посилання на мобільні застосунки для медитацій українською, відео-лекції про травму і відновлення, сайти з юридичною чи соціальною інформацією для переселенців). Заохочується використання щоденників і надалі: учасники можуть продовжувати записувати свої думки, емоції, що саме по собі є терапевтичним прийомом саморефлексії.

Залучення до волонтерства. Цікавим аспектом подальшої підтримки є пропозиція найактивнішим учасникам спробувати себе у ролі рівних консультантів чи волонтерів для нових хвиль біженців. Якщо особа пройшла шлях відновлення і відчуває ресурс, тренери можуть направити її в програми підготовки волонтерів-помічників (наприклад, при організаціях допомоги переселенцям). Це слугує подвійній меті: і закріплює результат (допомагаючи іншим, людина зміцнює власну впевненість), і розширює коло підтримки (спільнота росте). Залучення до волонтерської діяльності відбувається лише на добровільних засадах і з урахуванням готовності самої людини [48; 92].

Таким чином, система післятренінгового супроводу покликана підтримати знання і позитивні зміни, щоб вони не згасли з часом. Учасники продовжують відчувати підтримку як від професіоналів, так і одне від одного, що особливо важливо для адаптації в новому місці.

Реалізація програми психологічної допомоги біженцям вимагає тісної координації з наявними системами підтримки – як державними, так і громадськими. По-перше, необхідна налагоджена співпраця з державними службами, що опікуються переселенцями: центрами соціальних служб, відділами психологічної підтримки при органах місцевої влади, реабілітаційними центрами. Ця співпраця може полягати у спрямуванні клієнтів до програми (державні соціальні працівники інформують біженців про можливість пройти тренінги, включають інформацію про програму в пакети послуг для переміщених осіб).

Також державні структури можуть забезпечити локальну підтримку – надати приміщення для проведення занять (наприклад, кімнати в

територіальних центрах соціальної допомоги або в закладах освіти, які простоюють після занять), посприяти матеріально (за рахунок місцевих бюджетів профінансувати роздаткові матеріали або проїзд учасників, якщо потрібно). Важливо інтегрувати програму в уже наявну мережу координації допомоги: тренери відвідують координаційні наради, де збираються представники різних організацій, щоб синхронізувати зусилля (наприклад, дізнатися, чи отримують учасники паралельно з психологічною гуманітарну допомогу, медичні послуги, і врахувати це).

Співпраця з волонтерськими та громадськими організаціями має не менше значення. Багато неурядових організацій та ініціатив підтримують біженців (психологічно, юридично, гуманітарно). Об'єднання з ними дозволяє створити комплексний підхід. Наприклад, фонд чи громадська організація, що займається тією чи іншою допомогою переселенцям, може включити запропоновану програму до свого проєкту як компонент психологічної реабілітації. Волонтерські організації можуть допомогти із транспортуванням учасників (буває, що біженці живуть за межами міста чи далеко від інфраструктури, і їм складно доїхати, тоді волонтери організують трансфер). Так само волонтери можуть забезпечити догляд за дітьми під час сесій (як вже згадано, це вагомий внесок, особливо якщо професійних ресурсів бракує).

Волонтери, які пройшли навчання, можуть бути залучені як помічники тренера: скажімо, для ведення документації, підготовки чаю, а головне – підтримки учасників поза заняттями. Часто після тренінгу біженці мають питання чи просто хочуть виговоритись – волонтер-психолог (не обов'язково високої кваліфікації, але з емпатією і базовими навичками) може поспілкуватися з ними. Це знімає тягар з тренерів і розширює доступність допомоги [17; 41].

Інформаційна підтримка з боку держави і неурядових організацій: важливо донести інформацію про програму до потенційних учасників. Для цього використовуються офіційні канали (вебсайти держслужб, оголошення у центрах надання адміністративних послуг, де оформлюють довідки

внутрішнього переміщення, міграції) та соцмережі волонтерських спільнот, телеграм-канали для переселенців. Державні структури можуть включати повідомлення про набір на програму в свої інформаційні розсилки.

Співпраця також передбачає обмін досвідом і навчання: автори програми можуть проводити тренінги для тренерів для психологів у регіонах, щоб ті впроваджували програму на місцях (масштабування через державні установи чи громадські організації). Державні освітні заклади, зокрема університети теж можуть долучатися: наприклад, студенти-психологи старших курсів як стажери або для збору даних під науковим керівництвом. Це, знову ж, розширює можливості програми.

Нарешті, дуже важливо співпрацювати з міжнародними організаціями (ООН, UNHCR, ІОМ, Червоний Хрест тощо) через державні або волонтерські канали. Вони можуть надавати фінансування, експертизу, методичні матеріали. Наприклад, за підтримки міжнародних фондів можна надрукувати якісні інформаційні буклети для учасників, оплатити роботу перекладача жестової мови для осіб з порушеннями слуху, забезпечити ліцензії на онлайн-платформи для дистанційної роботи [247; 210].

Таким чином, програма не існує ізольовано, а є частиною широкої системи допомоги. Координація з державними та волонтерськими структурами підвищує її стійкість та доступність, дозволяє охопити більше людей і зробити допомогу по-справжньому всеосяжною. Учасники, пройшовши програму, будуть інтегровані в мережу підтримки і знатимуть, куди звернутись далі, що є однією з наших цілей.

Стратегії забезпечення довготривалого ефекту та формування спільноти взаємопідтримки. Для того, щоб позитивні результати програми збереглися на роки, передбачено ряд стратегій, які закладаються ще при її плануванні. Деякі з них вже згадані (підтримувальні зустрічі, групи самодопомоги) – вони безпосередньо служать продовженню ефекту. Тут узагальнимо ключові підходи для тривалого впливу.

Навчання навичкам, а не разова підтримка. Уся програма сфокусована на тому, щоб навчити учасників конкретних прийомів саморегуляції, вирішення проблем, спілкування. Замість просто тимчасово полегшити стан (що теж важливо), тренери прагнуть передати знання і вміння. Це як «дати вудку, а не рибу». Якщо учасник опанував техніку керування тривогою чи навчився звертатись по підтримку, він зможе продовжувати це робити й після закінчення курсу. Для закріплення навичок застосовуються повторення, тренування в різних умовах (домашні завдання), обговорення успіхів і невдач – все це сприяє тому, що навичка стає частиною повсякденного репертуару поведінки. Довготривалий ефект можливий, коли людина привласнила досвід, а не лише отримала тимчасову допомогу.

Формування нового соціального середовища. Групова програма сама по собі створює міні-спільноту, де люди проходять через значущий досвід разом. Ці соціальні зв'язки – потужний фактор підтримки. Тому заохочується їх продовження: учасники обмінюються контактами, створюють чат для неформального спілкування.

Тренери можуть ініціювати створення загального онлайн-простору, наприклад, закритої групи у Facebook або месенджері, де будуть й учасники минулих груп. Таким чином, з часом формується більш широка спільнота випускників програми. Вони можуть ділитися новинами, мотивувати новачків («у мене було так само, тримайся, стане легше»). Така спільнота може жити своїм життям і після завершення проєкту. Іноді активні учасники самі організовують зустрічі або заходи (наприклад, спільне святкування свят, взаємодопомога у побуті – догляд за дітьми по чергово, пошук роботи один для одного). Це вже виходить за рамки суто психологічної роботи, але саме цього прагнемо – відновлення соціального капіталу у людей, що втратили свої корені.

Бустер-сесії та повторні курси. Організатори програми можуть через рік, наприклад, оголосити набір на короткий повторний курс або бустер-сесію для тих, хто вже проходив. Це на добровільній основі, але практика показує, що

частина учасників радо відгукується: хтось відчув, що знову потрібна підтримка, хтось просто скучив за тим позитивним середовищем. Повторні сесії можуть бути більш поглибленими чи навпаки – у форматі зустрічей клубу за інтересами (скажімо, спільні походи в гори як терапія природою, або майстер-класи з нових технік мистецтва). Мета – оновити мотивацію, нагадати ключові усвідомлення, дати відчути турботу.

Моніторинг і зворотний зв'язок. Для підтримання довгострокового ефекту важливо відслідковувати стан випускників. Крім формальних вимірювань (повторне тестування на підтримувальному етапі), можна зберігати підтримувальний контакт: наприклад, розсилати колишнім учасникам раз на кілька місяців короткий опитувальник чи форму «Як ви зараз?». Проходження опитувальника, як і всі інші дії в межах програми, є добровільним. Отриманий зворотний зв'язок допомагає виявити, якщо у когось справи погіршилися, і тоді запропонувати додаткову допомогу (індивідуальна сесія або залучення до нової групи). Моніторинг також дозволяє оцінити, які аспекти життя покращилися і зайняли стійку позицію, а де потрібні додаткові втручання, і відповідно вдосконалення програми.

Підтримка ініціатив самих біженців. Довготривалий ефект краще закріплюється, коли учасники самі стають активними агентами змін. Тому якщо вони ініціюють якийсь проєкт (наприклад, спільний бізнес, волонтерський рух допомоги новоприбулим переселенцям, творчий гурток для реабілітації), тренери і організатори програми намагаються підтримати це – інформаційно, зв'язками, порадою. У результаті учасники переходять з позиції одержувачів допомоги в позицію тих, хто допомагає іншим і собі. Це трансформація, яка гарантує, що їх особистісне зростання триватиме й надалі [259; 261].

Адвокація та вплив на громаду. Спільнота випускників програми може стати голосом біженців у місцевій громаді. Якщо вони об'єднані, їм легше комунікувати з місцевою владою, відстоювати свої права, ініціювати суспільні зміни (наприклад, створення міського центру для переселенців). Програма дає

їм впевненість і знання, як це робити конструктивно та з самостійною підтримкою внутрішніх ресурсів. Коли колишні учасники добиваються покращення умов для всіх (наприклад, виграли грант на безкоштовний спортзал або гуртки для дітей-біженців), це теж закріплює ефект – люди бачать реальні плоди свого психологічного відновлення у зміні соціального середовища.

Отже, стратегія довготривалого успіху – це поєднання особистісного зміцнення і розширення мережі соціальної підтримки. Програма не лише тимчасово знімає стрес, але й модифікує підхід учасників до свого життя і перебування в новій спільноті. Формування мережі взаємопідтримки гарантує, що жоден з учасників не залишиться сам на сам із проблемами навіть через тривалий час. Зрештою, ключова мета різного роду допомоги мігрантам – їх становлення як ядра стійкої, згуртованої спільноти, здатної підтримувати своїх членів і адаптуватися до будь-яких викликів майбутнього.

Висновки до третього розділу

1. Практика психологічної допомоги вимушено переміщеним особам охоплює низку методів інтервенції, що у міжнародному досвіді показали високу ефективність застосування з даною категорією населення. Дієвий психологічний інструментарій походить з когнітивно-поведінкового, нарративного експозиційного, майндфулнес, арт-терапевтичного підходів та включає методи розвитку резильєнтності, релаксації, особистісного зростання та психосоціальної підтримки. Ці напрямки роботи підкріплені емпіричними доказами результативності, слугують основою для створення авторської програми інтервенції, оскільки є адаптованими до потреб переміщених осіб та враховують культурний контекст й специфіку пережитого (стресового, травматичного) досвіду.

