

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ  
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА**

**на тему: ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО  
ЗРОСТАННЯ ЖІНОК ПІД ЧАС ВИМУШЕНОЇ МІГРАЦІЇ ЧЕРЕЗ  
ВОЄННІ ДІЇ В УКРАЇНІ**

Виконала: студентка 2 курсу, групи 8.0532-з  
спеціальності 053– Психологія  
Дімітрова Анастасія Олегівна  
Керівник: к. психол. н., доцент  
кафедри психології Железнякова Ю.В.  
Рецензент: д.психол. н., професор  
кафедри психології Шевченко Н. Ф.

Запоріжжя – 2023

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології

Кафедра психології

Рівень вищої освіти магістр

Спеціальність 053 Психологія

Освітня програма Психологія

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Завідувач кафедри \_\_\_\_\_

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 р.

**ЗАВДАННЯ**

**НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ**

Дімітрова Анастасія Олегівна

Тема роботи Психологічні особливості посттравматичного зростання жінок під час вимушеної міграції через воєнні дії в Україні

керівник роботи Железнякова Ю.В. к.психол.н., доцент

затверджені наказом ЗНУ від «26» 09 2023 року № 1504-с

2. Строк подання студентом роботи \_\_\_\_\_
3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: Здійснити теоретичний аналіз особливостей посттравматичного зростання; провести теоретичний аналіз посттравматичного стресового розладу та його вплив на зростання і стресостійкість; провести емпіричне дослідження ПТЗ жінок у вимушеній міграції через воєнні дії в Україні; виявити особливості впливу пережитого травматичного досвіду на зростання.
5. Перелік графічного матеріалу: 5 таблиць, 11 малюнків
6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання Видав	Завдання прийняв
Вступ	Железнякова Ю.В., доцент		
Розділ 1	Железнякова Ю.В., доцент		
Розділ 2	Железнякова Ю.В., доцент		
Розділ 3	Железнякова Ю.В., доцент		
Висновки	Железнякова Ю.В., доцент		

7. Дата видачі завдання \_\_\_\_\_

### КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень –лютий 2023 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2023 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2023 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	липень 2023 р.	Виконано
5	Робота над третім розділом	червень -серпень 2023 р.	Виконано
6	Написання висновків	вересень 2023 р.	Виконано
7	Передзахист	жовтень 2023 р.	Виконано
8	Нормоконтроль	листопад 2023 р.	Виконано

Студент \_\_\_\_\_ А. О Дімітрова

Керівник роботи \_\_\_\_\_ Ю.В. Железнякова

**Нормоконтроль пройдено**

**Нормоконтролер** \_\_\_\_\_ О. М. Грединарова

## РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 71 сторінок, 5 таблиць, 11 рисунка, 21 джерел, 7 додатків.

Об'єкт дослідження – посттравматичне зростання як психологічний феномен.

Предмет дослідження – психологічні особливості посттравматичного зростання жінок під час вимушеної міграції через воєнні дії в Україні.

Мета роботи – експериментально дослідити, проаналізувати та порівняти особливості посттравматичного зростання жінок, що знаходяться у вимушеній міграції з жінками, що не змінювали місця свого проживання через воєнні дії в Україні.

Гіпотеза дослідження: припускаємо, що важливу роль в досягненні посттравматичного зростання жінок у вимушеній міграції відіграє рівень пережитого травматичного досвіду, психологічної обізнаності, психологічне благополуччя, середовище, сімейний стан.

Методи дослідження: емпіричні: опитування, анкетування; теоретичні: аналіз та синтез, порівняння, класифікація та систематизація наукових джерел, порівняння й узагальнення даних дослідження.

Наукова новизна полягає у розгляді та аналізі проблем адаптації жінок у вимушеній міграції. Підбір арт-терапевтичних методик, що сприятимуть покращенню психологічного та емоційного стану жінок в міграції.

Галузь використання: центри допомоги жінкам, програми по сприянню адаптації жінок в міграції, терапевтична та консультаційна практика. Можуть використовуватись як для ВПО, так і для жінок в міграції закордоном.

ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ, СТРЕС, ТРАВМА, СТРЕСОСТІЙКІСТЬ, ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я, МІГРАЦІЯ, ВОЄННІ ДІЇ

## SUMMARY

Dimitrova A. O. Psychological Features of Post-Traumatic Growth of Women during Forced Migration Caused by Military Operations in Ukraine.

The qualifying work consists of Introduction, 3 Chapters, Conclusion, References (21 items), 7 appendix on 72-84 pages. The qualifying work volume is 71 pages long, 57 of them – main text. There are 5 tables and 11 illustrations. The qualifying work gives theoretical survey and describes the experimental research of post-traumatic growth of women during forced migration caused by military operations in Ukraine.

The master thesis is composed of 3 chapters, each of them dedicated to the study of post-traumatic integration of women in migration.

The research object: post-traumatic growth as a psychological phenomenon.

The research subject: post-traumatic growth as a psychological phenomenon.

The research goal: to experimentally investigate, analyze and compare the features of post-traumatic growth of women who are in forced migration with women who did not change their place of residence due to military operations in Ukraine.

The research tasks are:

1. Justification of the methodological position of the study of post-traumatic growth of women during forced migration due to military operations in Ukraine.
2. Outline of the content and structure of the research.
3. Processing and presentation of research results.
4. Analyze and summarize the research results.
5. Recommendations for psychological and psychotherapeutic work with women who are in forced migration due to military operations in Ukraine

Chapter 1 «Theoretical basis of post-traumatic growth of women during forced migration due to military operations in Ukraine» a theoretical analysis of the concepts of trauma, stress and post-traumatic growth is presented.

In the Chapter 2 «Methodological provisions of researching the post-traumatic growth of women during forced migration due to military operations in Ukraine» the content and structure of the study, research methods and peculiarities of their conduct, as well as the characteristics of the sample of the researched are indicated

Chapter 3 «Processing of research results» the results of the research are shown, the analysis and generalization of the research results are carried out. Recommendations for psychological and psychotherapeutic work with women who are in forced migration due to hostilities in Ukraine are provided.

Key words: POST-TRAUMATIC GROWTH, STRESS, TRAUMA, STRESS RESILIENCE, INTERVIEWING, TESTING, PSYCHOLOGICAL HEALTH, MIGRATION, WAR.

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ ЖІНОК ПІД ЧАС ВИМУШЕНОЇ МІГРАЦІЇ ЧЕРЕЗ ВОЄННІ ДІЇ В УКРАЇНІ..	11
1.1. Поняття та психологічні особливості посттравматичного зростання.....	11
1.2. Поняття та особливості травматичного досвіду жінок у вимушеній міграції.....	19
1.3 Закономірності посттравматичного зростання, фактори та значущість у подоланні наслідків травми.....	23
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ПОЛОЖЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ ЖІНОК ПІД ЧАС ВИМУШЕНОЇ МІГРАЦІЇ ЧЕРЕЗ ВОЄННІ ДІЇ В УКРАЇНІ.....	27
2.1. Методологічні принципи посттравматичного зростання.....	27
2.2. Зміст та структура дослідження.....	33
2.3. Методики дослідження та особливості їх проведення.....	35
2.4. Характеристики вибірки опитуваних.....	40
РОЗДІЛ 3. ОБРОБКА РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	45
3.1. Виклад результатів дослідження.....	45
3.2. Аналіз та узагальнення результатів дослідження.....	56
3.3. Рекомендації для психологічної та психотерапевтичної роботи з жінками які знаходяться у вимушеній міграції через воєнні дії в Україні.....	58
ВИСНОВКИ.....	67
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	69
ДОДАТКИ.....	72

## ВСТУП

Актуальність дослідження. Враховуючи, що Україна зазнавала вагомої внутрішньої міграції населення, ще в період 2014-2015 рр через російську агресію, станом на 17.05.2016, сягає 1 025 100 осіб, згідно з інформацією, що надійшла з міжвідомчого координаційного органу служби соціального захисту (ССЗ) для громадян України, переміщених з тимчасово окупованих територій і районів антитерористичної операції (Державна служба з надзвичайних ситуацій України, 2016 р.). Крім того, кілька сотень тисяч вимушених переселенців залишаються незареєстрованими. Серед зареєстрованих осіб, 22 300 осіб - з Криму, в той час як 1 002 800 осіб (майже 98% від загальної кількості) – з Донбасу [1, 264-266]. Тож, з огляду на минулий досвід внутрішніх міграцій, до повномаштабного вторгнення 2022 року вже були напрацьовані механізми роботи та допомоги ВПО. Внутрішня міграція значною мірою відрізняється від закордонної через низку складнощів пов'язаних з адаптацією, асиміляцією, пошуку роботи, мовного бар'єру та культуральних відмінностей країни в яку мігрують, є ризик виникнення психічно нестабільних станів, психічних розладів, спостерігається зниження самооцінки, депресивні стани.

Тож, війна та її наслідки такі, як вимушена міграція, являється сильним травматичним фактором для людей, що може спричинити розвиток повного спектру посттравматичних стресових розладів. Проте, є низка сучасних досліджень, які показують, що травма не завжди призводить до пошкодження психіки чи дисфункціональності життя, вона також може приводити і до посттравматичного зростання.

Так, станом на 26 червня 2023 року, за підрахунками УВКБ ООН, в Європі перебуває 5 млн 977 тис. українських переселенців. Із них майже 4,7 млн – у країнах Європи. При цьому, за даними УВКБ ООН, найбільше українців



перебуває в Німеччині (1,07 млн). На другому місці — Польща (994 тис.), на третьому — Чехія (345 тис.). Із них найбільшу частку становлять жінки та діти – 46,6% та 34,4% відповідно. За даними Управління Верховного комісара ООН у справах біженців, здебільшого з України виїхали жінки від 35 до 59 років (29% із загальної кількості мігрантів). Ще 15% – це жінки від 18 до 34 років [2].

Об’єкт дослідження – посттравматичне зростання як психологічний феномен.

Предмет дослідження – посттравматичне зростання як психологічний феномен.

Мета роботи – експериментально дослідити, проаналізувати та порівняти особливості посттравматичного зростання жінок, що знаходяться у вимушеній міграції з жінками, що не змінювали місця свого проживання через воєнні дії в Україні.

Гіпотеза: передбачаємо, що на високий рівень посттравматичного зростання жінок, що знаходяться у вимушеній міграції значною мірою впливає рівень пережитого травматичного досвіду, психологічної обізнаності, психологічне благополуччя, середовище, сімейний стан.

Завдання дослідження:

1. Обґрунтування методологічного положення дослідження посттравматичного зростання жінок під час вимушеної міграції через воєнні дії в Україні.

2. Виклад змісту та структури дослідження.

3. Обробка та виклад результатів дослідження.

4. Проаналізувати та узагальнити результати дослідження.

5. Арт-терапевтичні рекомендації для психологічної та психотерапевтичної роботи з жінками які знаходяться у вимушеній міграції через воєнні дії в Україні.

Методи дослідження: емпіричні: опитування, анкетування – для отримання даних про вимушено переміщених жінок, а також отримання інформації про динаміку їх психологічного стану, внаслідок пережитого травматичного досвіду та посттравматичного зростання.

Психодіагностичний метод – для отримання порівняльних даних складається з комплексу психодіагностичних методик:

1. Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale, IES-R)
2. Опитувальник симптомів ПТСР PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)
3. Опитувальник сенсу життя (The Meaning in Life Questionnaire, MLQ 2006)
4. Перелік життєвих подій (Life Events Checklist for DSM-5, LEC)
5. Опитувальник посттравматичного зростання (Post Traumatic Growth Inventory)
6. Методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації Т.Холмса і Р.Паге (Social Readjustment Rating Scale, SRRS)

теоретичні: аналіз, синтез, вивчення та аналіз літератури за темою дослідження, порівняння, класифікація та систематизація наукових джерел, порівняння, узагальнення даних досліджень, що слугувало основою для створення власної роботи.

Наукова новизна полягає у розгляді та аналізі проблем адаптації жінок у вимушеній міграції через воєнні дії в Україні у розрізі факторів, що можуть сприяти або навпаки сповільнювати посттравматичне зростання.

Практична значущість полягає у підборі арт-терапевтичних методик, для психологів і психотерапевтів, що сприятимуть покращенню психологічного та емоційного стану жінок в міграції. Зібрано комплексні рекомендації, що сприятимуть посттравматичному зростанню жінок, які зазнали травматичного досвіду вимушеної міграції.

Результати можуть бути використані для подальшого створення програм направлених на покращення якості життя, пришвидшенню адаптації, розвитку та психологічного здоров'я жінок в цілому. Може бути корисною для психотерапії та консультування, як індивідуального, так і групового.

Структура кваліфікаційної роботи магістра. Складається зі вступу, 3 розділів, загальних висновків, списку використаних джерел з 21 найменувань та додатку на 72-84 сторінках. Загальний обсяг основного тексту 57 сторінок. Робота містить 5 таблиць та 11 рисунків.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ ЖІНОК ПІД ЧАС ВИМУШЕНОЇ МІГРАЦІЇ ЧЕРЕЗ ВОЄННІ ДІЇ В УКРАЇНІ

#### 1.1. **Поняття та психологічні особливості посттравматичного зростання**

Для розкриття поняття посттравматичного зростання, перш за все, важливо розглянути, що являється відправною точкою в цьому механізмі. Тому, звертаємось до понять ПТСР, стресу та його впливу на людину.

Перший систематичний опис симптомів, що виникають внаслідок важкої психічної травми і схожі на сучасні посттравматичні стани, запропонував у 1867 р. Й. Еріхсен. Такі симптоми вчений пов'язував із розладами уваги та пам'яті, важкими сновидіннями з переживанням травматичної ситуації та психічним дискомфортом (Erichsen, 1867).

У 1889 р. було введено поняття «травматичний невроз». Тут Х. Оппенгейм приділяє особливу увагу психологічній та емоційній складових психічної бойової травми. Важливі дослідження також почали з'являтися з початком Першої світової війни. Велика кількість солдатів, які мали проблеми зі сном, незрозуміле тремтіння, судоми, амнезію та шум у вухах під час і після війни, стали проблемою для командування.

У 1916 році військові лікарі почали шукати способи лікування таких солдатів, які не мали видимих поранень, але вже не могли воювати і нормально жити в тилу. Ч. Майєрс вперше спробував узагальнити дані симптоми у статті 1915 року для журналу *Lancet*, в якій він ввів термін «shell shock». Передбачалося, що порушення були через високий тиск під час тривалого артилерійського вогню. Це перша гіпотеза про причини «військового неврозу».

Друга гіпотеза включала два погляди – думку про те, що психопатологічні синдроми виникають лише у тих, хто до нього схильний, у кого є особистісні аномалії/дефекти, а отже, війна вважалася фактором, що викликає психічні захворювання. Та поняття про те, що основним чинником розвитку військового неврозу вважається психічна травма під час бойових дій (Myers, 1915).

Ч. Майєрс запропонував опис симптомів військового розладу:

- збудженість і дратівливість;
- зосередженість на травмуючих обставинах минулих подій;
- схильність до агресії та невміння контролювати;
- уникнення реальності;
- гостра реакція на раптові подразники (Kardiner, 1941).

Як зазначають (Van der Veer, 1993; Гуменюк, Федчук, 2016; Прокоф'єва, 2017), у військових водночас формується комплекс майже непоправних особистісних змін –так звана «мілітаризована психіка», результатом якої є різні, більш яскраво виражені стадії прояву:

- сильне бажання порозуміння – мати в контакті з іншими такий зворотний зв'язок, який виправдовує їх моральну участь у насильстві на благо суспільства;
- бути соціально визнаним – це допоможе подолати комплекс провини, виправдати власні агресивні та жорстокі дії перед собою, совістю, щоб спогади про них були менш травматичними;
- потреба отримати визнання в суспільстві
- висока повага до їхніх особистих зусиль, вчинків, щоб факт позитивної оцінки став відомим широкому колу людей, колег, членів сім'ї;
- бажання бути прийнятим в систему соціальних зв'язків і відносин мирного життя з більш високим соціальним статусом, ніж раніше;
- здивування реальністю мирного життя

–важко звикнути до думки, що в той час, коли вони ризикували життям, в країні, в армії, нічого не змінилося, суспільство не помічало їхньої відсутності [6, 112-113].

П. Борн. виявив один із найпоширеніших симптомів – «обсесивно повторювані спогади», які були переважно у формі яскравих емоційно-чуттєвих уявлень («флешбеків») зі страхом, депресією, сомато-вегетативними розладами, кошмарами бойового характеру, почуттям провини, байдужістю (Bourne, 1970).

Оскільки подібні розлади з однаковою симптоматикою не відповідали жодній нозологічній одиниці, М. Горовиц було запропоновано виділити їх в єдиний синдром під назвою «посттравматичний стресовий розлад». Отже, з 1980 р. цей синдром включений в офіційний американський діагностичний стандарт DSM-3 (Horowitz, 1974).

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) –це непсихотична відстрочена реакція на травматичний стрес, що може спричинити психічні розлади. Щоб виник посттравматичний стресовий розлад, людина повинна відчувати стрес, який виходить за межі звичайного людського досвіду і може викликати дистрес. В Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) посттравматичний стресовий розлад має відповідну рубрифікацію (F43.1) і визначається як синдром, що виникає після дії екстремального за силою стресу.

Основними симптомами ПТСР – синдрому є: порушення сну; патологічні спогади (обсесивне повернення); нездатність запам'ятати – амнезія щодо певних подій (уникнення); гіперчутливість (підвищена пильність); надмірне збудження (неадекватна супермобілізація) (Horowitz, 1974).

Вторинними симптомами посттравматичного стресового стресу є: депресія, тривога, імпульсивна поведінка, алкоголізм, соматичні проблеми тощо. Виділяють три основні групи симптомів ПТСР, які посилюються з віком: 1) надмірне збудження (з урахуванням вегетативної лабільності, порушення сну,

тривоги, нав'язливих спогадів, фобічного уникнення ситуацій, пов'язаних з травматичною подією);

2) періодичні напади пригніченого настрою (оніміння почуттів, емоційне заціпеніння, відчай, усвідомлення безвиході);

3) характеристика істеричної реакції (параліч, сліпота, глухота, нервовий тремор) [6, 113-114].

У 1972 р. Всесвітня організація охорони здоров'я прийняла таке визначення: стрес — це неспецифічна реакція організму на будь-яку висунуту до нього вимогу. Стрес — це відповідь на загрозу, реальну чи уявну. Термін «стрес» використовується принаймні в трьох значеннях:

– По-перше, поняття стрес може визначатися як будь-які зовнішні стимули чи події, які викликають у людини напругу або збудження. У теперішній час в цьому значенні частіше вживаються терміни «стресор», «стрес-фактор».

– По-друге, стрес може належати до суб'єктивної реакції і в цьому значенні він відображає внутрішній психічний стан напруги та збудження; цей стан інтерпретується як емоції, оборонні реакції та процеси подолання, що відбуваються в самій людині. Такі процеси можуть сприяти розвитку і вдосконаленню функціональних систем, а також викликати психічну напругу.

– По-третє, стрес може бути фізичною реакцією організму на вимогу або шкідливий вплив (В. Кеннон і Г. Сельє).

Функцією цих фізичних (фізіологічних) реакцій, є підтримка поведінкових дій і психічних процесів із подолання цього стану [7, 8-12].

Найбільшу небезпеку викликають не сильні і короткі стреси, а тривалі, хоча і не такі сильні. Короткочасний сильний стрес активізує людину, викликаючи фізіологічні реакції, після чого всі показники організму, як правило, повертаються в норму, а слабкий, але тривалий стрес викликає виснаження захисних сил і в першу чергу її імунної системи. Тривалість стресу

важливіша, ніж його сила. Чим довше діє стресор на людину, тим сильніше дистресорний розлад. У людини закладена генетична програма «Боротьба або Втеча» розрахована на декілька хвилин, максимум — годин інтенсивної діяльності, але навіть при слабкому стресі антистресорних гормонів не вистачить на тижні чи місяці переживань [7, 18-21].

Гурлева Т., Журавльова Н. розуміння стресостійкості розглядають як процес адаптації людини до складних життєвих ситуацій; як здатності або якості, що дозволяє долати стресові обставини та утримувати рівновагу, або повертатися до нормального психофізіологічного та емоційного стану у разі його порушення через стрес. Так, визначено (Лі Канг Хі) низку окремих особистісних якостей людини, що суттєво впливають на показники зменшення стресу: цінність принципів самоактуалізації, опора на себе, екзистенційність, здатність до близьких соціальних контактів, оптимістичність, низький рівень тривожності та ін. Загалом оптимістичність як риса характеру на протигагу безнадійності, допомагає долати надмірну тривожність, що посилює стресостійкість людини. Конструктивні копінг-стратегії посилюють стресостійкість на відміну від захисних стратегій. Високий рівень тривожності пов'язаний з екстернальним локусом контролю, тоді як менш тривожні та більш стійкі до стресу саме інтерналі, та впевнені в собі, з адекватно високою самооцінкою. Підкреслюється, що саме недостатня впевненість у собі є однією з головних передумов емоційного стресу, а ставлення до себе як до жертви екстремальної події посилює дистрес. І навпаки, здатність брати відповідальність за себе знижує ступінь сприйняття себе у якості жертви та відповідно підвищує відчуття спроможності долати стресові події. «Важливим компонентом у розвитку стресостійкості особистості є вміння усвідомлювати свої власні проблеми і згодом вирішувати їх. Самосвідомість відіграє велику роль у формуванні навичок стресостійкості», – зауважує Т.М. Дудка. Таким чином, активна суб'єктна позиція особистості, почуття відповідальності,



розвинута самосвідомість можуть розглядатися як умови зміцнення стресостійкості людини. Виявлено, що невпевненість, яка позбавляє рівноваги і веде до глибоких психологічних порушень, що притаманне 75% сучасних українців, викликається нестабільністю довіри до себе. Тому, посилення довіри до себе у громадян позитивно вплине на зростання у них впевненості як особистісної риси і в цілому зробить можливим одужання українського суспільства від «хвороб» перехідного періоду», – пише Н.О. Єрмакова. Недовіра до себе розуміється як комплексний показник психологічного неблагополуччя особистості – це слабкість, незрілість, загальмованість чи невключеність особистісної активності як суб'єкта. І якщо довіра до себе пов'язана з такими внутрішньо-особистісними корелятами, як самовідношення, самоефективність, локус контролю, рефлексія, наполегливість, адаптивні здібності, духовність тощо (Т.Н. Скрипкіна, С.В. Шевченко та ін.), то брак довіри до себе може мати високу кореляцію, зокрема, з низьким рівнем суб'єктивного контролю, нездатністю до активного протистояння. Рівень довіри впливає на рівень стресостійкості, що, у свою чергу, діє на сприйняття загрозової інформації, яка може руйнувати особистість: стресостійка особистість проявляє вибірковість, критичність до інформації, схильна перевіряти, а не сліпо довіряти, бо повною мірою виявляє довіру до себе, свого життєвого досвіду. Так, виокремлюють передумови стійкості до стресу як ініціативність, здатність досягати цілей та самореалізація, комунікативність (асертивність, вміння налагоджувати, підтримувати соціальні зв'язки та спиратися на них), гнучкість (здатність до соціальної адаптації, вміння змінювати свою стратегію та тактику відповідно до обставин), адекватність оцінки ситуації та власних ресурсів, прагнення до самопізнання та саморозвитку (В.М. Крайнюк, А.В. Міхеєва). Визначають низку окремих особистісних якостей людини, що суттєво впливають на показники зменшення стресу: низький рівень тривожності, оптимістичність, вміння усвідомлювати свої власні проблеми та вирішувати їх [8, 77-79].