2. Розробка власної програми психологічної допомоги зорієнтована на покращення психологічного стану та адаптаційних можливостей вимушено

переміщених осіб з України. У програмі інтегровано провідні елементи кількох підходів, що спрямовує інтервенцію на забезпечення запитів та потреб українських біженців та переселенців. До єдиної структури об'єднано техніки когнітивної реструктуризації та модифікації поведінкових стратегій з когнітивно-поведінкового підходу, медитативні та техніки регуляції дихання з майндфулнес-методу, елементи рольової взаємодії та активізації соціальної підтримки з інтерперсонального підходу, техніки м'язової релаксації та вивільнення напруги через рух з тілесно-орієнтованого підходу, техніки усвідомленого самосприйняття та планування майбутнього з позитивного підходу.

3. Програма психологічної допомоги переміщеним особам є комплексним інструментом, спрямованим на зниження психологічного дистресу, підвищення стресостійкості та соціальної опори. Семизаняттєва структура, що передбачає перше діагностичне та шість інтервенційних занять із чітко визначеними цілями, методами та практичними техніками, забезпечує поступове, з помірною інтенсивністю формування навичок саморегуляції, емоційної стабілізації, усвідомлення та трансформації дезадаптивних когнітивних й поведінкових стратегій, соціальної інтеграції. Значну увагу приділено створенню безпечного та екологічного простору, що сприяє довірі, згуртованості учасників та відчуттю соціальної підтримки.

4. Адаптація програми до специфічних запитів і потреб різних груп переміщених осіб слугує ключовим елементом її універсальності та інклюзивності. Дескрипція способу організації та проведення занять в офлайн та онлайн форматах забезпечує її доступність для кожної переміщеної особи, яка потребує психологічної допомоги та підтримки, з урахуванням технічних та психологічних аспектів взаємодії. Програма зорієнтована на врахування особливостей інтервенції людей похилого віку, осіб з інвалідністю, батьків із дітьми, біженців та переселенців із вираженою симптоматикою посттравматичного стресового розладу, пропонуючи модифікації змісту, темпу та методів психологічного впливу. Для літніх людей увагу зосереджено

на уповільненні темпу роботи, застосуванні наративних технік та посилення їх самооцінки та соціальної взаємодії як носіїв життєвого досвіду. Для осіб з інвалідністю організація процесу відбувається з урахуванням фізичної доступності, з використанням допоміжного інструментарію (жестова мова, шрифт Брайля тощо), а також адаптацією технік до їхніх можливостей. У роботі з сім'ями включено паралельні заняття для батьків та дітей, а також спільні зустрічі з техніками, що сприяють зміцненню родинного зв'язку. Для осіб із симптомами посттравматичного стресового розладу впроваджується більша кількість стабілізаційних технік та індивідуальний підхід для уникнення ретравматизації. Гнучкість програми дає можливість результативно відповідати на різного роду запити та потреби переміщених осіб, гарантуючи їхню активну участь та максимальний корисний ефект інтервенції.

5. Організаційні аспекти впровадження програми передбачають залучення стратегій подальшої підтримки. Супровід учасників після проходження програми психологічної допомоги включає формати контрольних зустрічей, індивідуального супроводу, відвідування груп самодопомоги, устаткування ресурсними матеріалами та залучення до волонтерства. Це сприяє закріпленню набутих під час програми навичок, підтримує мотивацію до самостійної роботи над власним психологічним станом та благополуччям. Залучення учасників до волонтерської діяльності зараджує не лише їхній особистісній адаптації, але й також розширює мережу підтримки для інших біженців і переселенців. Координація з волонтерськими місцевими та міжнародними організаціями дає змогу для інтеграції психологічної допомоги в більш широкій системі підтримки переміщених осіб, що посилює її ефективність та доступність.

6. Стійке психологічне відновлення та соціальна інтеграція переміщених осіб забезпечуються впровадженням стратегій довготривалого ефекту. До них належать тактики формування нового соціального середовища, бустер-сесіям та повторним курсам, моніторингу та зворотному зв'язку,

підтримки ініціатив переміщених осіб, створення спільноти взаємопідтримки та впливу на громаду. Фокус на навчанні конкретних навичок емоційної регуляції, цілеспрямованого вирішення проблем та конструктивної комунікації дає змогу учасникам не лише долати нагальні труднощі, а й застосовувати набуті вміння у повсякденному житті після завершення програми. Формування соціальних зв'язків у групі мігрантів та переселенців та створення об'ємної спільноти випускників програми через неформальні зустрічі чи онлайн-простір спрямовує на відновлення соціального капіталу переміщених осіб. Бустер-сесії та повторні курси допомагають підтримувати мотивацію та отримані результати, оновлювати шляхи подальшого особистого розвитку та життєвого шляху. Моніторинг та зворотний зв'язок дають змогу своєчасно виявити актуальні потреби переміщених осіб, таким чином вдосконалювати та модифікувати програму під відповідні, доречні запити. Підтримка ініціатив біженців і переселенців, їх адвокація у громадах трансформують учасників програми з отримувачів допомоги в активних представників змін, що сприяє їх зростанню як особистостей та позитивним змінам у соціальному середовищі.

Результати досліджень даного розділу наведено в таких публікаціях : [3; 9; 10].

У третьому розділі здійснені посилання на літературні джерела, що знаходяться у списку використаних джерел під номерами : [2; 16; 17; 21; 29; 31; 33; 34; 38; 40; 41; 43; 44; 46; 48; 54; 58; 62; 67; 75; 80; 81; 84; 85; 89; 92; 93; 104; 105; 106; 108; 112; 116; 120; 121; 125; 126; 133; 135; 147; 149; 150; 151; 152; 153; 155; 156; 159; 161; 162; 163; 164; 167; 168; 169; 170; 171; 173; 175; 178; 182; 183; 184; 185; 186; 188; 189; 191; 192; 195; 196; 197; 198; 202; 206; 207; 210; 211; 212; 214; 217; 218; 219; 220; 221; 227; 228; 229; 230; 231; 232; 233; 236; 237; 238; 239; 241; 247; 248; 249; 251; 254; 261].

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі розкрито теоретичні та практичні аспекти надання психологічної допомоги в адаптації вимушено переміщеним українцям.

1. Адаптація мігрантів та переселенців протікає на чотирьох функціональних рівнях: біофізіологічному, що забезпечує підтримку гомеостазу, психофізіологічну регуляцію та реагування на стресові чинники; психологічному, що відповідає за збереження емоційної стабільності та цілісності образу Я; соціальному, на якому відбувається встановлення міжособистісних зв'язків та пристосування до соціальних вимог; культурологічному, який пов'язаний із засвоєнням нових культурних норм та цінностей.

2. Визначено, що в контексті психосоціальної адаптації вимушено переміщені особи зіштовхуються з такими психологічними труднощами, як тривожність, почуття сорому та провини (синдром вцілілого), страхи за своє майбутнє та життя близьких, депресивні стани та втрата сенсу життя, відчуття безпорадності, синдром відкладеного життя, посттравматичний стресовий розлад, що проявляється у порушенні сну та роботи серцево-судинної системи, розосередженості уваги та фізичній слабкості. Актуальні питання втрати соціальної та духовної підтримки у зв'язку зі змінами в культурній та релігійній сферах, подолання мовленнєвих бар'єрів, стигматизації та етнічної дискримінації.

3. На основі узагальнення теоретичних даних та досвіду міжнародної практики встановлено, що психосоціальна модель психологічної підтримки вимушено переміщених осіб спрямована на термінову регуляцію стану в екстремальних ситуаціях (відновлення базових потреб, подолання кризових станів, зниження рівня стресу та тривоги), та в подальшому – на зміцнення внутрішніх опор (підвищення емоційної стійкості, відновлення внутрішніх особистих ресурсів, пошук шляхів вирішення психологічних труднощів,

пов'язаних з адаптацією в новому місці проживання та культурному середовищі). Відтак методи психологічної допомоги та підтримки мають три форми спрямування: підтримувальні, що застосовуються для зміцнення уже наявних ефективних механізмів самодопомоги; перенавчальні, які фокусуються на зміні поведінкових стратегій шляхом набуття досвіду використання більш функціональних форм реагування; реконструктивні, що зосереджені на глибинному опрацюванні внутрішніх конфліктів шляхом вивчення індивідуальних якостей, характеру, особливостей реакцій та емоційних станів. Залежно від запиту психологічна допомога реалізовується засобами когнітивно-поведінкової та нарративної експозиційної терапії, гештальт-терапії, трансфер-фокусованої терапії, EMDR, арттерапії, пісочної терапії, імаготерапії, музикотерапії, бібліотерапії та натуртерапії.

4. Для дослідження особливостей адаптації вимушено переміщених українців сформовано комплекс індивідуально-особистісних параметрів, що розкриває специфіку соціально-психологічної адаптації, нервово-психічної адаптації, індивідуально-психологічної організації, актуального стану, толерантності до невизначеності, психологічного благополуччя, тривоги та соціальної довіри.

5. Емпірично встановлено кореляційні зв'язки соціально-психологічної, нервово-психічної адаптації з індивідуальними характеристиками, психофізичними даними, ставленням до невизначених ситуацій, психологічним добробутом та тривожністю. Підтверджено, що прийняття та позитивне ставлення до невизначеності та складних ситуацій виступає значущим предиктором адаптаційної спроможності вимушено переміщених осіб, сприяючи адекватному та ефективному подоланню стресових умов та кризових обставин. Адаптивна спроможність тісно корелює із суб'єктивними самовідчуттями цілісності та усвідомленості щодо свого життя, а психологічний та фізичний стан, емоційний комфорт є провідними чинниками підтримки оптимального рівня адаптації. Зафіксовано, що високий рівень адаптації супроводжується емоційною стабільністю, позитивним

ставленням до себе, спокоєм, соціальною активністю, орієнтацією на особистісний розвиток та досягнення власних цілей, психологічним благополуччям. Низький рівень адаптації пов'язаний з підвищеною тривогою та напруженням, психоемоційною вразливістю, негативним самосприйняттям та оцінкою себе, фізичним дискомфортом, незадовільним самопочуттям та негативним настроєм, труднощами соціальної інтеграції [196].

6. Виділено латентні фактори адаптації вимушено переміщених осіб, що впливають на функціональність та ефективність реагування в стресових ситуаціях. До них увійшли: емоційна адаптивність, життєва свідомість та цілеспрямованість, гнучкість в невизначеності, соціальна впевненість, автономність поведінки. Виявлено, що емоційна адаптивність базується на емоційній регулятивності, самовладанні, інтернальності, прийнятті себе та інших, спокої, та є базовим ресурсом, що підтримує психологічну стійкість. Життєва свідомість та цілеспрямованість забезпечує екзистенційне орієнтування та передбачає чіткість у формулюванні цілей, усвідомленість особистих цінностей і пріоритетів, автономію та позитивне налаштування. Гнучкість у невизначеності позначає позитивне ставлення до невизначених і складних ситуацій, прийняття невизначеності, вибір гнучких умов, та слугує важливим чинником мобільності у багатозначності і нечіткості, дозволяючи знаходити можливості у кризових ситуаціях. Соціальна впевненість інтегрує характеристики прийняття себе та інших, гнучкості, внутрішнього контролю, емоційного комфорту та прагнення до контролю над оточенням, та є визначальною для здатності до конструктивної взаємодії, збереження особистої позиції при налагодженні взаємовідносин у новому соціальному колі. Автономність поведінки пов'язана з урівноваженістю та практичністю поведінки, соціальною відкритістю та здатністю приймати самостійні рішення, що забезпечує збереження ідентичності в інтеграційних процесах.