Посттравматичне зростання – це досвід позитивних змін, що відбуваються з людиною у результаті зіткнення зі складними життєвими кризами (R. Tedeschi, L. Calhoun, 2004). У більшості людей є загальний набір уявлень про прогнозованість, керованість і доброзичливість світу, які вони використовують у своїй повсякденній активності. Однак сильні стресові події зумовлюють необхідність перегляду усталених переконань, поглядів на себе та своє місце в світі, що приводить до вираженого психологічного стресу (L. Calhoun, A. Cann, R. Tedeschi, 2010). Поняття «посттравматичне зростання» введено у науковий обіг у 1995 р. (R. Tedeschi, L. Calhoun, 1996) для визначення позитивних змін, що відбуваються у людини внаслідок важких життєвих криз (R. Tedeschi, L. Calhoun, 2004). Хоча посттравматичне зростання і споріднені із ним терміни «зростання, зумовлене стресом» (C. L. Park, L. H. Cohen, R. L. Murch, 1996). Починаючи з 90-х рр. ХХ ст. з'явилися систематичні дослідження посттравматичного зростання, які базувалися на спеціально розроблених психодіагностичних методиках. Зокрема, Опитувальник посттравматичного зростання (The posttraumatic growth inventory R. G. Tedeschi, L. G. Calhoun, 1996), Шкали The perceived benefit scales (J. C. McMillen, R. H. Fisher, 1998), The core beliefs inventory (A. Cann, L. G. Calhoun, R. G. Tedeschi, R. P. Kilmer, 2007), Шкала базисних переконань (World assumptions scale, Р. Янов-Бульман в адаптації М. Падуна, А. Котельникової). Хоча дані дослідження тільки починають з'являтися, в число життєвих криз, що призводять до посттравматичного зростання, вже відносять: онкологію, хвороби серця, ВІЛ, зґвалтування, злочинні напади і військові зіткнення, паралічі, безпліддя, важкі особисті втрати, втрату житла внаслідок пожеж та інших стихійних лих, землетруси, авіакатастрофи. Можна виділити три напрямки позитивних змін, які відбуваються в результаті життєвих криз, і ці напрямки швидше можуть бути описані, як напрямку росту, а не в традиційних для кризової психології термінах самоефективності і внутрішнього локусу контролю. Перший напрямок описує мобілізацію прихованих

можливостей особистості, які змінюють самовідчуття і роблять людину більш стійкою перед нинішніми та майбутніми життєвими драмами. Другий напрямок змін вказує на те, що травма зміцнює значущі взаємини. Третій напрямок можна назвати екзистенційним, так як він стосується зміни в життєвій філософії людини, її пріоритетів щодо сьогодення, майбутнього тощо (С. Michael, M. Cooper, 2013). Посттравматичне зростання – це ймовірний результат після травматичної події, що стоїть на іншому полюсі ПТСР. Після травматичної події, наприклад, зґвалтування, інцесту, онкології, нападу, або участі у бойових діях, цілком нормально переживання виснажливих симптомів депресії і тривоги. Однак людина, яка демонструє постстресове зростання переживає ці негативні стани протягом певного незначного періоду, а потім у неї спостерігається покращення самопочуття при чому на вищій рівень ніж це було до травми [9, 69-70].

Отже, посттравматичне зростання являється наслідком ПТС, відбувається у відповідь на пережиту людиною сильну стресову подію, і як наслідок отриманий травматичний досвід. Важливо зазначити, що не будь-яка стресова подія являється травматичним досвідом і викликає ПТС. У кожної людини, у зв'язку особливостями психіки, ступенем стресостійкості, пережитими травматичними подіями в минулому, цей рівень переживання та опрацювання травматичного досвіду буде різним.

Наприкінці відзначмо, що більшу шкоду психологічному та психічному здоров'ю людини завдає постійний вплив незначних стрес факторів або подій, аніж одноразовий, короткостроковий стрес, що в подальшому може призвести до посттравматичного зростання. Адже, зростання призводить до позитивних змін у сприйнятті людиною власного життя, взаємин з оточуючими, впливає на здатність долати труднощі та в цілому підвищує рівень стресостійкості.

## **1.2. Поняття та особливості травматичного досвіду жінок у вимушеній міграції**

Насамперед, доцільно розглянути основні визначення, поняття травми, колективної травми та травматичного досвіду. Звертаючись до видання «Основи роботи з травмою» створеного за підтримки Ради Європи у межах проекту «Внутрішнє переміщення в Україні: розробка тривалих рішень». Слово «травма» вживається щоденно, майже будь-яку подію, що сильно вплинула на душевний стан, називають «травматичною подією» або «травмою», що не завжди відповідає професійним критеріям цього визначення. Американська класифікація психічних розладів (DSM) згадує травму як частину визначення посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Це означає, що для отримання такого діагнозу фахівець повинен підтвердити, що людина пережила травматичну подію. Травматична подія – подія, при якій людина вважає, що існує явна небезпека для її життя, фізичного або психічного здоров'я чи для життя і здоров'я близької їй людини. Це відчуття виникло в розпал події та призвело до фізіологічних, поведінкових або емоційних реакцій. У більшості людей, які пережили травматичну подію, сила симптомів знижується і симптоми проходять протягом місяця. У частини людей реакції, що виникли під час травматичної події, зберігаються і сприяють розвитку різного виду розладів адаптації. Соціально-психологічна допомога для людей, які пережили травматичну подію, покликана перш за все знизити ризик виникнення посттравматичних розладів, а також сприяти розвитку стресостійкості, яка надалі допоможе адаптивно долати стресогенні події [3, 4-5].

Варто зазначити також, що 24 лютого 2022 року масштаби війни розширились на всю територію країни, населення зазнало не тільки індивідуальної, а й колективної травматизації. Таким чином, колективна травматизація - постійний стрес, переживання, тривога, відчуття небезпеки

приводять до негативних наслідків для психічного здоров'я. Посттравматичні стресові розлади (ПТСР) — це хронічні негативні порушення психічного стану після травматичної події. Навіть не учасники трагічних подій, при перегляді подій на екрані, можуть набувати подібної травми свідка. До 15% свідків є учасниками травматичних подій мимоволі і отримують травматичний досвід, який не можуть подолати самотійно.

Коллективна травма (іноді історична травма) настає для групи людей, внаслідок соціальних та техногенних потрясінь, воєнних дій. В результаті у населення розвивається ригідна заморожена поведінка із уповільненими реакціями, настороженість до усього, страх почуття вразливості, криза ідентичності, агресія, недовіра. Безпосередні учасники колективної травми є також індивідуально травмованими. Але відмінність індивідуальної і колективної травми в тому, що остання має дуже широку природу і може передаватися і жити в наступних двох-трьох поколіннях. Сучасне покоління, нащадки «дітей війни», переживає колективні травми Голодомору, Голокосту та Другої світової війни. До особливостей колективної психотравми в Україні також відносять: соціальну фрустрацію, охоплення усього населення, неможливість надання швидкої психологічної допомоги, колективне відчуття несправедливості, наявність особливих соціальних груп жертв цілих міст Бучі, Ірпеню, Мощуна, Гостомеля, Бахмута, Авдіївки, Маріуполя, Харкова. Тож, підтримка хорошого настрою населення та його психічного здоров'я в умовах надзвичайної ситуації, війни, безпосередньо впливає на здатність людей реагувати на загрози та щоденні виклики, на безпеку життєдіяльності громади, усунення паніки та апатії. Допомога постраждалим внаслідок посттравматичного стресового розладу має комплексний характер, як індивідуальної допомоги психолога, так і заходів колективного впливу [5,174-176].

Що до вимушеної міграції Гуляєва А. зазначає - відсутність позитивної мотивації до переїзду і фізична неможливість подальшого перебування на історичній батьківщині є однією з головних причин виникнення труднощів у процесі адаптації на новому місці. Більша половина вимушених переселенців мають ознаки психотравматизації, а також характерним є розвиток фобій, депресій, розладів сну, тривожності та суїцидальних думок. Розглянуто особливості переживання особистістю кризи переселення. Вимушене переселення входить до числа складних життєвих ситуацій. Травматизація психіки в минулому обумовлена історією міграції, травматизація психіки в новому соціокультурному середовищі викликана вимогами адаптації та іншими труднощами, що виникають після переїзду. Окрім незручностей, пов'язаних з проживанням на чужій території, переміщення в нове середовище впливає на стан психічного та фізичного здоров'я переселенців: соціальне безправ'я і психічна вразливість, важкий тягар матеріальних проблем, постійний страх за майбутнє, підірване здоров'я і підвищений ризик захворювань, конфлікт з собою та іншими, нарешті, відчуття себе «чужинцем» і людиною «другого сорту». Аналіз психологічних проблем вимушених переселенців показує, що вони носять комплексний характер, який охоплює всі основні сфери особистості: емоційну, когнітивну, поведінкову, мотиваційну, комунікативну. Порушення в різних сферах психічного здоров'я переселенців, накладаючись одне на одне, можуть призвести до більш глобальних проблем особистості. Змінюючи соціальне оточення, переселенці втрачають підтримку друзів та знайомих, з якими вони проживали раніше, що призводить до появи почуття самотності [4, 66-67,69-70].

Дослідженням Леонової І. М. жінок – внутрішньо переміщених осіб із тимчасово окупованої території Донбасу, виявило високий рівень соціальної самотності. Рівень прояву «соціальної самотності», зумовлений наслідком їхнього вимушеного переселення в інше соціальне середовище, де треба

встановлювати нові стосунки й соціальні зв'язки з приймаючим населенням. Також виражений «страх бути самій», який вказує на певні труднощі щодо соціальної адаптації, зокрема на переживання ними акультураційного стресу [14, 53-54].

Міграція, спричинена бойовими діями, є вимушеною, зазвичай спонтанною, здійснюється під впливом безпосередньої загрози життю і здоров'ю, заздалегідь не планується, вибір країни реципієнта часто є випадковим, а місце перебування і умови перебування визначаються не мігрантом, а стороною, яка його приймає. Стрес адаптації у таких мігрантів посилюється невідповідністю до нового мовного і соціального середовища, фінансовими проблемами, труднощами у працевлаштуванні і забезпеченні житлом, незнанням місцевого законодавства і пов'язаною з цим юридичною незахищеністю, недостатньою медичною і психологічною підтримкою, невизначеністю щодо майбутнього, переживаннями за долю рідних і близьких, які лишилися у зоні бойових дій, тощо. У зв'язку з цим особливої актуальності набуває вивчення особливостей структури та характеру психопатологічної симптоматики у вимушених мігрантів [15,60].

Проте, слід підкреслити, що не завжди труднощі, які викликаються ситуацією вимушеної міграції, мають тільки негативні наслідки для психічного здоров'я. Вони можуть сприяти позитивним змінам, наприклад, особистісному зростанню, набуттю нового досвіду, нових навичок. Спостереження за мігрантами дозволяють відмітити їх різне ставлення до труднощів, а також те, що деякі з них порівняно легко долають кризові ситуації, водночас для інших – це важке випробування [16 ,63].

Підсумовуючи, вимушена міграція, безумовно, являється травматичним досвідом для людини. Проте, процес психологічної та соціально психологічної адаптації, як зовнішньої, так і внутрішньої вимушеної міграції жінок обтяжується рядом факторів. Відсутність внутрішньої мотивації до

переміщення, фінансової готовності, збереження рівня умов життя, можливості зробити це повним складом сім'ї. А також, втрата соціальних зв'язків, глобальної втрати стабільності через війну та складнощі в пристосуванні до нових соціокультурних особливостей країни/місця перебування.