7. Визначено та описано психологічні профілі вимушено переміщених українців із низьким та високим рівнем адаптації, на основі компаративного аналізу. Профіль з високою адаптацією характеризується

емоційною стійкістю та психологічною гнучкістю, автономністю, ефективністю в багатозначності та нечітких умовах, позитивним ставленням до себе. Дану групу представляють екстравертні особи з розвиненими комунікативними навичками, емпатією, сміливістю, лідерськими якостями та готовністю до конструктивної взаємодії. Вони активні, мобілізовані в стресі, енергійні, мають достатньо емоційного та фізичного ресурсу, володіють навичками саморегуляції та самовідновлення. Їм властиві відкритість до нового, прагнення до особистісного розвитку, віра в себе, усвідомлення своїх можливостей, наявність власних смислів та цілей, екзистенційна зрілість. Особи з високою адаптивністю проявляють організованість та зосередженість у стресових ситуаціях, впевненість та позитивне ставлення до невизначеності, яку сприймають як можливість для власного розвитку та зростання. Вони гнучкі у поведінці, варіюють стратегіями мислення та дій, аналітичні та стримані в довірі, незалежні до соціального схвалення.

Особам з низькою адаптацією характерні емоційна нестійкість, нервово-психічне напруження, інтолерантність до труднощів та раптових життєвих викликів, психоемоційне та фізичне виснаження, невпевненість в собі, чутливість до зовнішніх стресогенних чинників. Це інтровертні особи з підвищеною тривожністю, негативним емоційним фоном, схильністю до фрустрації та необґрунтованих переживань, що мають труднощі у взаємодії з собою та соціумом. Вони замкнуті, імпульсивні та дезорганізовані, у стресових обставинах відчують напруження та розосередження, побоюються та уникають невизначеності й змін, сприймають життєві труднощі як загрозу, пасивні. Представники профілю відчують загальне фізичне та емоційне виснаження, неенергійні, незадоволені собою та своїм життям, мають слабкі навички саморегуляції. Їм властиві роздратованість, занепокоєність, схильність до катастрофізації, закритість до нового, відчуття безпорадності та безсилля перед труднощами, пригніченість. Особи з низькою адаптацією виявляють дефіцити в емоційній, ціннісній та мотиваційній сферах, відсутність смислових життєвих орієнтирів та цілей, небажання до

самовдосконалення. Вони чутливі до схвалення та залежні до думки оточення, використовують довіру як захисний механізм для ідеалізації оточення, мають скарги на фізичне самопочуття та емоційний дисбаланс.

8. Розроблено програму психологічної допомоги вимушено переміщеним українцям, що зорієнтована на покращення психологічного стану та адаптаційних можливостей. У ній інтегровано провідні техніки м'язової релаксації та вивільнення напруги через рух з тілесно-орієнтованого підходу, медитативні та техніки регуляції дихання з майндфулнес-методу, елементи когнітивної реструктуризації та модифікації поведінкових стратегій з когнітивно-поведінкового підходу, елементи рольової взаємодії та активізації соціальної підтримки з інтерперсонального підходу, техніки усвідомленого самосприйняття та планування майбутнього з позитивного підходу. Розкрито вектори спрямованості програми: нормалізація стану, формування навичок саморегуляції та адаптивного мислення, активізація та посилення соціальної підтримки, мобілізація внутрішніх ресурсів. Її семизантцева структура передбачає перше діагностичне та шість інтервенційних занять із чітко визначеними цілями, методами та практичними техніками, що забезпечує поступове формування навичок саморегуляції, емоційної стабілізації, усвідомлення та трансформації дезадаптивних когнітивних й поведінкових стратегій, соціальної інтеграції.

9. Описано можливості модифікації програми залежно від специфіки запитів і потреб різних груп переміщених осіб, що робить її універсальним та інклюзивним інструментом психологічної підтримки. Програма враховує особливості інтервенції людей похилого віку, осіб з інвалідністю, батьків із дітьми, біженців та переселенців із вираженою симптоматикою посттравматичного стресового розладу, а також формати онлайн та офлайн зустрічей, пропонуючи модифікації змісту, темпу та методів психологічного впливу. Це забезпечує її доступність для кожної переміщеної особи, яка потребує психологічної допомоги, з урахуванням технічних та психологічних аспектів взаємодії.

10. Розкрито організаційні аспекти впровадження програми, що наслідують стратегії подальшої підтримки та довготривалого ефекту. Супровід учасників після проходження програми психологічної допомоги включає формати контрольних зустрічей, індивідуального супроводу, відвідування груп самодопомоги, устаткування ресурсними матеріалами та залучення до волонтерства. Для забезпечення довготривалого ефекту психологічної допомоги обґрунтовано тактики формування нового соціального середовища, проведення бустер-сесій та повторних курсів, моніторингу та зворотного зв'язку, підтримки ініціатив переміщених осіб, створення спільноти взаємопідтримки та впливу на громаду.

Подальший напрямок дослідження проблематики адаптації вимушено переміщених осіб вбачаємо в емпіричному вивченні динаміки адаптації переміщених осіб та апробації розробленої програми психологічної допомоги в різних групах вимушено переміщених осіб для оцінки її ефективності та валідності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абаніна Г. Використання наративних практик для подолання наслідків психотравмуючих ситуацій. *Особистість в умовах кризових викликів сучасності: матеріали методологічного семінару НАПН України* / за ред. С.Д.Максименка. Київ, 2016. С. 427–433.
2. Абаніна Г., Опанасюк О. Наративний підхід в сучасній психології. *Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку : тези доповідей II Міжнародної конференції*. Київ : Університет «КРОК», 2020. С. 188–190.
3. Абдуллаєва В. Features of social and psychological assistance to refugees. Матеріали V Міжнародної наукової студентської конференції «*Молодь і науковий прогрес у соціально-економічному та освітньому просторі суспільства*» (м. Кам'янець-Подільський, 5-6 грудень 2023 р.). Кам'янець-Подільський : НРЗВО КПДІ, 2023. С.255-257. URL :<https://kpdі.edu.ua/wp-content/uploads/2024/06/Materialy-V-Mizhnarodnoyi-naukovoyi-studentskoyi-konferentsiyi.pdf> (дата звернення : 14.11.2025).
4. Абдуллаєва В. В. Проживання сорому та провини у контексті війни. Матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції «*Modern technologies and processes of implementation of new methods*» (м. Мадрид, Іспанія, 6–9 лютого 2024 р.). Madrid, Spain. International Science Group, 2024. С.318–320. URL :<https://isg-konf.com/wp-content/uploads/2024/02/MODERN-TECHNOLOGIES-AND-PROCESSES-OF-IMPLEMENTATION-OF-NEW-METHODS.pdf> (дата звернення : 14.11.2025).
5. Абдуллаєва В. Індивідуально-психологічні детермінанти адаптації українських біженців. *Вісник Львівського університету*. Серія психологічних наук. 2025. №24. С. 3-13. URL : http://psy-visnyk.lnu.lviv.ua/archive/24_2025/3.pdf (дата звернення : 14.11.2025).
6. Абдуллаєва В. Індивідуально-психологічні передумови адаптивності українців в умовах вимушеної міграції. *Наукові праці Міжрегіональної*

- Академії управління персоналом*. 2025. №2 (67). С. 7-12. URL : <https://journals.maup.com.ua/index.php/psychology/issue/view/436> (дата звернення : 14.11.2025).
7. Абдуллаєва В. Латентні фактори психологічних станів українських біженців. *Наука і Освіта*. 2025. №2. С. 7-12. URL : <https://scienceandeducation.pdpu.edu.ua/arkhiv/vipuski-2025/vipusk-2-2025> (дата звернення : 14.11.2025).
8. Абдуллаєва В. Модель надання психологічної допомоги біженцям. *Габітус*. 2024. №62. С. 60-63. URL : <http://habitus.od.ua/62-2024> (дата звернення : 14.11.2025).
9. Абдуллаєва В. Організація надання психологічної допомоги біженцям з України. Матеріали XXIII Міжнародної науково-практичної конференції «*The influence of society on the development of science and the invention of new methods*» (м. Прага, Чехія 13-16 червень 2023 р.). Prague, Czech Republic : International Science Group, 2023. С.334-337. URL : <https://isg-konf.com/uk/the-influence-of-society-on-the-development-of-science-and-the-invention-of-new-methods> (дата звернення : 14.11.2025).
10. Абдуллаєва В. Психологічна підтримка переселенців : Інтегрований підхід до роботи з травмою. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «*Актуальні проблеми сучасної психології: теорія, досвід, практика*» (м. Одеса, 25–26 квітень 2025 р.). Одеса : Університет Ушинського, 2025. С.3–9. URL : <http://dspace.pdpu.edu.ua/handle/123456789/23132> (дата звернення : 14.11.2025).
11. Абдуллаєва В. Резильєнтність біженців. Матеріали XXXIX Міжнародної науково-практичної конференції «*Сучасні аспекти модернізації науки: стан, проблеми, тенденції розвитку*» (м. Гетеборг, Швеція, 7 грудень 2023 р.). м. Гетеборг (Швеція) : ГО «ВАДНД», 2023. С.276-279. URL : <http://perspectives.pp.ua/public/site/conferency/conf-39.pdf> (дата звернення : 14.11.2025).

- 12.Абдуллаєва В. Синдром відкладеного життя у біженців. Матеріали Міжнародної науково-практичної конференція «Євроінтеграція в мистецтві, науці та освіті: досвід, перспективи розвитку» (м. Клайпеда, Литва, 2024 р.). Klaipėda : Klaipėda University, 2024. С.183-185. URL :https://web.ku.lt/uploads/documents/files/Konferencijos_tezes_2024_03_08.pdf (дата звернення : 14.11.2025).
- 13.Абдуллаєва В. Теоретико-методологічні основи вивчення практики надання психологічної допомоги. *Перспективи та інновації наук*. 2024. №10(44). С. 742-753. URL : <http://perspectives.pp.ua/index.php/pis/article/view/15622> (дата звернення : 14.11.2025).
- 14.Абдуллаєва В. В., Казанжи М. Й. Світовий досвід надання психологічної допомоги біженцям : Можливості імплементації. *Наукові перспективи*. 2023. №12(42). С. 789-800. URL : <http://perspectives.pp.ua/index.php/np/issue/view/200/291> (дата звернення : 14.11.2025).
- 15.Адаптація дитини до школи / упоряд. С. Д. Максименко, К. С. Максименко, О. Ю. Плавник. Київ : Мікрос-СВС, 2003. 11 с.
- 16.Альошина А. Ю. Ефективність застосування технік медитацій і майндфулнесу під час розвитку стресостійкості українських біженців: кваліфікаційна робота магістра спеціальності 053 «Психологія» / наук. керівник Л. В. Спіцина. Запоріжжя : ЗНУ. 2025. 63 с.
- 17.Андрієнко А. Ю. *Волонтерство як соціальна практика в умовах військової агресії проти України: кваліфікаційна робота магістра спеціальності 231 «Соціальна робота: соціальна педагогіка»* / наук. кер. О. В. Пономаренко. Запоріжжя : ЗНУ, 2024. 63 с.
- 18.Антропова Т. О., Ковальчук С. А., Горбань О. П. Обстеження та визначення стану здоров'я : підручник для студ. вищ. мед. навч. закл. І–ІІ рівнів акредитації. Київ : Медицина, 2006. 351 с.

- 19.Бартош О. П., Шевченко С. А. Агентство ООН у справах біженців: підтримка соціальної адаптації мігрантів з України в Європі. *Scientific Research in XXI Century: матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Оттава, Канада, 16–18 лютого 2024 р.)*. Ottawa : Methuen Publishing House, 2024. С. 147–150.
- 20.Бек А. Т. *Когнітивна терапія депресії*. Київ : Науковий світ, 2016. 416 с.
- 21.Бень Н. В. Когнітивно-поведінкова терапія як інструмент розвитку здібностей людини в ситуації пошуку роботи. *Актуальні проблеми психології. Психологія обдарованості. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. 2018. С. 207–216.
- 22.Біженці та шукачі притулку. УВКБ ООН в Україні. 2025. URL: <https://www.unhcr.org/ua/refugees-asylum-seekers> (дата звернення : 14.11.2025).
- 23.Блинова О. Є. Соціально-психологічні чинники подолання кризи ідентичності вимушених мігрантів. У: *Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика : монографія / за ред. С.Д.Максименка, С. Б. Кузікової, В. Л. Зливкова*. Кн. 2. Суми : Вид-во СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2017. С. 162–180.
- 24.Блинова О. Є. Соціально-психологічна адаптація вимушених мігрантів: підходи і проблеми вивчення феномена акультурації. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки*. 2016. Вип. 3 (1). С. 111–117.
- 25.Бондаревська І. О., Михайленко В. О. Психологічний аналіз соціального капіталу в спільнотах іммігрантів та біженців. *Педагогіка і психологія. Вісник НАПН України*. 2016. № 2 (91). С. 71–76.
- 26.Бондаренко О. В. Психологічна допомога особистості. Харків : Фоліо, 1996. 237 с.
- 27.Важливі концепції відповідно до передового досвіду у сфері психічного здоров'я і психосоціальної підтримки (ПЗПСП). Гуманітарне реагування на надзвичайну ситуацію, пов'язану з переміщеними в результаті конфлікту

особами в Польщі. URL : <https://data.unhcr.org/ar/documents/download/92938>
(дата звернення : 14.11.2025).

28. Варбан Є. О. Життєва криза: поняття, концепції та прояви. *Проблеми сучасної психології : зб. наук. праць*. 2019. № 8. С. 120–133.

29. Василенко М. М., Омельченко Т. Г., Корнєва Ю. В. Вплив дихальних практик на психоемоційний стан осіб різного віку. *Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова. Серія 15*. 2024. № 3К(176). С. 144–149.

30. Великодна М. Психоаналіз і психоаналітична психотерапія як доказова практика: огляд емпіричних даних про ефективність роботи з дорослими. *Український психоаналітичний журнал*. 2023. Т. 1, № 2. С. 39–44.

31. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. *Вступ у когнітивно-поведінкову терапію*. Львів : Свічадо, 2014. 410 с.

32. Вольнова Л. М. Профілактика девіантної поведінки підлітків : навч.-метод. посіб. до спецкурсу «Психологія девіацій» для студентів спеціальності «Соціальна робота» у двох частинах. Ч. 1. Теоретична частина. 2-ге вид., перероб. і доповн. Київ, 2016. 188 с.

33. *Всесвітня організація охорони здоров'я. Управління проблемами плюс (УП+) : Індивідуальна психологічна допомога для дорослих у стані дистресу в громадах, що знаходяться під впливом несприятливих обставин (Загальна версія 1.0, що випробовується в польових умовах)*. Женева : ВООЗ, 2016. 142 с.

34. *Всесвітня організація охорони здоров'я. Управління проблемами плюс, груповий курс (Груповий курс УП+) : групова психологічна допомога дорослим у стані дистресу в громадах, що зазнають впливу несприятливих обставин (узагальнена версія 1.0 для апробації в польових умовах)*. Копенгаген : Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2025. 264 с.

35. Галецька І. І. Самоефективність у структурі соціальної адаптації. *Вісник Львівського національного університету. Серія : Філософські науки*. 2003. С. 138–149.

- 36.Глива Є. Вступ до психотерапії : навч. посіб. Острог–Київ : Острозька академія ; Кондор, 2009. 532 с.
- 37.Гнатюк В. М. Українські вимушені мігранти у Польщі та Іспанії : соціальний та інституційний виміри довіри. *Migration & Law*. 2025. Т. 5, № 1. С. 5–64.
- 38.Голосна К., Чаркіна О. Психологічне здоров'я особистості в умовах пандемії: діагностика, консультування, терапія. *Науковий часопис кафедри практичної психології КДПУ*. 2021. URL: <http://dx.doi.org/10.31812/123456789/6005> (дата звернення : 11.10.2024).
- 39.Гончарова (Склярова) Г., Варакіна Ю. Переваги використання наративного підходу в кризових життєвих ситуаціях. *Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку: тези доповідей IV Міжнародної конференції*. Київ : Університет «КРОК», 2022.
- 40.Гопкало Ю. П. Застосування тілесно орієнтованої психотерапії як одного з методів у роботі з дітьми та сім'ями, що пережили травмуючі події. *Психологія та соціальна робота*. 2020. № 1 (51). С. 50–61.
- 41.Грабовська Д. С. *Волонтерство як сучасна форма соціальної підтримки та допомоги: кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «бакалавр»* : спец. 231 «Соціальна робота» / ЧНУ ім. Петра Могили. Миколаїв, 2024. 89 с.
- 42.Григус І. М. Нетрадиційні засоби оздоровлення : навч. посіб. Рівне: НУВГП, 2017. 242 с.
- 43.Грішин Е. Резилієнтність особистості: сутність феномену, психодіагностика та засоби розвитку. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2021. № 64. С. 62–81.
- 44.Давиденко А. І. Використання методів ТФ КПТ у роботі з ПТСР. *Сучасні проблеми практичної психології: зб. тез доп. наук.-практ. конф. КНП «МКЛ № 6» ДМР*. Дніпро, 2019. Вип. 22, № 8. С. 82.

45. Дацков А. Аналіз проблеми адаптації особистості як предмета психологічних досліджень. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія : Психологічні науки*. 2019. № 3(14). С. 77–90.
46. Дворник М. С. Використання мобільних застосунків для подолання психотравматизації. *Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій: практичний посібник* / за ред. Т. М. Титаренко. Київ : Імекс-ЛТД, 2019. С. 113–139.
47. Дерев'янка С. П. Когнітивно-поведінкова терапія : навчально-метод. рекомендації. Чернігів : НУЧК імені Т. Г. Шевченка, 2023. 60 с.
48. Дудка І. А. Формування активної життєвої позиції студентів-переселенців. *Імідж сучасного педагога*. 2016. № 9 (168). С. 29–31. URL : http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=isp_2016_9_29 (дата звернення : 17.03.2025).
49. Єрін Є. О. Особливості декомпресії військовослужбовців, які перебували в екстремальних умовах. Чернігів, 2020. URL : <http://ir.stu.cn.ua/123456789/21176> (дата звернення : 14.07.2025).
50. Єфімова А. Г. Особливості соціально-психологічної адаптації українців до умов міграції у США. *Вісник післядипломної освіти. Серія : Соціальні та поведінкові науки*. 2022. Вип. 23 (52). С. 41–52.
51. Журавльова Л. П., Баранова А. В. Емоційні потреби та копінг-стратегії дорослих українців в умовах війни. *Слобожанський науковий вісник. Серія: Психологія*. 2024. Вип. 2. С. 20–26. URL : <https://journals.spu.sumy.ua/index.php/psy/article/view/473> (дата звернення : 03.01.2025).
52. Журавльова Л., Заруднева В. Агресія особистості юнацького віку в умовах війни. *Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова. Серія 12: Психологічні науки*. 2024. Вип. 25 (70). С. 81–

91. URL : <https://sj.udu.edu.ua/index.php/pn/article/view/1636> (дата звернення : 14.02.2025).
53. Журавльова Л., Хильченко Л. Статева диференціація ознак стресу в умовах війни. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12: Психологічні науки*. 2023. Вип. 21 (66). С. 17–25. URL : <https://sj.udu.edu.ua/index.php/pn/article/view/1369> (дата звернення : 14.10.2024).
54. Забезпечення доступу до соціальних прав біженців та шукачів захисту в Україні. *Right to Protection*. 2025. URL : https://r2p.org.ua/storage/documents/cfff57c652f5098ba93cd7b905e2d8863df516bb_original.pdf (дата звернення : 11.10.2024).
55. Завгородня О. В. Концепція власного життя особи: критерії інтегрованості. Актуальні проблеми психології : Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Том XIV : Методологія і теорія психології. Вип. 2. Київ-Ніжин : «ПП Лисенко М. М.». 2019. С. 119–228.
56. Завгородня О., Краєва О. Психологічні проблеми осіб, вимушено переміщених внаслідок російської агресії. *Вісник Національного університету оборони України*. 2023. № 73(3). С. 73–82.
57. Завгородня О. В. Розробка принципів інтегративно-екзистенційного трактовка. Теоретичні дослідження у психології: Збірник статей. Том. IV. Впор. В. О. Медінцев. Харків : Монограф. 2018. С. 136–151.
58. *Звіт про психічне здоров'я у світі: трансформація систем охорони психічного здоров'я для всіх*. Копенгаген : Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2023.
59. Ільїна Ю. Ю. Адаптивність особистості як умова перцептивно-інтерактивної компетентності. *Сучасні проблеми правового, економічного та соціального розвитку держави : зб. матеріалів*. Харків, 2018. С. 315.
60. Казанжи М. Й. Особистісні ресурси подолання психологічної кризи. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія:*

Психологія. 2015. Вип. 1. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadpn_2015_1_6 (дата звернення : 12.07.2025).

61.Казанжи М. Психологічна ресурсність студентської молоді в умовах карантинних обмежень. *Science and Education*. 2021. Вип. 1. С. 27–34. URL : <https://scienceandeducation.pdpu.edu.ua/articles/2021-1-doc/2021-1-st4> (дата звернення : 14.11.2025).

62.Карпенко Є. В. Позитивна психотерапія в роботі з макропсихотравмами й екзистенційними питаннями клієнта. *Організаційний комітет*. 2015. С. 129–132.

63.Карпенко Є. Методи сучасної психотерапії : навч. посіб. Дрогобич : Посвіт, 2015. 116 с. URL : <https://dspace.lvduvs.edu.ua/bitstream/1234567890/2361/1/Карпенко%20Є.В.%20методи%20сучасн%20психотер.pdf> (дата звернення : 14.09.2023).

64.Кашлюк Ю. І. Основні чинники, які впливають на психологічне благополуччя особистості. *Проблеми сучасної психології*. 2016. № 34. С. 170–186.

65.Кічук А. В. Психологічна ресурсність як основа психоемоційного здоров'я особистості. *Problems of Modern Psychology*. 2021. № 3. С. 92–98.

66.Клевака Л., Горбенко Ю. Синдром відкладеного життя у стресових умовах війни. *Психолого-педагогічні координати розвитку особистості : зб. наук. матеріалів III Міжнар. наук.-практ. конф., 2–3 червня 2022 р. Полтава : Національний університет імені Юрія Кондратюка, 2022. С. 105–109.*

67.Коваленко Н. В. Позитивна психотерапія та методологія MGS у організації та проведенні психосоціальних та традиційних ігор як додаткових інструментів групової терапії, консультування та коучингу дітей, які зустрілись з війною. *Слобожанський науковий вісник. Серія : Психологія*. 2023. Вип. 1. С. 17–22.