А тому вимушеним мігрантам може бути притаманна:

- основне місце у структурі психопатологічної симптоматики займають депресивні прояви, прояви тривоги та посттравматична симптоматика, а також різні форми диссомній;

- висока ураженість психопатологічною симптоматикою;

- активізація аддиктивної поведінки;

Виявлені закономірності мають враховуватися при створенні реабілітаційних та профілактичних заходів для вимушених мігрантів і внутрішньо переміщених осіб. Комплексне лікування, реабілітація та психологічна підтримка вимушених мігрантів має бути спрямована на зменшення психосоціального стресу, розвиток нових адаптивних механізмів та соціалізацію вимушених мігрантів, а також включати широкий діапазон індивідуальних та групових методів впливу на психічний стан.

### **1.3 Закономірності посттравматичного зростання, фактори та значущість у подоланні наслідків травми**

П. Лайнлі та С. Джозеф, підсумовуючи огляд 39 досліджень, роблять висновок, що тісно пов'язаними із посттравматичним зростанням є такі змінні: когнітивна оцінка загрози, шкоди і контрольованості ситуації; фокусування на проблемі, прийняття, позитивна реінтерпретація, оптимізм, релігійність, когнітивне опрацювання травматичних спогадів. Водночас, станом на 2004 рік не виявлено тісного однозначного зв'язку із соціодемографічними змінними (стать, вік, освіта, дохід), та з наявністю депресії, тривоги, ПТСР. При цьому,



про позитивні зміни звітують від 30% до 70% постраждалих від травм різного типу (транспортні аварії (корабельні та авіакатастрофи, дорожньо-транспортні пригоди), природні катастрофи (урагани, землетруси), міжособистісне насилля (бійки, зґвалтування, скривдження), медичні проблеми (рак, серцеві напади, ураження мозку тощо)) (Linley & Joseph, 2004). В. Хельгесон, К. Рейнолдс та П. Томіч у 2006 році провели метааналіз уже 87 досліджень, і зробили ряд додаткових уточнень: позитивні наслідки переживання травми прямо корелюють із такими змінними, як позитивний психологічний добробут, оптимізм, релігійність, та копінгстратегіями позитивної реінтерпретації, прийняття та заперечення. Разом з тим, виявилось, що досить тісний прямий зв'язок із наявністю інтрузивних думок та поведінки уникання, а також сприйняттям загрози (Helgeson et al., 2006). Тобто, виявилось, що сильніший рівень посттравматичного стресу пов'язаний із вищим рівнем посттравматичного зростання. С. Декель, Т. Ейн-Дор, З. Соломон, в дослідженнях ізраїльських ветеранів, виявили, що вищий рівень ПТСР у 1991 році є предиктором більшого зростання у 2003, а вищий рівень ПТСР у 2003 – дозволяє передбачити більше зростання у 2008 році (Dekel et al., 2012) (ветерани з симптомами ПТСР, що отримували необхідне лікування та терапію, тобто, ПТСР, яке було виліковано – прим. автора). А отже, незначні травми не призводять до ПТЗ, оскільки не провокують сильного стресу, і людина справляється з ними звичними засобами копіngu. Надмірний стрес після травми провокує сильні симптоми ПТСР, за яких система копіngu руйнується, і так само, руйнуються механізми зростання. Помірний же стрес, з одного боку, веде до руйнувань у структурі Я, що проявляється у симптомах ПТСР, які у свою чергу, сигналізують про потребу психіки у когнітивному та емоційному опрацюванні нової травма-релевантної інформації, з іншого боку – він не настільки сильний, щоб знищити саму можливість людини здійснити таке опрацювання (Joseph, 2013).

Отже, основна закономірність між ПТСР та ПТЗ в тому, що чим сильніший стрес пережила людина внаслідок сильної травматичної ситуації, тим сильніший рівень посттравматичного зростання спостерігається.

Так, зростання є водночас і цінністю саме по собі, і сприяє появі низки додаткових позитивних наслідків. Зокрема: у пацієнтів, які пережили серцевий напад і винесли певний позитивний досвід із цього, був значно нижчий рівень смертності, незалежно від їхнього рівня здоров'я та прихильності до здорового способу життя (Дж. Аффлек та ін.) (Affleck et al., 1987), високі показники за субшкалами Опитувальника посттравматичного зростання виявилися пов'язані зі швидшою габітуацією кортизолу при реагуванні на стресор (Е. Епель та ін.) (Epel et al., 1998), у людей з ВІЛ відбувається менш швидке зниження рівня Т-лімфоцитів, якщо вони когнітивно опрацьовують свою ситуацію у напрямку наповнення її сенсом (Дж. Бовер та ін.) (Bower et al., 1998), ознаки посттравматичного зростання виявилися предикторами меншого рівня депресії, та симптомів постратравматичного стресу (Е. Морріл та ін.) (Morrill et al., 2008) [10, 35-37].

Отже, підсумовуючи - позитивні наслідки переживання травматичних подій прямо пов'язані із позитивним психологічним добробутом, релігійністю, оптимізмом та звичними стратегіями позитивного реагування, прийняття та заперечення.

Важливо також, що не виявлено прямого зв'язку із такими змінними як, стать, вік, освіта, дохід, та з наявності або відсутності депресивних розладів, тривоги, ПТСР. При цьому виявилось, що від 30% до 70% постраждалих від травм різного типу (транспортні аварії, природні катастрофи, міжособистісне насилля, тяжкі хвороби) показали позитивні зміни.

Є тісний зв'язок із наявністю нав'язливих думок та уникаючої поведінки, а також оцінки загрози. Тобто сильніший рівень ПТС пов'язаний із вищим рівнем посттравматичного зростання.

С. Декель, Т. Ейн-Дор, З. Соломон виявили, що вищий рівень ПТСР у 1991 році є прогнозом більшого зростання у 2003, а вищий рівень ПТСР у 2003 – дозволяє припущення більшого зростання у 2008 році. Тож, виявлена первна закономірна динаміка, що призвела до розуміння криволінійного зв'язку між ПТСР та ПТЗ. Незначні травматичні події не призводять до ПТЗ, адже не викликають сильний стрес, людина може впоратись з ними звичними способами копінг-стратегій. А сильний стрес після травми провокує симптоми ПТС, при яких копінг-стратегії руйнуються, разом з тим руйнуються і механізми зростання. Помірний стрес, в свою чергу, призводить до руйнувань у структурі Я, проявляється симптомами ПТС, що являються індикатором потреби психіки у опрацюванні нової травматичної події, а також він не настільки сильний, аби не дати людині здійснити опрацювання.

Роль посттравматичного зростання у подоланні наслідків травми. Зростання є водночас і являється цінністю саме по собі, і сприяє формуванню позитивних наслідків. Зокрема, люди, що пережили тяжкі хвороби та опрацювавши в позитивний досвід ці події, показують вищі показники відновлення та нижчі показники рівня смертності, незважаючи на рівень їх здоров'я.

Також, ознаки ПТЗ являються предикторами меншого рівня симптомів посттравматичного стресу та депресії. Тож, зменшення дистресу не завжди викликає зростання, проте ПТЗ впливає на самопочуття, фізичний стан людини, полегшення симптомів та на посттравматичну адаптацію.

## РОЗДІЛ 2

### МЕТОДОЛОГІЧНІ ПОЛОЖЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ ЖІНОК ПІД ЧАС ВИМУШЕНОЇ МІГРАЦІЇ ЧЕРЕЗ ВОЄННІ ДІЇ В УКРАЇНІ

#### 2.1. Методологічні принципи посттравматичного зростання

В методології роботи з травмою А. Антоновський – ввів поняття «салютогенез». Це підхід, заснований на душевному здоров'ї та зверненні до ресурсів людини. Концепцію опори на здорову частину психіки також підтверджує концепція пошукової активності. Моделюючи в консультаційному і терапевтичному процесі і навчаючи людину, яка пережила травматичну подію, пошуковій активності, створюються умови для збереження не тільки душевного, а й фізичного здоров'я.

Один із ключових компонентів у роботі з травмою – актуалізація ресурсів, які дозволяють максимально включити механізми подолання та адаптації. У цьому випадку використовуються мультимодальні моделі, зокрема модель BASIC PH (розроблена М. Лахадом). Мультимодальний підхід передбачає пошук та опору на провідні модальності, дозволяє індивідуально знайти найбільш відповідний засіб подолання та розширити поведінковий репертуар.

Ресурсні модальності BASIC PH:

Belief (від англ. «віра») – філософія життя, вірування та моральні цінності;  
Affect (афект, емоція) – почуття, емоції;

Social support (соціальна підтримка) – суспільство, належність, соціальна організація;

Imagination (уява) – творчість, фантазія;

Cognition (пізнання) – свідомість, реальність, думка;

Physiology (фізіологія) – фізична, чуттєва та діяльна модальність;

Психоедукація – необхідний етап у консультуванні/психотерапії, що дає людині знання про шляхи подолання наслідків травматичної події. Завдання в цьому процесі – не просто дати знання: розповісти людині про те, що з нею відбувається, або про її проблему (розлад, хворобу, кризу), а й навчити, яким чином поводитись з отриманою інформацією. Тобто задіяти процеси, які сприятимуть розвитку адаптивної поведінки [3,10-12].

На сьогодні існує три найпоширеніші теоретичні моделі ПТЗ, які активно розробляються і досліджуються: функціонально-дескриптивна модель R.G. Tedeschi та L.G. Calhoun; особистісно-центрована модель S. Joseph; біопсихосоціальна модель M. Christopher [18, 172]. А також психолого-філософську модель R. Paradoxulos, яка є дотичною до особисто-центрованої та функціонально-дескриптивної моделей і має власні розробки щодо практичного застосування [18, 172].

Так як, посттравматичне зростання потребує в більшій мірі фасилітації, то і методологія значною мірою полягає в супроводі та підтримці. Т. Зеллер та А. Меркер вважають, що терапевтичні інтервенції вже можуть бути механізмами, які сприяють зростанню (Zoellner & Maercker, 2006). Адже є зв'язок між інтрузивною симптоматикою (як самостійною спробою психіки опрацювати минуле) і посттравматичним зростанням, з іншого боку – на сутність психотерапевтичних інтервенцій у разі травми (яка полягає саме в допомозі людині опрацювати травматичні спогади і перетворити травматичну пам'ять у життєву історію, наратив) (Брієр, Скот, 2015). Але насправді у результаті такої роботи відбувається не лише наративізація спогадів про травму, а й набагато глибше переосмислення картини світу.

Л. Калхун і Р. Тедескі представили керівництво з фасилітації посттравматичного зростання (Calhoun & Tedeschi, 1999):

- Зростання після травми розглядається як таке, що походить не від травми, а із сутності людини, із процесу її боротьби з подіями та їх наслідками, з осмислення того, що сталося.

- Свідоме відношення до потенціалу зростання, без оціночне судження, що до зростання, або його відсутності.

- Без «присвоєння» клієнту «зростання», не спонукати до думки, що клієнт зобов'язаний до зростання.

- Слухати і спостерігати за зростанням, і щойно воно з'являється – приділити йому увагу.

- Працюючи із перспективи «хвороби», легко пропустити зростання, не звернувши увагу на позитивні зміни в житті клієнта.

- Помічати натяк на позитивні зміни.

- Схвалення розмов про позитивні зміни так само, як і про негативні.

Цілісний наративно-орієнтований підхід до сприяння зростанню пропонує С. Джозеф. THRIVE-модель (thrive (англ.) – процвітання, добробут) (Joseph, 2013).

Основні її елементи такі:

- Taking stock (інвентаризація): переконатися, що клієнт у безпеці й допомогти йому навчитися справлятися із посттравматичним стресом, приміром, за допомогою технік експозиції).

- Harvesting hope (збирання врожаю надії): навчитися плекати надію на майбутнє, приміром, через історії людей, які пройшли через схожі ситуації.

- Re-authoring (ре-авторизація): переписати свій досвід через створення історій, техніки експресивного письма, щоб знайти нові перспективи.

- Identifying change (ідентифікація змін): помічати посттравматичне зростання, приміром, за допомогою шкал та опитувальників.

- Valuing change (ціннісні зміни): розвинути впевненість у нових пріоритетах. - Expressing change in action (дієві прояви змін): активно шукати способи перенести посттравматичне зростання у зовнішній світ, приміром, через складання тижневих планів конкретних дій [10, 45-47].