68.Кокурн О. М. *Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: монографія*. Київ : Міленіум, 2004. 265 с.

- 69.Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В. *Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення: методичний посібник*. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с. URL : <https://core.ac.uk/download/pdf/84274034.pdf> (дата звернення : 22.09.2025).
- 70.Кононенко О. І., Григоращенко А. В. Психологічні особливості адаптації дітей в умовах війни та еміграції. *Психологія та соціальна робота*. 2022. Вип. 1–2 (55–56). С. 71–79. URL : <http://psysocwork.onu.edu.ua/article/view/286668> (дата звернення : 27.01.2024).
- 71.Кононенко О. І., Кононенко А. О., Крошка К. І., Базика Є. Л. Життєстійкість та ціннісні орієнтації особистості як психологічні ресурси її психологічного здоров'я. *Наукові перспективи*. 2023. № 9(39). С. 565–575. URL : <http://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/view/6542> (дата звернення : 14.07.2024).
- 72.Корольчук М. С. Адаптація та її значення в системі психофізіологічного забезпечення діяльності. *Вісник. Збірник наукових статей Київського міжнародного університету. Серія: Педагогічні науки. Психологічні науки*. 2002. Вип. II. С. 211–213.
- 73.Корольчук М. С., Крайнюк В. М. *Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах : навчальний посібник для студентів ВНЗ*. Київ : Ніка-Центр, 2006. 580 с.
- 74.Крайнюк В. М. *Теорія та практика психологічної допомоги*. Київ : НАОУ, 2003. 158 с.
- 75.Куліш О. В., Качуріна М. О., Педченко О. В. Техніки майндфулнес у роботі зі стресом та тривогою в дорослих цивільних українців в умовах війни. *Наукові записки. Серія : Психологія*. 2025. № 1. С. 81–87.
- 76.Курапов А. О., Данилюк І. В. Травма війни 2022: оцінка ПТСР і КПТСР серед населення України та сусідніх країн. *Український психологічний журнал*. 2024. № 2 (22). С. 62–75.
- 77.Курова А. В. *Психологія особистості : навчально-методичний посібник*. Одеса : Фенікс, 2019. 40 с.

- 78.Лазуренко С. І., Білошицький С. В., Семенов А. М. Адаптація та адаптаційні можливості людини. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами*. 2014. № 11. С. 194–207. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/apnvlop_2014_11_17 (дата звернення : 14.11.2023).
- 79.Лібанова Е. М., Цимбал О. І. Масштаби та наслідки вимушеної міграції населення України внаслідок збройної агресії Російської Федерації. *Demography and Social Economy*. 2022. № 48 (2). С. 37–57.
- 80.Луценко О., Фарафонова Ю. Арттерапевтична група емоційної підтримки (онлайн) у період війни : досвід проведення, спостереження, висновки. *Простір арттерапії. Збірник наукових праць*. 2022. Вип. 2 (32). С. 68–81.
- 81.Лущик А. А., Іванова Т. В. Інтеграція когнітивно-поведінкової та схема-терапії у корекції гендерних упереджень : комплексний підхід. *Наукові записки. Серія : Психологія*. 2024. № 3. С. 32–40.
- 82.Максименко С. Д. Життєвий шлях особистості як базова категорія генетичної психології. *Збірник наукових праць. Психологічні науки*. 2010. № 2 (12). С. 5. URL : http://mdu.edu.ua/wp-content/uploads/files/3_15.pdf (дата звернення : 03.08.2024).
- 83.Максименко С. Д. Загальна психологія : навчальний посібник / вид. 3-тє, переробл. і допов. Київ, 2021. 272 с.
- 84.Марценюк М. О. Терапевтичні можливості бібліотерапії як сучасного методу психології допомоги. *Вчені записки ТНУ ім. В. І. Вернадського. Серія : Психологія*. 2020. Т. 31 (70), № 4. С. 218–223.
- 85.Мироненко Г. Проживання нового наративу як спосіб психологічної реабілітації у посттравматичній ситуації. *Київський науково-педагогічний вісник*. 2015. № 6 (06). С. 71–75.
- 86.Мілютіна К. Використання наративної психотерапії в роботі з біженцями та ВПО. *Соціально-психологічні технології розвитку особистості: зб. наук. праць за матеріалами VIII Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених, аспірантів та студентів* / ред. колегія: І. Крупник, І.

- Попович, Н. Тавровецька, О. Танасійчук (відп. за випуск) та ін. Херсон : ХДУ, 2023. С. 127–130.
87. Міхєєв О. М., Шульга М. О., Ничкало Н. Г., Лавренко О. В., Волович В. І., Білошицький П. В. Адаптація. *Енциклопедія Сучасної України* / за ред. В.І.Волович. Київ : [б. в.], 2001. Т. 1. С. 194–207.
88. Мушкевич М. І., Федоренко Р. П., Мельник А. П., Шкарлатюк К. І., Грицюк І. М., Коширець В. В., Дучимінська Т. І. *Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям*. Луцьк : Вежа-Друк, 2016. 260 с.
89. Мушкевич М. І., Чагарна С. Є. *Основи психотерапії : навчальний посібник* / за ред. М. І. Мушкевич. 3-тє вид. Луцьк : Вежа-Друк, 2017. 420 с.
90. Назарук Н. Проблема вивчення прокрастинації у психології. *Вісник Львівського університету. Серія : Психологічні науки*. 2022. № 14. С. 48–54.
91. Наконечна М. М. Допомога іншому: психологічні аспекти: монографія. 2-ге вид. Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя, 2019. 140 с.
92. Немеш О. М. *Віртуальна діяльність особистості: структура та динаміка психологічного змісту: монографія*. Київ : Слово, 2017. 391 с.
93. Ніколаєв Л. Феноменологія груп підтримки в умовах сучасних соціальних викликів України. *Вісник Національного університету оборони України*. 2025. № 83 (1). С. 123–136.
94. Овчар О., Больман С. Результати дослідження «Психічний стан українців під час війни проти Росії». *Google Drive*. 2022. URL : <https://drive.google.com/file/d/1hsNwEdq32p4a5aia24NIQpd61tiyY8mW/view> (дата звернення : 12.08.2025).
95. *Основи психотерапії* / за ред. К. В. Седих, О. О. Фільц. Київ : Академвидав, 2016. 192 с.
96. Павлюк О. І. Концепція «культурного шоку» та проблема адаптації іноземних студентів до нового культурного середовища. *Актуальні питання вищої медичної та фармацевтичної освіти: досвід, проблеми, інновації та сучасні технології: матеріали навч.-метод. конф. (Чернівці, 18 квітня 2018 р.)*. Чернівці, 2018. С. 424–426.

- 97.Пасічник В. І., Ліпатов І. І., Шестопалова Л. Ф., Приходько І. І. та ін. *Теорія та практика психологічної допомоги: навчальний посібник*. Харків : Акад. ВВ МВС України, 2011. 250 с.
- 98.Пачковський Ю. Ф., Марусяк Т. М. Соціокультурний капітал українських мігрантів: до проблеми міграційних викликів в умовах війни. *Вісник Львівського університету. Серія соціологічна*. 2024. Вип. 18. С. 30–41.
- 99.*Перша психологічна допомога: посібник для членів загону швидкого реагування Товариства Червоного Хреста України*. Київ : [б. в.], 2017. URL : https://redcross.org.ua/wp-content/uploads/2016/10/Перша-психологічна-допомога_ЗШР.pdf (дата звернення : 08.11.2024).
100. *Перша психологічна допомога: посібник фасилітатора з орієнтації працівників на місцях*. Київ : Пульсари, 2017. 103 с. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/102380/9786176150817-ukr.pdf?sequence=11> (дата звернення : 17.12.2023).
101. Приходько В. В., Кузьмінський В. П. Креативна валеологія : навчальний посібник. Дніпро : Національний гірничий університет, 2004. 230 с.
102. Приходько І., Колесніченко О., Мацегора Я. Організація надання першої психологічної допомоги військовослужбовцям Національної Гвардії України. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія : Психологічні науки*. 2020. № 12 (1). С. 266–287.
103. Психолог з освітою. Що таке синдром відкладеного життя? Психологічний розбір #психологіяукраїнською [Відео]. *YouTube*. 2023. URL : <https://www.youtube.com/watch?v=abZJspyQnAI> (дата звернення : 26.02.2024).
104. Психологи поруч з підлітками під час війни. *Поруч*. URL : <https://poruch.me/teenagers> (дата звернення : 14.11.2025).
105. Психопрофілактична робота з військовослужбовцями Національної гвардії України, які включені до групи посиленої психологічної уваги : метод. посібник / О. С. Колесніченко, Я. В. Мацегора, І. І. Приходько, М. С. Байда , А. А. Лиман , Н. В. Юр'єва. Харків : НА НГУ, 2021. 160 с.

106. *Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій* / за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : ТОВ «Видавництво “Логос”», 2015. 207 с.
107. *Психологічна допомога українцям у Франції*. Ecoute Ukraine. URL : <https://ecouteukraine.com> (дата звернення : 14.11.2025).
108. Пушко Є. І. Основні техніки з використанням уяви в когнітивно-поведінковій психотерапії. *Психологічні координати розвитку особистості: реалії і перспективи : матеріали V Міжнар. наук.-практ. онлайн-конф. (м. Полтава, 27–28 квітня 2020 р.)*. Полтава, 2020. С. 137–140.
109. *Ресурси по психологічному здоров'ю для іммігрантів та біженців*. USAHello. URL : <https://usahello.org/uk/здоровя/mental-health/допомога-та-сервіси/> (дата звернення : 14.11.2025).
110. Рисинець Т. П., Потоцька І. С., Лойко Л. С. Психологічний аналіз категорій життєвої ситуації та складної життєвої ситуації. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2016. Т. 2, № 1. С. 69.
111. Ровенчак О. А., Володько В. В. Особливості соціокультурної адаптації українських іммігрантів у США. *Наукове пізнання: методологія та технології*. 2019. № 1 (42). С. 118–144. URL : <https://is.gd/BfE4> (дата звернення : 19.11.2023).
112. Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. *NeuroNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2012. № 1 (36). С. 3–10.
113. Сазонова О. В. Особливості уявлень молоді та дорослих про фахову психологічну допомогу. *Problems of Modern Psychology*. 2021. № 2. С. 142–153.
114. Саннікова О. П., Санніков О. І. Прогнозування спрямованості та розвитку професійного консультування. *Наукові перспективи*. Серія «Психологія». 2025. №10 (64). С. 1667-1681. URL : <http://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/view/31007/30972> (дата звернення : 11.10.2025).

115. Саннікова О. П., Санніков О. І. Невизначеність і особистість : варіації вибору *Перспективи та інновації науки*. 2023. № 12 (30). С. 723-738. URL : <http://perspectives.pp.ua/index.php/pis/article/view/5958> (дата звернення : 11.11.2024).
116. Сердюк Л. З. та ін. *Психологічні технології сприяння позитивному психічному здоров'ю різних верств населення України в умовах воєнного стану та післявоєнного відновлення : практичний посібник* / за ред. Л. З. Сердюк. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2024. 168 с.
117. Сікора Я. Адаптація як об'єкт наукового дослідження: психолого-педагогічний аналіз. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія : Педагогіка. Соціальна робота*. 2022. № 2(51). С. 135–139.
118. Слюсаревський М. М. Психологія міграції : навчальний посібник / М.М.Слюсаревський, О. Є. Блинова ; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Київ : Талком, 2018. 360 с.
119. Соколова Г. Б., Кравець Ю. О. Психологічний супровід родин дітей з особливими потребами в умовах посттравматичного стресового розладу : виклики та перспективи. *Перспективи та інновації науки*. Серія «Психологія». 2025. №8 (54). С. 1744-1754. URL : <http://perspectives.pp.ua/index.php/pis/article/view/27948/27909> (дата звернення : 08.09.2025).
120. Соколова Г. Б. Спрямованість психологічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами щодо формування міжетнічної толерантності в умовах вимушеної міграції. *Ментальне здоров'я*. 2024. №3. С. 94-99. URL : <https://journals.oneu.od.ua/index.php/mh/article/view/43/41> (дата звернення : 03.02.2025).
121. Терлецька Л. Г. Терапія рухом у роботі практикуючого психолога як засіб становлення соціалізації свідомості особистості. *Психологія. Педагогіка. Соціальна робота*. 2013. Вип. 1 (7). С. 55–57.

122. Титаренко Т. М. Напрями психологічної реабілітації особистості, що переживає події війни. *Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій : зб. статей*. Київ : Міленіум, 2015. С. 3–14.
123. Ульянова Т. Ю. Особливості ресурсності осіб, які пережили травматичні події різного ступеня впливу. *Наукові записки Львівського державного університету безпеки життєдіяльності*. Педагогіка і психологія. 2024. №1 (3). С.74-79. URL : <https://journal.ldubgd.edu.ua/index.php/pp/article/view/2828> (дата звернення : 11.01.2025).
124. Ульянова Т. Ю. Індивідуально-психологічні особливості стресостійкості психологів. *Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти*. Серія «Педагогіка. Психологія». 2023. №3. С. 85-91. URL : <https://journals.academ.vinnica.ua/index.php/ped-psyh/article/view/70> (дата звернення : 15.11.2024).
125. Федулова О. О. Арт-терапія як метод психологічної допомоги дітям, які постраждали внаслідок війни: кваліфікаційна робота магістра спеціальності 053 «Психологія» / наук. керівник Н. О. Мосол. Запоріжжя : ЗНУ. 2022. 65 с.
126. Чекстере О. Ю. Допомога в адаптації дітям-переселенцям, які перенесли психоемоційну травму або серйозну втрату. *Психологічні виміри особистісної взаємодії суб'єктів освітнього простору в контексті гуманістичної парадигми : збірник тез V Міжнародної науково-практичної конференції, 22 квітня 2022 р.* Київ, 2022. С. 151–155.
127. Черезова І. Адаптивна поведінка особистості в контексті життєвих криз. *Наукові записки Бердянського державного педагогічного університету*. Серія: Педагогічні науки, Вип. 1. Київ, 2021. С. 72–79. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/nzbdpu_2021_1_10 (дата звернення : 11.11.2023).
128. Черезова І. О. *Психологія життєвих криз особистості: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів*. Бердянськ : БДПУ, 2016. 193 с.
129. Чиханцова О. Психологічні основи життєстійкості особистості: монографія. Київ : Талком, 2021 р. 319 с.

130. Чиханцова О., Гуцол К. *Психологічні основи розвитку резильєнтності особистості в період пандемії Covid-19: практичний посібник*. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2022. 128 с.
131. Шлонська О. О. Розгляд поняття «адаптація» з погляду системного підходу. *Актуальні проблеми психології. Том III: Консультативна психологія і психотерапія: збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України* / за ред. С. Д. Максименка. Київ : Видавець Лисенко М. М., 2013. Вип. 9.
132. Шмиглюк О. Розвиток здорової самооцінки методом КПТ : автореф. диплом. роботи. *Український інститут когнітивно-поведінкової терапії*. Львів, 2016. URL : <https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Шмиглюк-О.-Розвиток-здорової-самооцінки-методом-КПТ.pdf> (дата звернення : 14.10.2021).
133. Щербина Ю. *Результативність технік майндфулнес за допомогою VR інтервенцій на суб'єктивне переживання дистресу: магістерська робота* : (053 «Психологія»). Львів : Український католицький університет, кафедра клінічної психології, 2024. 72 с.
134. AlRefaie A., Dowrick C. Causes and Risk Factor of Post-Traumatic Stress Disorder in Adult Asylum Seekers and Refugees. *Psychiatry International*. 2021. Vol. 2, no. 4. P. 410–423. URL : <https://doi.org/10.3390/psychiatryint2040032> (дата звернення : 12.12.2024).
135. Althobaiti S., Kazantzis N., Ofori-Asenso R., Romero L., Fisher J., Mills K. E., Liew D. Efficacy of interpersonal psychotherapy for post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2020. Vol. 264. P. 286–294.
136. APA Dictionary of Psychology. Adaptation. American Psychological Association. URL: <https://dictionary.apa.org/adaptation> (дата звернення : 11.05.2022).

137. Badr H., Acitelli L., Duck S., Carl W. Weaving social support and relationships together. *Personal relationships: Implications for clinical and community psychology*. Chichester : John Wiley and Sons Ltd, 2001. P. 1–14.
138. Beck A., Freeman A., Davis D. *Cognitive therapy for personality disorders*. New York : Guilford Press, 2004. P. 80.
139. Beck J. *Cognitive therapy for challenging problems*. New York : Guilford Press, 2005.
140. Beiser M. *Migration: Opportunity or mental health risk*. Vancouver : University of British Columbia, Department of Psychiatry, Division of Social and Cultural Psychiatry, 1990.
141. Beiser M. Resettling Refugees and Safeguarding their Mental Health: Lessons Learned from the Canadian Refugee Resettlement Project. *Transcultural Psychiatry*. 2009. Vol. 46, no. 4. P. 539–583.
142. Beiser, M. Changing time perspective and mental health among Southeast Asian refugees. *Cult Med Psych*. 1987. Vol. 11. P. 437–464.
143. Berry J. W. Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology: An International Review*. 1997. Vol. 46, no. 1. P. 5–34.
144. Berry J. W., Blondel T. Psychological Adaptation of Vietnamese Refugees in Canada. *Canadian Journal of Community Mental Health*. 1982. Vol. 1, No. 1. P. 81–88.
145. Berry J. W., Phinney J. S., Sam D. L., Vedder P. Immigrant Youth: Acculturation, Identity, and Adaptation. *Applied Psychology*. 2006. Vol. 55, no. 3. P. 303–332.
146. Berthold S. M., Mollica R. F., Silove D., Tay A. K., Lavelle J., Lindert J. The HTQ-5 : revision of the Harvard Trauma Questionnaire for measuring torture, trauma and DSM-5 PTSD symptoms in refugee populations. *European Journal of Public Health*. 2019. Vol. 29, no. 3. P. 468–474.
147. Betancourt T. S., Khan K. T. The mental health of children affected by armed conflict : protective processes and pathways to resilience. *International Review of Psychiatry*. 2008. Vol. 20, no. 3. P. 317–328.

148. Bilewicz M., Babińska M., & Gromova A. (2024). High rates of probable PTSD among Ukrainian war refugees: the role of intolerance of uncertainty, loss of control and subsequent discrimination. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1).
149. Blackmore, R., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasingha, S., Gray, K. M., Fitzgerald, G., Misso, M., & Gibson-Helm, M. The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers : A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2020. Vol. 17, No. 9
150. Bleiberg K. L., Markowitz J. C. Interpersonal psychotherapy for PTSD : Treating trauma without exposure. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2019. Vol. 29, No. 1. P. 15–22.
151. Bonanno G. A. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*. 2004. Vol. 59, no. 1. P. 20–28.
152. Booth J. W., Neill J. T. Coping strategies and the development of psychological resilience. *Journal of Outdoor and Environmental Education*. 2017. Vol. 20. P. 47–54.
153. Bryant R. A. et al. Posttraumatic Stress Disorder in Refugees. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2023. Vol. 19, no. 1. URL : <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-080921-080359> (дата звернення : 14.10.2024).
154. Budiman A., Tamir C., Mora L., Noe-Bustamante L. Facts on U.S. immigrants, 2018. Statistical portrait of the foreign-born population in the United States. *Pew Research Center*. 20.08.2020. URL : <https://www.pewresearch.org/hispanic/2020/08/20/facts-on-u-s-immigrants> (дата звернення : 14.10.2024).
155. Cao S., Geok S. K., Roslan S., Qian S., Sun H., Lam S. K., Liu J. Mindfulness-based interventions for the recovery of mental fatigue: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. Vol. 19, No. 13. P. 7825.

156. Carpenter J. K., Andrews L. A., Witcraft S. M., Powers M. B., Smits J. A. J., & Hofmann S. G. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and Anxiety*. 2018. Vol. 35, no. 6. P. 502–514.
157. Cattell R. B., Eber H. W., Tatsuoka M. M. *Handbook for the Sixteen Personality Factor Questionnaire (16PF)*. Champaign, IL : IPAT, 1970.
158. Chudzicka-Czupala A., Hapon N., Chiang S. K., Żywiołek-Szeja M., Karamushka L., Lee C. T., Grabowski D., Paliga M., Rosenblat J. D., Ho R., McIntyre R. S., & Chen Y. L. Depression, anxiety and post-traumatic stress during the 2022 Russo-Ukrainian war, a comparison between populations in Poland, Ukraine, and Taiwan. *Sci Rep*. 2023. Vol. 13, P. 3602. URL : <https://doi.org/10.1038/s41598-023-28729-3> (дата звернення : 17.07.2025).
159. Cloitre M. Effective psychotherapies for posttraumatic stress disorder : A review and critique. *CNS Spectrums*. 2009. Vol. 14, Suppl. 1. P. 32–43.
160. Cobb C. L., Branscombe N. R., Meca A., Schwartz S. J., Xie D., Zea M. C., Molina L. E., Martinez C. R. Toward a Positive Psychology of Immigrants. *Perspectives on Psychological Science*. 2018. Vol. 14, no. 4. URL : <https://doi.org/10.1177/1745691619825848> (дата звернення : 15.07.2025).
161. Coleman S. F., Mukasakindi H., Rose A. L., Galea J. T., Nyirandagijimana B., Hakizimana J., Smith S. L. Adapting Problem Management Plus for implementation : Lessons learned from public sector settings across Rwanda, Peru, Mexico and Malawi. *Intervention*. 2021. Vol. 19, No. 1. P. 58.
162. Craske M. G., Meuret A. E., Ritz T., Treanor M., Dour H. J. Cognitive-behavioral therapy for anxiety : Mechanisms and outcomes. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2017. Vol. 19, No. 4. P. 533–546.
163. Dawson K. S., Bryant R. A., Harper M., Kuowei Tay A., Rahman A., Schafer A., van Ommeren M. Problem Management Plus (PM+) : a WHO transdiagnostic psychological intervention for common mental health problems. *World Psychiatry*. 2015. Vol. 14, No. 3. P. 354–357.