Дуже важливо враховувати в реабілітаційній роботі зафіксовану залежність посттравматичного зростання від рівня посттравматичного стресу. Відомо, що незначні травми не призводять до посттравматичного зростання, оскільки не провокують сильного стресу, і людина долає їх звичними засобами копіngu. Серйозні травми, які провокують появу виражених симптомів ПТСР, руйнують як типові для людини копіngи, так і механізми зростання, принаймні до послаблення симптоматики ПТСР. А помірний стрес, хоч і веде до певних руйнацій в структурі Я, які проявляється у симптомах ПТСР, усе ж не настільки сильний, щоб знищити саму можливість людини здійснювати когнітивно-емоційне опрацювання травмореlevantної інформації [12, 48-49].

Виявлено позитивні кореляційні зв'язки із здатністю людини оцінювати загрози, фокусуватися на проблемі, позитивно її переінтерпретувати, переосмислювати травматичні спогади [11, 223].

М. Christopher, загалом розглядає процес ПТЗ одночасно таким, який вміщує біологічний, психологічний та соціальний характер. Зазначає, що біологічна природна реакція на травму може проявлятися як у вигляді ПТСР, так і у вигляді ПТЗ. Важливим фактором, який визначає результат посттравматичного розвитку є, на думку М. Christopher, якість взаємодії з середовищем. Суперечливість посттравматичних реакцій М. Christopher описує наступним чином. Відомо, що нервова система має два шляхи реагування – нижчий, опосередкований підкорковими структурами, еволюційно більш давній і завдяки цьому більш стабільний, та вищий, який проходить через неокортекс і через це більш гнучкий. Так само різняться і стосунки людини з навколишнім середовищем, адже соціокультурна система, порівняно з біологічною,

змінюється набагато швидше і потребує постійного відповідного пристосування. Отже, в основі проблеми посттравматичного зростання є конфлікт між еволюційно старшими та новішими системами, організм стає вразливим у випадку, коли відбувається їх дисоціація або коли відбувається домінування однієї системи над іншою. Шлях для вирішення цього конфлікту полягає у реконструюванні когнітивних схем [18, 173-174].

Розглядаючи етимологію терміна «травма», R. Papadopoulos акцентує увагу на тому, що цей термін походить від давньогрецького дієслова «teigo», що має дві конотації: 1) закарбування – закарбовувати; 2) відтирати, стирати щось. Таким чином, термін «травма» має два протилежних значення: у людей, які зазнали психологічної травми різного ступеня важкості внаслідок травматичних подій, може відбуватися процес закарбування травми, або вони можуть, навпаки, знаходити після пережитих подій нові сенси існування, підійти до так званого почуття відтворення (бо травма «втирає» попередні сенси, цінності, плани, рутину життя). З огляду на це, кінцевою метою психологічної допомоги травмованим людям має бути перехід від переосмислення травми, до нового погляду на подальше життя, до формування його нових цілей, цінностей і сенсу, пошуку відповідних ресурсів [18, 174].

Тож, виділяють такі моделі ПТЗ:

1) Концепція салютогенезу (А. Антоновський) – нас лідки стресу визначаються не стільки характером та силою травматичної події, скільки індивідуальними способами реагування, індивідуальними властивостями психіки.

2) Психолого-філософська модель (Р. Пападопулос) – ПТЗ як один із можливих наслідків подолання травматичного досвіду. Виокремив 3 групи рівнів: негативний (травма може спричинити негативні наслідки, ПТСР, ПТС), нейтральний (актуалізація психічної стійкості), позитивний (позитивні зміни, ПТЗ).



3) Біопсихосоціальна модель (М. Крістофер) – реакція на травматичну подію може бути як у вигляді ПТСР, так і у вигляді зростання, що відбувається внаслідок реконструювання особистісних когнітивних схем.

4) Модель діяльнісного росту (С. Хофбола) – результат переосмислення посттравматичної реальності повинен бути у формі реальних дій; констатація ПТЗ можлива лише за умови спостереження змін її сталих поведінкових патернів.

5) Особистісно-центрована модель (С. Джозеф та П. Лінлей) – ПТЗ є варіантом норми та пояснюється когнітивною акомодациєю травматичного досвіду та перебудовою Я-концепції в результаті зіткнення зі стресовою подією.

6) Соціально-когнітивний підхід (Р. Янов-Бульман) – природа ПТЗ базується на розумінні травматичної події як такої, що вносить больовий розлад між базисними переконаннями індивіда та посттравматичними реаліями життя; виокремлюється 2 етапи подолання травми: перший – аналіз захисних механізмів та другий – після відновлення, починається конструктивно-орієнтовне когнітивне перероблення травматичного досвіду. Розглядається посттравматичне подолання та особистісне зростання як результат успішного подолання.

7) Модель «Дволикий Янус» (Т. Цольнер та А. Мерке) – посттравматичне зростання має 2 грані: функціональна, що характеризується переоцінкою, переосмисленням та активним поданням і дисфункціональна – стратегія когнітивного уникнення. Сприйняття ПТЗ частково деформовано позитивними ілюзіями, для врівноваження впливу негативного емоційного дистресу.

8) Функціонально-диструктивна модель (Р. Тадеші та Л. Калхаун) – основний психологічний механізм ПТЗ це «погодження з реальністю» - прийняття людиною травматичної події, як таку, що не можна змінити. Подолання травматичного досвіду через підтримку, що сприяє прийняттю.

9) Модель позитивної трансформації особистості (М. Магомед-Емінов) – зростання особистості вміщує в собі позитивні зміни в сенсовому ставленні людини до себе, оточуючих, життя та подій. Феномен ПТЗ як ретроспективна робота особистості в минулому, сьогодні та майбутньому.

Тож узагальнюючи, ПТЗ слід розглядати як когнітивне переосмислення травматичного досвіду та перегляд уявлень про оточуючу середу. Розглядаючи основні особливості ПТЗ, допускаємо, що важливе місце займають копінг-стратегії та переосмислення людиною власного життя. Перепроживання травматичних подій викликає емоційний дистрес, а його подолання, в свою чергу приводить до усвідомлення, рефлексії та переосмислення події. В наслідок роботи механізму подолання травматичного досвіду вибудовується позитивне сприйняття, та нова стратегія життя – зростання.

Також, собистісне зростання забезпечується завдяки здатності особистості до відновлення особистісної цілісності та безперервності на новому рівні завдяки переопрацюванню випадкового взаємозв'язку минулого, теперішнього і майбутнього та вибудови нових життєвих стратегій; здатність активізувати особистісну динаміку через ціннісно-смысловий пошук індивідуальності, що закладають початок самозмінам і виступають джерелом зростання; підтримка продуктивності і самоефективності, відновлення ресурсу до самореалізації; покращення комунікації з оточуючими, зростання комунікативних компетентностей, що окреслює розвиток можливості встановлювати та підтримувати якісні, щирі та стабільні стосунки, приймати та виражати підтримку.

## **2.2. Зміст та структура дослідження**

Дослідження було проведено в такі етапи: підготовка, збір та обробка даних, інтерпретація отриманих даних, формулювання висновків.

Перший етап – підготовчий. Містив у собі вивчення існуючих методик дослідження, відбір опитувальників, розгляд тестувань та шкал для дослідження жінок у вимушеній міграції. Було вивчено наукову, психологічну літературу по темам посттравматичного зростання, впливу травматичних подій та вимушеної міграції населення через воєнні дії. Було встановлено мету, предмет дослідження, об'єкт дослідження, гіпотезу та розглянуто літературу по темі магістерської роботи.

Спираючись на аналіз наявних наукових досліджень, було обрано методи дослідження: психодіагностичний метод, порівняльний та статистичний аналіз.

Наступний етап – збір та обробка даних. Підібрано комплекс психодіагностичних методів та методик дослідження.

Проведено аналіз та відбір методик, які можна застосувати за такими критеріями:

- доцільність та можливість методик ефективно та якісно демонструвати отримані результати;
- достовірність, валідність;
- компактність та ефективність, репрезентативність;
- доступність, можливість використання та опрацювання результатів.

Також, в процесі цього етапу було виконано емпіричну частину дослідження, а саме:

- оцінено наявність посттравматичного зростання та стресостійкості жінок у вимушеній міграції;
- встановлено компоненти проявів посттравматичного зростання.

Для цього було здійснено якісний та кількісний аналіз отриманих даних, що дало змогу досягти об'єктивності під час підрахунків і порівняння рівня посттравматичного зростання жінок у вимушеній міграції, з урахуванням всього різновиду проявів. Емпірично оцінено роль посттравматичного зростання,

здійснено аналіз взаємозв'язку між проявами посттравматичного зростання, стресостійкості та симптомами посттравматичного стресового розладу.

Передостанній етап - інтерпретація отриманих даних. Розгляд і обробка результатів емпіричного дослідження, проведена систематизація та порівняльний аналіз отриманих даних.

Заключний етап - формулювання висновків. Обробивши та проаналізувавши всі отримані та інтерпретовані дані після проведених тестувань викладені результати та висновки у 3 розділі.

В даному розділі структуровано та описано всі етапи проведення емпіричного дослідження даної роботи. Були обрані основні методи дослідження: психодіагностичний метод, порівняльний та статистичний аналіз. Сформовано та організовано хід дослідницької роботи. Перший етап – підготовчий. Містив у собі вивчення існуючих методик дослідження, відбір опитувальників, розгляд тестувань та шкал для дослідження жінок у вимушеній міграції. Наступний етап – збір та обробка даних. Підібрано комплекс психодіагностичних методів та методик дослідження. Передостанній етап - інтерпретація отриманих даних. Розгляд і обробка результатів емпіричного дослідження, проведена систематизація та порівняльний аналіз отриманих даних. Заключний етап - формулювання висновків. Створено та проведено безпосереднє опитування, оброблено результати.

### **2.3. Методики дослідження та особливості їх проведення**

Дослідження складається з двох етапів та включає у себе роботу з учасницями за допомогою анкетування та опитування по комплексу методик.

За допомогою анкети (Додаток А) було отримано дані щодо віку, сімейного статусу, місця проживання до міграції, рівня освіти та досвіду роботи з психологом жінок. Також анкета включала уточнюючі питання про

безпосередньо обставини та процес міграції: в який період і куди виїжджали, самотужки чи з партнером/батьками/дітьми виїжджали, в яких умовах опинились, чи була зміна місця/країни проживання, відвідування України за час міграції (якщо виїхали закордон), питання що до стану самопочуття під час/після міграції, та на даний момент, чи допускається варіант повернення в Україну.

За допомогою вузьконаправлених шкал та опитувальників було проведено діагностику опитуваних, для отримання даних про можливий вплив травматичної події, ПТСР, стресостійкість та посттравматичне зростання.

1.Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale, IES-R) (Додаток І) – клінічна тестова методика, спрямована на виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу і оцінку ступеня їх вираженості. Методика була опублікована в 1979 році М. Горовицем зі співавторами (М.Horowitz, N.Wilner, W.Alvarez, 1979). Це була перша тестова методика присвячена ПТСР, що базувалася одночасно на теоретичних дослідженнях і клінічній апробації, причому це було зроблено ще до прийняття ПТСР в якості окремої діагностичної одиниці в DSM-III. Незважаючи на популярність шкали і численні емпіричні підтвердження її надійності та валідності, Д. Вейс з колегами (D.S.Weiss, C. R.Marmar, T.Metzler) у 1995 році прийшли до висновку, що IES може бути більш корисною, якщо вона діагностуватиме не лише такі симптоми ПТСР, як вторгнення і уникнення, а й симптоми гіперзбудження, які увійшли у діагностичний критерій DSM-IV і є складовою частиною психологічної реакції на травматичні події. Таким чином, була зроблена спроба перегляду оригінальної IES. Шкала складається з 22 пунктів, які розподіляються на три шкали: «вторгнення», «уникнення» і «збудливість». Кожен пункт оцінюється як «ніколи» (0 балів), «рідко» (1 бал), «часто» (2 бали), «дуже часто» (3 балів), «постійно» (4 бали) [9,148].