164. De Couck M., Caers R., Musch L., Fliegauf J., Giangreco A., Gidron Y. How breathing can help you make better decisions : Two studies on the effects of breathing patterns on heart rate variability and decision-making in business cases. *International Journal of Psychophysiology*. 2019. Vol. 139. P. 1–9.
165. Different approaches to psychotherapy. *American Psychological Association*. URL : <https://www.apa.org/topics/psychotherapy/approaches> (дата звернення : 07.07.2025).
166. Długosz P. War trauma and strategies for coping with stress among Ukrainian refugees staying in Poland. *Journal of Migration and Health*. 2023. Vol. 8. P. 100196.
167. Drake D. Narrative coaching. *The Coaches' Handbook* / ed. by J. Passmore. Routledge, 2020. P. 257–266.
168. Draper A., Marcellino E., Ogbonnaya C. Narrative therapy and continuing bonds enquiry with refugees and asylum seekers : Bridging the past and the future. *Journal of Family Therapy*. 2022. Vol. 44, no. 4. P. 520–534.
169. Egan S. J. Unguided low intensity cognitive behaviour therapy for anxiety and depression during the COVID-19 pandemic : A randomised trial. *Behaviour Research and Therapy*. 2021. Vol. 144. P. 103902.
170. Ehlers A., Clark D. M., Hackmannb A., McManusa F., Fennellb M. Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*. 2005. Vol. 43. P. 413–431.
171. Farmer T. A. Overcoming Adversity: Resilience Development Strategies for Educational Leaders. *Georgia Educational Researcher*. 2010. Vol. 8, iss. 1.
172. Fazel M., Wheeler J., Danesh J. _Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries : a systematic review. *Lancet* (London, England). 2005. Vol. 365, no. 9467. P. 1309–1314.
173. Fincham G. W., Kartar A., Uthaug M. V., Anderson B., Hall L., Nagai Y., Colasanti A. High ventilation breathwork practices : An overview of their effects, mechanisms, and considerations for clinical applications. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2023. Vol. 155.

174. Für Ukrainer in Deutschland : Wo erhalte ich psychologische Hilfe? URL : <https://www1.wdr.de/nachrichten/fluechtlinge/ukraine-deutschland-psychische-hilfe-100.html> (дата звернення : 14.11.2025).
175. Gantt L., Tinnin L. W. Support for a neurological view of trauma with implications for art therapy. *The Arts in Psychotherapy*. 2009. Vol. 36. P. 148–153.
176. Garcini L., Murray K., Zhou A., Klonoff E., Myers M., Elder J. Mental health of undocumented immigrant adults in the United States : a systematic review of methodology and findings. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 14, 1–25, 2016.
177. Gattinara P. C., Pallini S. The use of EMDR with refugees and asylum seekers : a review of research studies. *Clinical Neuropsychiatry*. 2017. Vol. 5, no. 14. P. 341–344. URL: <https://www.emdr-es.org/Content/PDF/The-use-ofEMDR-with-refugees-and-asylum-seekers-a-review-ofresearch-studies.pdf> (дата звернення : 04.10.2023).
178. Goyal M., Singh S., Sibinga E. M., Gould N. F., Rowland-Seymour A., Sharma R., Berger Z., Sleicher D., Maron D. D., Shihab H. M., Ranasinghe P. D., Linn S., Saha S., Bass E. B., Haythornthwaite J. A. Meditation Programs for Psychological Stress and Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Internal Medicine*. 2014. Vol. 174, no. 3. P. 357–368.
179. Graves T. Psychological acculturation in a tri-ethnic community. *South-Western Journal of Anthropology*. 1967. Vol. 23. P. 337–350.
180. Grinberg L., Grinberg R. *Migración y exilio. Estudio psicoanalítico*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 1996. 222 p.
181. Guruge S., Thomson M. S., George U., Chaze F. Social support, social conflict, and immigrant women's mental health in a Canadian context: a scoping review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2015. Vol. 22, no. 9. P. 655–667.
182. Gwozdziejwycs N. Meta-Analysis of the Use of Narrative Exposure Therapy for the Effects of Trauma Among Refugee Populations. *The Permanente Journal*. 2013. Vol. 17, no. 1. P. 72–78.

183. Hart M. E. *Reclaiming Psychological Wellness Through Arts-Based Mindfulness: PhD Dissertation in Education*. Seattle : University of Washington, 2024. 211 p.
184. Hensel-Dittmann D., Schauer M., Ruf M., Catani C., Odenwald M., Elbert T., Neuner F. Treatment of Traumatized Victims of War and Torture : A Randomized Controlled Comparison of Narrative Exposure Therapy and Stress Inoculation Training. *Psychother Psychosom*. 2011. Vol. 80, no. 6. P. 345–352.
185. Hofmann S. G., Asnaani A., Vonk I. J., Sawyer A. T., Fang A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy : A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*. 2012. Vol. 36, no. 5. P. 427–440. URL : <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1> (дата звернення : 18.10.2024).
186. Holmqvist G., Lundqvist-Persson C. A Structured Observation Framework for Evaluating Clients' Inner Change During and After Art Therapy. *Art Therapy*. 2023. P. 1–9. URL : <https://doi.org/10.1080/07421656.2023.2240681> (дата звернення : 14.11.2025).
187. Hutchinson M., Dorsett P. What does the literature say about resilience in refugee people? Implications for practice. *Journal of Social Inclusion*. 2012. Vol. 3, no. 2. P. 55–78. URL : https://www.researchgate.net/publication/289446301_What_does_the_literature_say_about_resilience_in_refugee_people_Implications_for_practice (дата звернення : 03.08.2024).
188. Jeebodh-Desai L. *The implementation of trauma-sensitive mindfulness by an educational psychologist to address post-traumatic stress disorder (PTSD) of war-traumatized refugees* : Doctoral Dissertation. Johannesburg : University of Johannesburg, 2022. 226 p.
189. Jeebodh-Desai L., Dwarika V. M. Trauma-Sensitive Mindfulness for War Refugees : Communication of Preliminary Findings. *Trauma Care*. 2022. Vol. 2, No. 4. P. 556–568.

190. Jobeir H., Peton G., Brigand A., Chatain C., Sass C., Moulin J.-J. Soutien psychologique chez des personnes en fragilité sociale dans le cadre d'un examen périodique de santé. *Santé Publique*. 2009. Vol. 21. P. 619–630.
191. Johnson D. R. The role of the creative arts therapies in the diagnosis and treatment of psychological trauma. *The Arts in Psychotherapy*. 1987. Vol. 25, no. 2. P. 85–99.
192. Kabat-Zinn J. *Mindfulness meditation for everyday life*. Piatkus Books, 1994. 270 p.
193. Karstoft K. I., Корчакова Н. В. Ознаки посттравматичного стресового розладу серед українських біженців в Данії. *Розвиток національної свідомості та національної ідентичності особистості у поствоєнний період: збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції*. Рівне : РДГУ, 2023. С. 8–12. URL : https://rshu.edu.ua/images/nauka/04_mmtvnpk/rns_2023m.pdf#page=7 (дата звернення : 07.08.2025).
194. Karstoft, K. I., Korchakova, N., Koushede, V. J., Morton, T. A., Pedersen, A. A., Power, S. A., & Thøgersen, M. H. (Complex) PTSD in Ukrainian refugees : Prevalence and association with acts of war in the Danish refugee cohort (DARECO). *Journal of Affective Disorders*. 2024. Vol. 366. P. 66–73. URL : <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.08.170> (дата звернення : 11.08.2024).
195. Keng S., Smoski M. J., Robins C. J. Effects of mindfulness on psychological health : A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*. 2011. Vol. 31, No. 6. P. 1041–1056.
196. Kononenko O., Overchuk V., Berezka S., Liesnichenko N., Ostopolets I., Lapshova N. Psychosocial rehabilitation under long-term stress: a relevant approach for effectively achieving results. *AD ALTA : Journal of Interdisciplinary Research*. 2023. Vol. 13, Issue 1 (Special Issue XXXIII). P. 99–104. URL : http://www.magnanimitas.cz/ADALTA/130133/papers/A_17.pdf (дата звернення : 02.10.2025).

197. Kuhfuß M., Maldei T., Hetmanek A., Baumann N. Somatic experiencing – effectiveness and key factors of a body-oriented trauma therapy: a scoping literature review. *European Journal of Psychotraumatology*. 2021. Vol. 12, No. 1. P. 1929023.
198. Kuntz J. R. C., Malinen S., Näswall K. Employee resilience: Directions for resilience development. *Consulting Psychology Journal : Practice and Research*. 2017. Vol. 69, no. 3. P. 223–242.
199. Lating J. M., Everly G. S. *Johns Hopkins Guide to Psychological First Aid*. Baltimore : Johns Hopkins University Press, 2017. 232 p.
200. Lazarus R. S., Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York : Springer, 1984. 456 p.
201. *Lives on hold : Intentions and perspectives of refugees and IDPs from Ukraine (Regional intentions report. UNHCR and Ipsos SA in Switzerland)*. 2023. 40 p. URL : <https://www.unhcr.org/ua/wp-content/uploads/sites/38/2023/07/UNHCR-LIVES-ON-HOLD-4-INTENTIONS-AND-PERSPECTIVES-OF-REFUGEES-FROM-UKRAINE.pdf> (дата звернення : 09.07.2024).
202. López-López J. A., Davies S. R., Caldwell D. M., Churchill R., Peters T. J., Tallon D., Dawson S., Wu Q., Li J., Taylor A., Lewis G., Kessler D. S., Wiles N., Welton N. J. The process and delivery of CBT for depression in adults : a systematic review and network meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2019. Vol. 49, no. 12. P. 1937–1947.
203. Lorenz L., Doherty A., Casey P. The Role of Religion in Buffering the Impact of Stressful Life Events on Depressive Symptoms in Patients with Depressive Episodes or Adjustment Disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019. Vol. 16, no. 7. P. 1238.
204. Lushchak O., Velykodna M., Bolman S., Strilbytska O., Berezovskyi V., Storey K. B. Prevalence of stress, anxiety, and symptoms of post-traumatic stress disorder among Ukrainians after the first year of Russian invasion : a nationwide cross-sectional study. *The Lancet Regional Health - Europe*. 2024. Vol. 36. P. 100773.

205. Lynch P. Delayed life syndrome. *Pragueintegration*. 2021. URL : <https://pragueintegration.cz/education/delayed-life-syndrome/> (дата звернення : 03.08.2024).
206. Markowitz J. C. *Interpersonal psychotherapy for posttraumatic stress disorder*. Oxford : Oxford University Press, 2016. 169 p.
207. Masten A. S. Resilience in developing systems : the promise of integrated approaches. *European Journal of Developmental Psychology*. 2016. Vol. 13, no. 3. P. 297–312.
208. McLain D. L. The MSTAT I : A new measure of an individual's tolerance for ambiguity. *Educational and Psychological Measurement*. 1993. Vol. 53, No. 1. P. 183–189.
209. McLeod S. Piaget's Theory and Stages of Cognitive Development. *Simply Psychology*. 2025. URL : <https://www.simplypsychology.org/piaget.html> (дата звернення : 07.12.2023).
210. *Mental health and psychosocial support for resettled refugees*. Rome : International Organization for Migration (IOM), 2021. 85 p. URL : <https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbd1486/files/documents/mental-health-for-resettledrefugees-guidelines.pdf> (дата звернення : 11.10.2024).
211. Meyer E. C., Szabo Y. Z., Frankfurt S. B., Kimbrel N. A., DeBeer B. B., Morissette S. B. Predictors of recovery from post-deployment posttraumatic stress disorder symptoms in war veterans : The contributions of psychological flexibility, mindfulness, and self-compassion. *Behaviour Research and Therapy*. 2019. Vol. 114. P. 7–14.
212. Miller K. E. M. Can Mindfulness Improve the Mental Health of Refugees? *Psychology Today*. 2022. URL : <https://www.psychologytoday.com/gb/blog/the-refugeeexperience/202209/can-mindfulness-improve-themental-health-refugees> (дата звернення : 02.03.2025).
213. Mollica R. F., Caridad K. R., Massagli M. P. Longitudinal Study of Posttraumatic Stress Disorder, Depression, and Changes in Traumatic Memories