2. Опитувальник симптомів ПТСР PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) (Додаток Д) – спрямований на моніторинг симптомів протягом та після лікування, виявлення осіб із ПТСР, попередню постановку діагнозу «ПТСР» (F.W.Weathers, B.T.Litz, T.M.Keane, P.A.Palmieri, B.P.Marx, P.P. Schnurr, 2013). Опитувальник складається із 20-пунктів, які досліджуваний оцінює за 5-бальною шкалою, де 0 – ніколи, 4 – дуже часто. Визначається як загальний показник ПТСР, так і вираженість симптомів за кожним із кластерів (за DSM-5). PCL для DSM-IV має три версії PCL-M (військовий), PCL-C (цивільний), PCL-S (специфічний), які дещо відрізняються в інструкціях та формулюваннях окремих тверджень. PCL-5 найбільш схожий на PCL-S (специфічний), натомість військової та цивільної версії PCL-5 немає. У дослідженні було використано методику PCL-5, що є достатньо зручним інструментом, придатним для застосування у діагностичній роботі з учасниками бойових дій.

Параметри № оцінок 1.

Самопочуття 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26 2.

Загальна активність 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28 3.

Настрій 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Для заповнення опитувальника виділяється 5-10 хвилин. Після того, як опитувані дадуть відповіді на всі запитання, фахівець підраховує загальну суму балів.

Інтерпретація результатів методики відбувається наступним чином:

1)Визначається вираженість усіх симптомів (від 0 до 80) шляхом підсумування відповідей на усі запитання опитувальника.

Оцінка результатів по загальному показнику: до 24 – відсутність/слабо виражені симптоми, 24-32 – ПТСР, виражені один/декілька симптомів, 33-38 – порогове значення для встановлення ПТСР, 39> пригнічення функціонування імунної системи.

2)Визначається вираженість симптомів за кожним із кластерів (за DSM-5): Кластер В – пункти 1-5; кластер С – пункти 6-7; кластер D – пункти 8-14; кластер Е – пункти 15-20. Тобто підсумовується кількість балів окремо за кожним із кластерів.

3)Попередній діагноз ПТСР може бути поставлено, якщо досліджуваний на кожен пункт опитувальника ставить оцінку від 2 до 4. За DSM-V діагноз ПТСР ставиться у випадку, коли досліджуваний ставить оцінку 2 або вище по одному пункту кластерів В і С та по двом пунктам кластерів D і Е [9,138-139].

3.Опитувальник сенсу життя (The Meaning in Life Questionnaire, MLQ 2006) (Додаток Б) Спрямований на визначення двох вимірів сенсу життя: наявність сенсу (чи вважає людина, що її життя має сенс) та пошук сенсу (наскільки людина мотивована на розуміння сенсу свого життя). Досліджувані оцінюють кожне із запропонованих 10 тверджень за аналогічною шкалою. На думку Стегера, М. Ф. сенс життя є потенційним посередником між релігійністю та психологічним здоров'ям, які визначають загальне задоволення життям разом із оптимізмом та адекватною самооцінкою. Натепер ця методика застосовується у логотерапії та роботі із психотравмою, адже посттравматичне відновлення полягає у пошуку нового сенсу життя [13,5].

4.Перелік життєвих подій (Life Events Checklist for DSM-5, LEC) (Додаток Г)

Самозвіт, спрямований на визначення потенційно травматичних подій у житті респондента (F.W.Weathers, D.D.Blake, P.P.Schnurr, D.G.Kaloupek, V.P.Margh, T.M.Keane, 2013). Існують три форми анкети: стандартний самозвіт, для визначення подій, що відбулися; розширений самозвіт – для визначення найгіршої травматичної події, якщо їх у респондента було декілька; інтерв'ю – для оцінки Критерію А DSM-V. Використовується як для оцінки загальної кількості потенційно травматичних подій у житті людини, так і для кращого визначення проблем респондента, окреслених у методиці CAPS. Анкета містить

16 категорій потенційно психотравматичних подій і пунктів, де респондент може самостійно описати найбільш значущу психотравматичну подію у своєму житті. Потенційно психотравматичними подіями вважаються: природне лихо, пожежа/вибух, нещасний випадок на роботі чи вдома, отруєння токсичними речовинами, збройний напад, зґвалтування, бойовий досвід, позбавлення волі, хвороба, травма, сильний біль, раптова насильницька чи випадкова смерть близької людини, матеріальна та фізична шкода, заподіяна іншими людьми. На кожен пункт анкети респондент обирає один із варіантів відповідей: подія трапилась зі мною, я був свідком події, це сталося з моїм родичем або другом, це частина моєї роботи, складно відповісти, мене це не стосується. Окремо підсумовуються події, які сталися з респондентом, події, свідком яких він був і події, які сталися з його близькими та друзями [9,141].

5.Опитувальник посттравматичного зростання (Post Traumatic Growth Inventory) (Додаток В)

Опитувальник посттравматичного зростання розроблений Р. Тадеші і Л. Калхаун, адаптований М.Ш. Магомед-Еміновим. Складається з 21 тверджень з шістьма можливими варіантами відповідей. Методика містить п'ять шкал: ставлення до інших, нові можливості, сила особистості, духовні зміни, підвищення цінності життя [9,185].

6.Методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації Т.Холмса і Р.Рей (Social Readjustment Rating Scale, SRRS) (Додаток Е)

Призначена для простого, скринінгового визначення рівня актуального стресу і ймовірності розвитку межових нервово-психічних розладів. Шкала складається з переліку травмуючих подій, ранжованих за балами, що визначають ступінь їх стрессогенності. Досліджуваному пропонується прочитати список ситуацій, зазначивши ті, які мали місце у нього протягом останнього року, і підсумовувати бали, що відповідають цим пунктам [9,164].



Застосування опитувальників дозволить встановити: індивідуальну або кількісну міру вираженості психічних властивостей опитуваних; взаємозв'язок або його відсутність між ПТЗ та пережитим травматичним досвідом, рівень симптомів ПТСР з ПТЗ та стресостійкістю, зв'язки на рівні окремих респондентів та середнього значення окремої вибірки досліджуваних; зв'язки, що дозволяють порівнювати між собою групи опитуваних. Для даного дослідження обрали 2 частини: анкетування опитуваних, та комплекс з 6 опитувальників: 1. Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale, IES-R). 2. Опитувальник симптомів ПТСР PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). 3. Опитувальник сенсу життя (The Meaning in Life Questionnaire, MLQ 2006). 4. Перелік життєвих подій (Life Events Checklist for DSM-5, LEC). 5. Опитувальник посттравматичного зростання (Post Traumatic Growth Inventory). Методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації Т.Холмса і Р.Паге (Social Readjustment Rating Scale, SRRS). Зміст, інструкцію, ключі до опитувальників та анкету детально описано у цьому розділі та додатках.

#### **2.4. Характеристики вибірки опитуваних**

Емпіричне дослідження містить у собі обов'язковий компонент – спостереження та дослідження з метою перевірки гіпотези. В свою чергу, для перевірки гіпотези необхідно виміряти та співставити існуючі дані, отримати такі дані можливо, наприклад, шляхом збору інформації. Тому, для здійснення дослідження було обрано вибірку – тобто, нечисленну групу, підпадаючу під сферу проведеного дослідження. Для цього було реалізовано інтернет-опитування в мережі. Це є оптимальним варіантом для проведення дослідної частини даної магістерської роботи, адже має високу валідність, швидкість та доступність проходження, оптимізацію часу дослідника, а відсутність контакту,

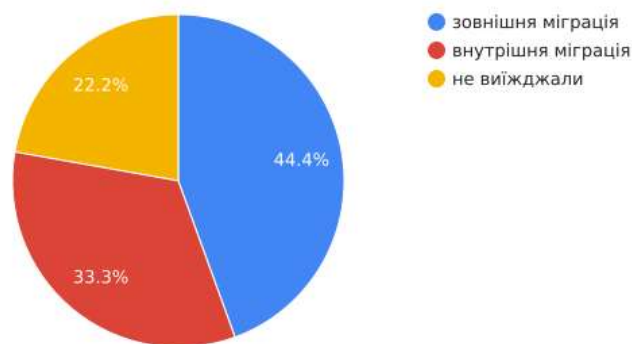
анонімність та онлайн формат дає можливість опитуваним бути більш відкритими, вільними та об'єктивними.

Анкетування було створено у форматі Google форми - застосунку для створення та проходження опитувань в інтернет мережі. Відповідне посилання з комплексом опитувальників та інструкціями до виконання було розміщено на таких інтернет ресурсах як, «Instagram» та «Telegram» для опитування жінок.

Інтернет-опитування тривало з 09.11.2023р. до 16.11.2023р.

В ході анкетування за Google формою, було створено вибірку опитуваних, яка склала 27 жінок з яких (рис. 2.1):

- 12 осіб – зовнішня міграція (44, 4%);
- 9 осіб – внутрішня (33,3%);
- 6 осіб – не виїжджали (22,2%);



**Рис. 2.1. Відсоткове співвідношення міграції респондентів**

Віковий діапазон опитуваних жінок становить:

- 18-24 – 5 осіб (18,5 %)
- 25-39 – 20 осіб (74,1 %)
- 40-54 – 2 особи (7,4 %)

Серед опитуваних:

- більшість жінок проживали до початку повномасштабного вторгнення на Східній частині України (Запоріжжя, Харків) – 25 осіб (92,6%), друга частина з Центральної України (Київ) – 2 особи (7,4%).

- 14 осіб (51,8%) одружені, 11 (40,7%) з яких з дітьми; 13 осіб (48,2%) розлучені або не одружені, 3 (11,1%) з яких з дітьми;

- 26 осіб (96,3%) мають вищу освіту, 1 (3,7%) повну середню освіту.

- 12 осіб (44,4%) мали досвід роботи з психологом до початку повномасштабного вторгнення, 15 (55,6%) відсутній досвід.

- більшість опитаних жінок працевлаштовані 22 особи (81,4%) і 5 (18,6%) тимчасово не працюють/декрет/навчання.

За інформацією, що до безпосередньої міграції, умов/способу/обставин, отриманої в ході анкетування вдалось зібрати такі дані:

#### 1) Міграція

-12 осіб (44, 4%)– зовнішня міграція;

-2 особи (7,4%) – спочатку зовнішня, потім внутрішня;

-7 осіб (25,9%) – внутрішня;

-6 осіб (22,2%) – не виїжджали;

2) Коли виїхали (рис. 2.2); Переважна більшість респондентів виїхали у березні 2022 та на початку війни:

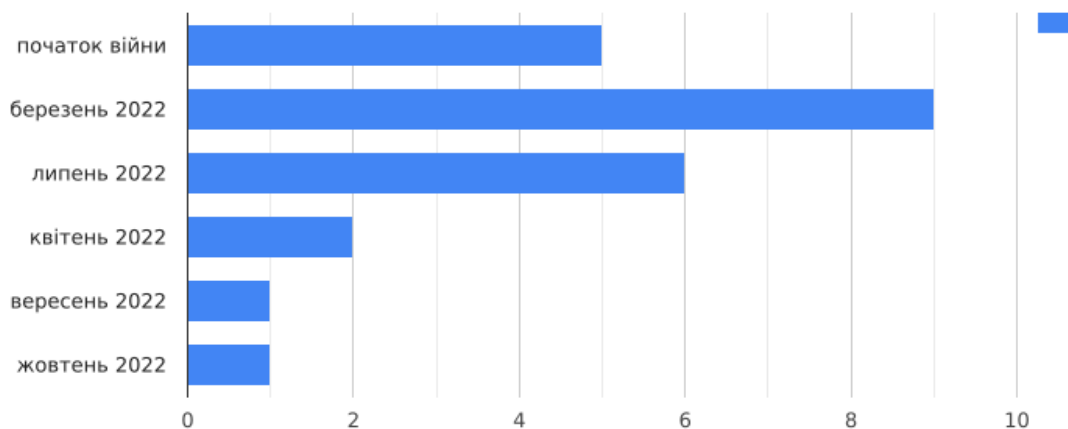
-5 (23,6%) осіб - початок війни

-9 (43%) осіб - березень 2022

-2 (9,4%) особи – липень 2022

-2 (9,4%) особи – квітень 2022

-2 (9,4%) особи – вересень та жовтень 2022



**Рис. 2.2. Статистика періоду міграції опитуваних**

3) Більшість опитуваних виїхали заздалегідь з речами та документами – 15 осіб (70,5%), поспіхом, майже без речей – 6 осіб (28,2%);

4) 9 (42,4%) опитуваних жінок виїхали самотужки з дітьми, 6 (28,8%) з партнером, 6 (28,8%) з батьками/рідними, друзями;

5) Куди виїхали:

- 5 (23,6%) осіб – Західна Україна
- 2 (9,4%) особи – Центральна Україна
- 6 (28,8%) осіб – Польща
- 7 (33,5%) осіб – інші країни
- 1 (4,7 %) особа – з міста в область

6) Із виїхавших респондентів:

- 12 (56,7%) осіб не змінювали місце тимчасового проживання;
- 6 (28,5%) осіб змінили місце тимчасового проживання одноразово;
- 3 (14,2%) особи змінювали місце тимчасового проживання неодноразово.