- Over Time in Bosnian Refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2007. Vol. 195, no. 7. P. 572–579.
214. Nassif T. H., Adrian A. L., Gutierrez I. A., Dixon A. C., Rogers S. L., Jha A. P., Adler A. B. Optimizing performance and mental skills with Mindfulness-Based Attention Training: two field studies with operational units. *Military Medicine*. 2021. Vol. 188, no. 3-4. P. 761-770.
215. Naydonova L., Dembitsky S., Stepanenko V. Predictors and protectors of the risk of developing post-traumatic stress disorder in Ukrainians as a result of the Russian-Ukrainian war : Demographic aspects and war stressors. *Scientific Studios on Social and Political Psychology*. 2024. Vol. 30, no. 2. P. 6–16.
216. O'Shea B., Hodes M., Down G., Bramley J. A school-based mental health service for refugee children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 5, 189–201, 2000.
217. Ogden P., Minton K., Pain C. *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy (Norton Series on Interpersonal Neurobiology)*. New York : W. W. Norton, 2006. Vol. 37, no. 4. P. 514-516.
218. Onyut P. L. Setting up mental health provision by building local capacity : the case of Nakivale : epidemiological and treatment outcomes. *Dissertation*. Konstanz : University of Konstanz, 2005. 209 p. URL : <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:352-opus-17353> (дата звернення : 09.08.2025).
219. Paoletti P., Perasso G., Lillo C., Serantoni G., Maculan A., Vianello F., Giuseppe T. Envisioning the future for families running away from war : Challenges and resources of Ukrainian parents in Italy. *Frontiers in Psychology*. 2023. Vol. 14.
220. Parruca E. Positive group therapy through traditional games with a Positum MGS approach for building resilience against trauma in times of pandemics, war and earthquakes : theoretical considerations and practical applications of «The Witches» game. *The Global Psychotherapist*, Vol. 3, no. 2, 2023. P. 45–57.
221. Peconga E. K., Høgh Thøgersen M. Post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety in adult Syrian refugees : What do we know? *Scandinavian Journal of Public Health*. 2020. Vol. 48, no. 7. P. 677–687.

222. Piaget J. *Sociological Studies*. London: Routledge, 1995. 329 p.
223. *Policy on Addressing Mental Health and Psychosocial Needs*. Geneva : International Red Cross and Red Crescent Movement, 2019. 16 p. URL : https://pscentre.org/wp-content/uploads/2021/02/Movement_MHPSS_Policy_Eng_single.pdf (дата звернення : 22.12.2023).
224. Popovych I., Bokhonkova Y., Sokolova H., Forostian O., Rodchenkova I., Yurkiv Y., Korniienko I. Impact of emotionality and locus of control on athletes' motivation for success achievement and failure avoidance in individual sports. *Journal of Physical Education and Sport*. 2024. Vol. 24. P. 292–302.
225. Popovych I., Tkach T., Sirko R., Rudenko L., Sokolova H., Slobodanyk V., Blynova O. Research on mental states of anxiety of first-year cadets of the University of Life Safety. *Revista Inclusiones*. 2020. April. P. 264–278. URL : <https://revistainclusiones.org/index.php/inclu/article/view/1233> (дата звернення : 07.07.2025).
226. *Psychological First Aid For All*. European Psychiatric Association – EPA. URL : <https://www.europsy.net/app/uploads/2022/03/Psychological-first-aid-WHO-presentation.pdf> (дата звернення : 03.08.2024).
227. Rafaeli A. K., Markowitz J. C. Interpersonal psychotherapy (IPT) for PTSD : a case study. *American Journal of Psychotherapy*. 2011. Vol. 65, No. 3. P. 205–223.
228. Rahman A., Riaz N., Dawson K. S., Usman Hamdani S., Chiumento A., Sijbrandij M., Minhas F., Bryant R. A., Saeed K., van Ommeren M., Farooq S. Problem Management Plus (PM+) : pilot trial of a WHO transdiagnostic psychological intervention in conflict-affected Pakistan. *World Psychiatry*. 2016. Vol. 15, No. 2. P. 182–183.
229. Resick P. A., Wachen J. S., Dondanville K. A., Pruiksma K. E., Yarvis J. S., Peterson A. L., Mintz J., Borah E. V., Brundige A., Hembree E. A., Litz B. T., Roache J. D., Young-McCaughan S., STRONG STAR Consortium. Effect of Group vs Individual Cognitive Processing Therapy in Active-Duty Military Seeking

- Treatment for Posttraumatic Stress Disorder : A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2017. Vol. 74, no. 1. P. 28–36.
230. Riessman C. K. *Research Interviewing: Context and Narrative*. Cambridge, MA : Harvard University Press, 1986. 213 p.
231. Röhrich F. Body-oriented psychotherapy: The state of the art in empirical research and evidence-based practice: A clinical perspective. *Journal of Body, Movement & Dance in Psychotherapy*. 2009. Vol. 4, No. 2. P. 135–156.
232. Rose-Clarke K., Pradhan I., Shrestha P., B. K. P., Magar J., Luitel N. P., Verdeli H. Culturally and developmentally adapting group interpersonal therapy for adolescents with depression in rural Nepal. *BMC Psychology*. 2020. Vol. 8, No. 1. P. 83.
233. Rothschild B. *The Body Remembers: The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*. New York : W. W. Norton, 2000. 208 p.
234. Ryff C. D. Happiness is everything, or is it? *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989. Vol. 57, No. 6. P. 1069–1081.
235. Save the Children. *Lives uprooted : The impact of war on Ukrainian families in Romania*. London, 2023. URL : <https://www.savethechildren.net/what-we-do/emergencies/war-ukraine> (дата звернення : 19.11.2023).
236. Schrader C., Ross A. A Review of PTSD and Current Treatment Strategies. *Missouri Medicine*. 2021. Vol. 118, No. 6. P. 546–551.
237. Segal Z. V., Williams J. M. G., Teasdale J. D. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. New York : Guilford Press, 2018. 328 p.
238. Seidler G. H., Wagner F. E. Comparing the efficacy of EMDR and trauma focused cognitive behavioural therapy in the treatment of PTSD : A meta-analytic study. *Psychological Medicine*. 2006. Vol. 36. P. 1515–1522.
239. Shakeri J., Ahmadi S. M., Maleki F., Hesami M. R., Parsa Moghadam A., Ahmadzade A., Shirzadi M., Elahi A. Effectiveness of Group Narrative Therapy on Depression, Quality of Life, and Anxiety in People with Amphetamine Addiction :

A Randomized Clinical Trial. Iranian Journal of Medical Sciences. 2020. Vol. 45, no. 2. P. 91–99.

240. *Shaming Is an Aggressive Act*. 2023. URL : <https://www.psychologytoday.com/us/blog/overcoming-destructive-anger/202301/shaming-is-an-aggressive-act> (дата звернення : 11.06.2025).

241. Sijbrandij M., Farooq S., Bryant R. A., Dawson K., Hamdani S. U., Chiumento A., Minhas F., Saeed K., Rahman A., van Ommeren M. Problem Management Plus (PM+) for common mental disorders in a humanitarian setting in Pakistan ; study protocol for a randomised controlled trial (RCT). *BMC Psychiatry*. 2015. No. 15. P. 232.

242. Simich L., Beiser M., Stewart M., Mwakarimba E. Providing Social Support for Immigrants and Refugees in Canada : Challenges and Directions. *Journal of Immigrant Health*. 2005. Vol. 7. P. 259–268.

243. *Statistics. Mental Illness*. National Institute of Mental Health. URL : <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness> (дата звернення : 09.08.2024).

244. Steel Z., Chey T., Silove D., Marnane C., Bryant R. A., van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement : a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2009. Vol. 302, no. 5. P. 537–549.

245. Stewart M., Anderson J., Beiser M., Mwakarimba E., Neufeld A., Simich L., Spitzer D. Multicultural Meanings of Social Support among Immigrants and Refugees. *International Migration*. 2008. Vol. 46, no. 3. P. 123–159.

246. Stotz S., Elbert T., Mueller V., Schauer M. The relationship between trauma, shame, and guilt : findings from a community-based study of refugee minors in Germany. *European Journal of Psychotraumatology*. Vol. 6. P. 1–10. 2015.

247. *Strengthening mental health and psychosocial support in UNHCR annual report 2023*. Geneva : Public Health Section | Division of Resilience and Solutions, UNHCR Geneva, 2024. 22 p.

248. Sue D. W., Sue D., Neville H. A., Smith L. *Counseling the culturally diverse: theory and practice*. 8d ed. Hoboken, NJ, 2019. 759 p.
249. Sullivan H. S. *Conceptions of modern psychiatry*. Whitefish : Kessinger Publishing, 2006. 156 c.
250. Textbook of Global Mental Health : Trauma and Recovery. A Companion Guide for Field and Clinical Care of Traumatized People Worldwide / ed. by R. F. Mollica. Cambridge, MA : Harvard Program in Refugee Trauma, 2012. 559 p.
251. Toussaint L., Nguyen Q. A., Roettger C., Dixon K., Offenbächer M., Kohls N., Hirsch J., Sirois F. Effectiveness of Progressive Muscle Relaxation, Deep Breathing, and Guided Imagery in Promoting Psychological and Physiological States of Relaxation. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2021.
252. Tout sur Formation PSSP Premiers secours socio-psychologique. 2025. URL : <https://www.lonasante.com/formation-pssp/> (дата звернення : 01.10.2024).
253. Trauma and Asyl in NRW. Netzwerk Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer. 2018. URL : <http://www.psz-nrw.de/aktuell/> (дата звернення : 12.12.2024).
254. Turrini G., Purgato M., Ballette F., Nose M., Ostuzzi G., Barbui C. Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in asylum seekers and refugees : systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2019. Vol. 28, no. 4. P. 376–388.
255. Understanding Survivor Guilt. Why do human beings suffer survivor guilt, and how can it be managed? 2022. URL : <https://www.psychologytoday.com/us/blog/the-new-brain/202210/understanding-survivor-guilt> (дата звернення : 09.08.2024).
256. United Nations High Commissioner for Refugees. Global trends : Forced displacement in 2022. Geneva : UNHCR, 2023.
257. Valeii K. Psychological First Aid: How It's Used. URL : <https://www.verywellhealth.com/psychological-first-aid-5210291> (дата звернення : 05.04.2025).

258. van Eggermont Arwidson C., Holmgren J., Gottberg K., Tinghög P., Eriksson H. Living a frozen life : A qualitative study on asylum seekers' experiences and care practices at accommodation centers in Sweden. *Conflict and Health*. 2022. Vol. 16, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s13031-022-00480-y> (дата звернення : 29.03.2025).
259. Ward C. The A, B, Cs of acculturation. In: Matsumoto D. (ed.). *The Handbook of Culture and Psychology*. Oxford : Oxford University Press, 2001. P. 411–445.
260. Wolberg L. *The Technique of Psychotherapy*. 4th ed. Jason Aronson, Inc., 2005. 768 p.
261. Worthy L. D., Lavigne T., Romero F. *Culture and Psychology : How People Shape and are Shaped by Culture*. Phoenix, AZ: MMOER, 2025. 499 p.