7) Більшість опитуваних - 14 осіб (70%) відвідували Україну/рідне місто за час міграції, 6 (30%) жодного разу не приїздили додому.

8) 9 (43%) респондентів допускають повернення додому, тільки за умови закінчення війни та відбудови країни, 3 (14,2%) вже повернулись до свого рідного міста, 5 (23,6%) не розглядають повернення.

Отже, за допомогою анкетування у форматі Google форми, було отримано вибірку опитуваних, яка склала 27 жінок з яких, 12 осіб зазнали зовнішньої міграції, 9 осіб – внутрішньої, 6 осіб – не виїжджали. Віковий діапазон опитуваних жінок становить 18-54 років. Серед опитуваних більшість жінок проживали до початку повномасштабного вторгнення на Східній частині України (Запоріжжя, Харків) – 25, і частина з Центральної України – 2 опитуваних. За інформацією, що до міграції, умов/способу/обставин, отриманої в ході анкетування вдалось зібрати такі дані:

Міграція: 12 осіб – зовнішня міграція; 2 особи – спочатку зовнішня, потім внутрішня; 7 осіб – внутрішня; 6 осіб – не виїжджали;

Переважає більшість респондентів виїхали у березні 2022 та на початку війни: 5 осіб - початок війни; 9 осіб - березень 2022; 2 особи – липень 2022;

2 особи – квітень 2022; 2 особи – вересень та жовтень 2022.

Більшість опитуваних виїхали заздалегідь з речами та документами – 15 осіб, поспіхом, майже без речей – 6 осіб;

Самотужки з дітьми виїхали: -9 жінок, 6 з партнером, 6 з батьками/рідними, друзями;

Значна кількість опитуваних виїхали до Польщі - 6 осіб, 5 осіб – Західна Україна, 7 осіб – інші країни; 3 осіб – інші міста по Україні.

Більша частина респондентів допускають повернення додому 9 осіб, тільки за умови закінчення війни та відбудови країни, 3 вже повернулись до свого рідного міста, 5 - не розглядають повернення.

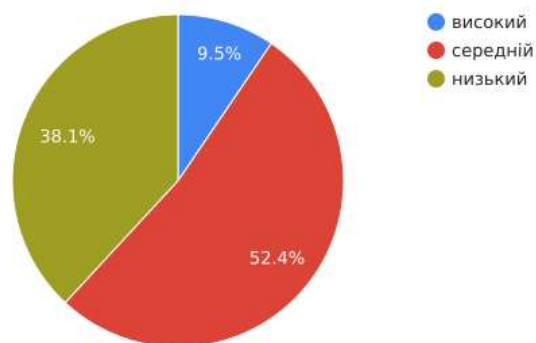
## РОЗДІЛ 3

### ОБРОБКА РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 3.1. Виклад результатів дослідження

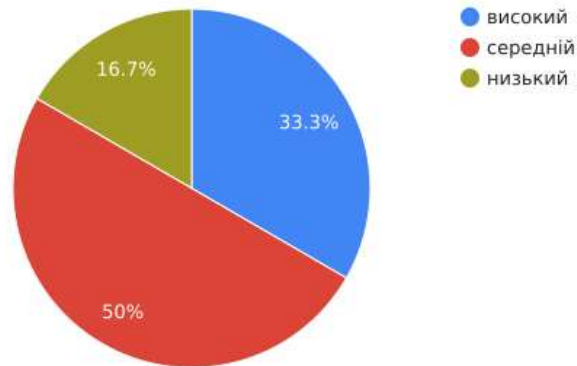
При проведенні анкетування виявлено, що з 27 опитуваних жінок, 6 не зазнали внутрішньої/зовнішньої вимушеної міграції.

Опитувальник посттравматичного зростання (Post Traumatic Growth Inventory). Для виявлення закономірності посттравматичного зростання жінок у вимушеній міграції (рис.2.3) було звірено результати за шкалою опитувальника посттравматичного зростання (Додаток В), з жінками, що не зазнали вимушеної міграції (рис 2.4). Враховуючи індекс посттравматичного зростання за відповідними нормативними показниками «Низький рівень» - 0-32, «Середній рівень» - 33-63 та «Низький рівень» - 64-105 відповідно. Бачимо, що 52,4% опитуваних показали «середній рівень» посттравматичного зростання, 38,1% - «низький рівень» та всього в 9,5% «високий рівень» (рис. 3.3).



**Рис. 3.3. Статистика рівня ПТЗ жінок в міграції**

Що до опитуваних не зазнавших вимушеної міграції, то результати такі – в 50% опитуваних «середній рівень» посттравматичного зростання, 33,3% - «високий рівень» та всього в 16,7% «низький рівень» (рис. 3.4).



**Рис. 3.4. Статистика рівня ПТЗ жінок, що не зазнали вимушеної міграції**

*Таблиця 3.1*

**Порівняльна таблиця рівнів ПТЗ респондентів**

Респонденти:	Високий рівень	Середній рівень	Низький рівень
1.В міграції	9,5%	52,4%	38,1%
2.Не зазнали міграції	33,3%	50%	16,7%

Порівнюючи відсоткові співвідношення (табл. 3.1) рівня ПТЗ респондентів з двох груп, бачимо, що схожа динаміка по «середньому рівню» посттравматичного зростання ~50%, але значні розбіжності в «високому рівні» 9,5% та 33,3% та по «низькому рівню» також розрив 38,1% і 16,7% відповідно.

А отже, в групі жінок, що зазнали міграції більшість відзначили «середній» та «низький рівень» ПТЗ, в групі жінок, що не виїжджали, більшість відмітили «середній» та «високий рівень» ПТЗ. Такі результати можуть свідчити про теорію зв'язку високого рівня травматизації та високого ступеня

ПТЗ, як наслідок. Адже респонденти в вимушеній міграції, знаходяться в безпечному місці, порівняно з опитуваними, що не змінювали місця проживання через війну.

Опитувані з більш високими нормативними показниками посттравматичного зростання виділяються вищим рівнем відкритості та щирості в контакті з оточуючими, позитивним поглядом на життя та обставини, адаптивністю до змін та відчуттям опори всередині. Аби більш детально проаналізувати феномен посттравматичного зростання необхідно дослідити травмівний досвід респондентів, що пов'язаний безпосередньо з міграцією, а також досвід набутий на протязі життя. Тому доцільно визначити емоційний та психологічний стан опитуваних в час проведення самого дослідження. Обробити такі показники як: рівень стресостійкості та соціальної адаптації, впливу травматичних та життєвих подій, аби відслідкувати стан людини на момент сильних травмуючих обставин та визначити ймовірний рівень ПТСР.

Наступною методикою дослідження була - Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale, IES-R), (Додаток Г).

Нормативні показники оцінюються за балами:

До 24 балів – низький рівень

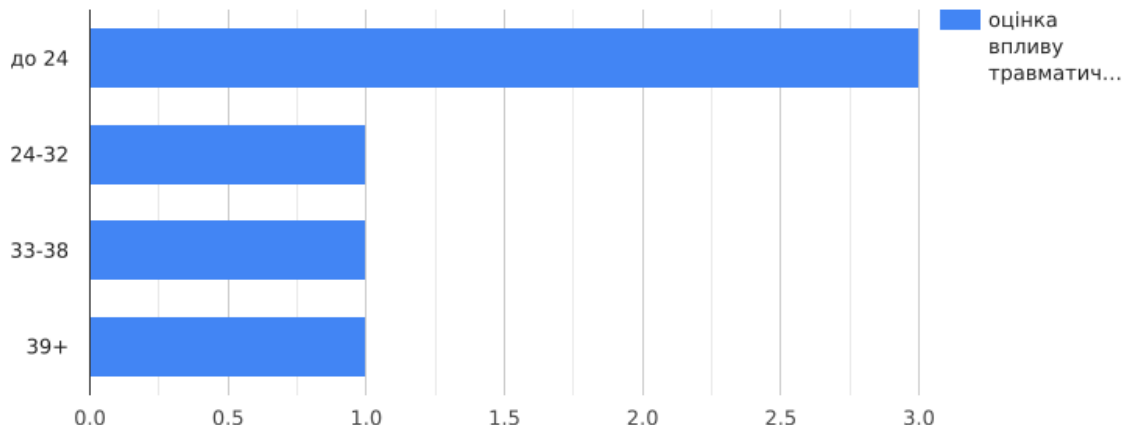
24-32 бали – порогове значення

33-38 бали – граничне значення

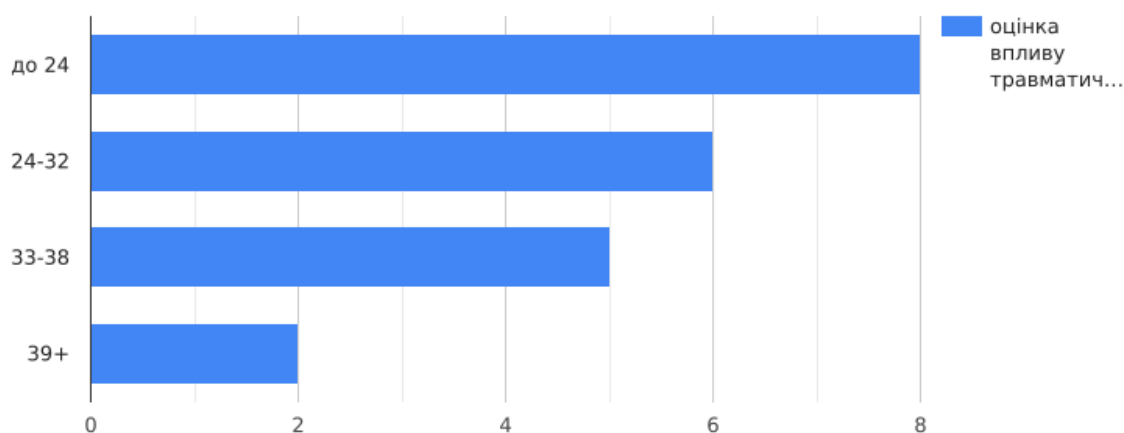
39 балів і більше – високий рівень

За статистичними даними, респонденти, що не виїжджали показали такі показники (рис. 3.5): до 24 (балів низький рівень) – 50%, 24-32 бали (порогове значення) – 16,7%, 33-38 балів (граничне значення) – 16,7%, 39> балів (високий рівень) – 16,7%, також. В свою чергу, опитувані, що зазнали вимушеної міграції (рис. 3.6): до 24 балів (балів низький рівень) – 38,1%, 24-32 бали (порогове значення) – 28,6%, 33-38 балів (граничне значення) – 23,8%, 39> балів (високий рівень) – 9,5% відповідно.





**Рисунок 3.5. Статистика оцінки впливу травматичної події опитуваних, що не зазнали вимушеної міграції**



**Рисунок 3.6. Статистика оцінки впливу травматичної події опитуваних у вимушеній міграції**

Порівнюючи середні значення рівнів оцінки впливу травматичної події між групами респондентів (табл. 3.2) бачимо такі результати: в опитуваних, що не зазнали вимушеної міграції в 50% респондентів «низький рівень» впливу травматичної події, в той час як у респондентів в міграції рівень впливу

травматичної події - 38,1%; за «пороговим значенням» - 16,7% в опитуваних, що не зазнали міграції і 28,6% в вимушеній міграції; результати по «граничному значенню» 16,7% в опитуваних, що не зазнали міграції та 23,8% в респондентів у вимушеній міграції; «високий рівень» в 16,7% опитуваних, що не зазнали міграції та 9,5% в опитуваних у вимушеній міграції.

*Таблиця 3.2*

**Порівняльна таблиця оцінки впливу травматичної події респондентів**

Бали:	Не зазнали міграції	В міграції
До 24 балів – низький рівень	50%	38,1%
24-32 бали – порогове значення	16,7%	28,6%
33-38 бали – граничне значення	16,7%	23,8%
39 балів і більше – високий рівень	16,7%	9,5%

Опитувальник симптомів ПТСР PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5), (Додаток Д). Оцінка результатів по загальному показнику: до 24 – відсутність/слабо виражені симптоми, 24-32 – ймовірне ПТСР, виражені один/декілька симптомів, 33-38 – порогове значення для встановлення ПТСР, 39> пригнічення функціонування імунної системи.

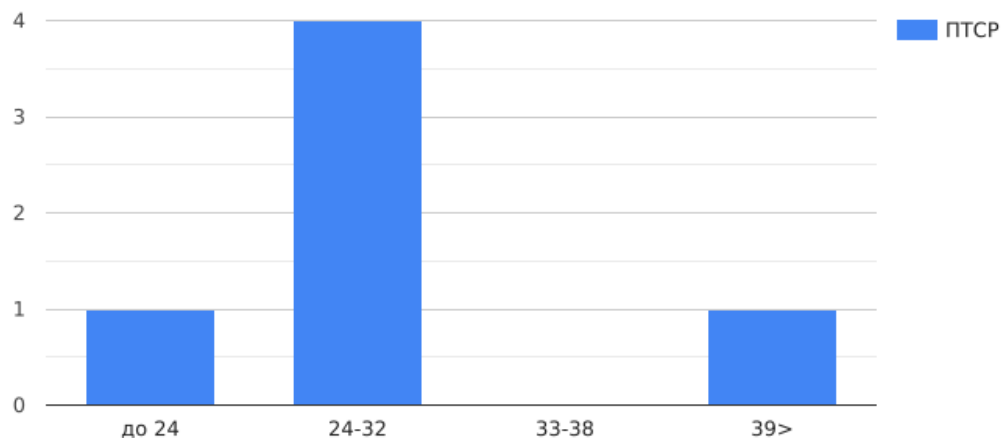
За даними результатів опитувальника симптомів ПТСР виявили, що в опитуваних, що не зазнали вимушеної міграції (рис.3.7) до 24 балів – 16,7%, 24-32 балів – 66,7%, 33-38 бали – 0%, 39> – 16,7% та в респондентів у вимушеній міграції (рис. 3.8) виявили, що - до 24 балів – 42,9%, 24-32 балів – 33,3%, 33-38 бали – 4,8%, 39> – 19%.

Таблиця 3.3

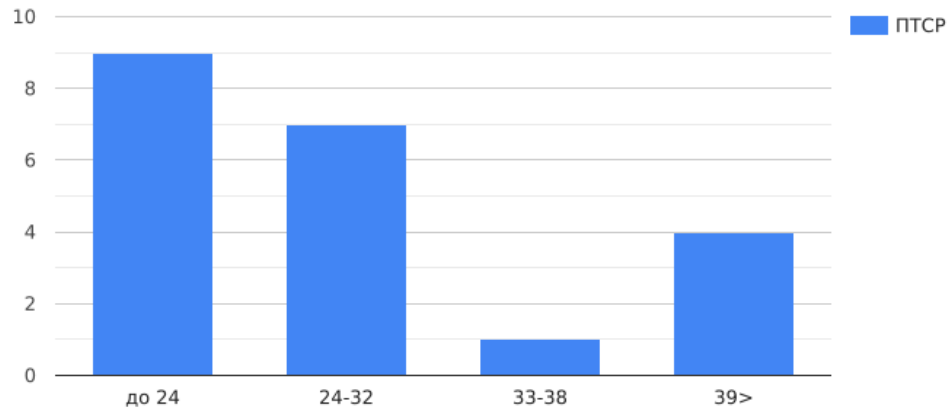
**Порівняння середніх відсоткових значень симптомів ПТСР респондентів**

Оцінка значень:	Не зазнали міграції	В міграції
до 24 – відсутність/слабо виражені симптоми	16,7%	42,9%
24-32 – ймовірний ПТСР, виражені один/декілька симптомів	66,7%	33,3%
33-38 – порогове значення для встановлення ПТСР	0%	4,8%
39> пригнічення функціонування імунної системи	16,7%	19%

При порівнянні результатів даних респондентів (табл. 3.3), з двох груп бачимо, що «відсутність/слабо виражені симптоми» в опитуваних, що не зазнали міграції більш ніж в 2 рази нижчий, а «показник ймовірний ПТСР, виражені один/декілька симптомів» навпаки в 2 рази вищий,



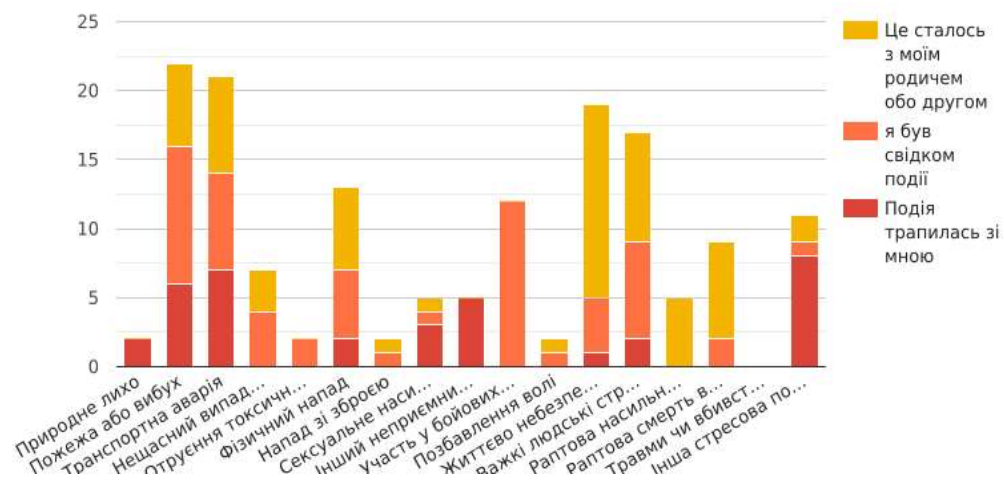
**Рисунок 3.7. Дані за результатами опитувальника симптомів ПТСР, опитуваних, що не зазнали вимушеної міграції**



**Рисунок 3.8. Дані за результатами опитувальника симптомів ПТСР, респондентів, у вимушеній міграції**

Методику «Перелік життєвих подій» (Life Events Checklist for DSM-5, LEC), (Додаток Г) було використано, для формування переліку пережитих важких, травматичних подій опитуваними за останній рік.

Дана методика фіксує травматичні події та роль опитуваного в цій події, не має ключів або балів. На рис. 3.9 відображено сумарні результати всіх опитуваних, та події, що довелось пережити, за ступенем впливу – «Подія трапилась зі мною», «Я був свідком події», «Це сталось з моїм родичем або другом»



**Рисунок 3.9. Результати за методикою «Перелік життєвих подій»**

За результатами опитування 7,8% - 12 осіб - «Участь у бойових діях» вказали, що це сталося з родичем або другом; 14,3% - «Пожежа або вибух» 6 стали учасниками, 10 були свідками, 6 постраждали близькі; 13,6% - «Транспортна аварія», 11% - «Важкі людські страждання», 12,3% «Життєво небезпечна травма або хвороба», 8,4% «Фізичний напад», 7,1% - «Інша стресова подія», 3,2 % - «Сексуальне насильство», 3,2 % - «Інший неприємний сексуальний досвід». Повний перелік відсоткових значень переліку життєвих подій опитуваних зазначено в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

### Перелік відсоткових значень життєвих подій респондентів

Подія	%
1. Природне лихо (повінь, ураган, землетрус)	1,3
2. Пожежа або вибух	14,3
3. Транспортна аварія (ДТП, авіакатастрофа, аварія потягу)	13,6
Подія	%
4. Нещасний випадок на роботі чи вдома	4,5
5. Отруєння токсичними речовинами (у тому числі й радіацією)	1,3
6. Фізичний напад (побиття, вбивство)	8,4
7. Напад зі зброєю (погрози ножем, пістолетом, вибухівкою)	1,3
8. Сексуальне насильство (зґвалтування, спроба зґвалтування)	3,2
9. Інший неприємний сексуальний досвід	3,2
10. Участь у бойових діях	7,8
11. Позбавлення волі	1,3
12. Життєво небезпечна хвороба або травма	12,3
13. Важкі людські страждання	11
14. Раптова насильницька смерть (наприклад, вбивство, самогубство)	3,2
15. Раптова смерть в результаті нещасного випадку	5,8
16. Інша стресова подія	7,1

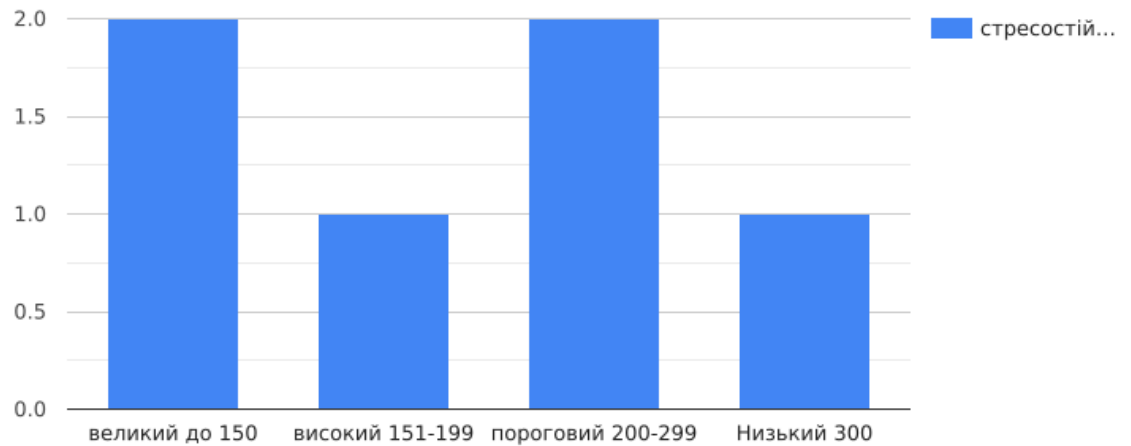
Отже, кожна жінка, що взяла участь в опитуванні перенесла за своє життя та останній рік, певну кількість життєвих, травматичних ситуацій та подій. Частина з цих подій в тій чи іншій мірі пов'язані з війною та міграцією, а тому допускаємо, що могли стати причиною зовнішньої або внутрішньої міграції.

Опитувальник сенсу життя (The Meaning in Life Questionnaire, MLQ 2006). Використали дане дослідження, для порівняння співвідношення рівня ПТЗ та сенсу життя в респондентів.

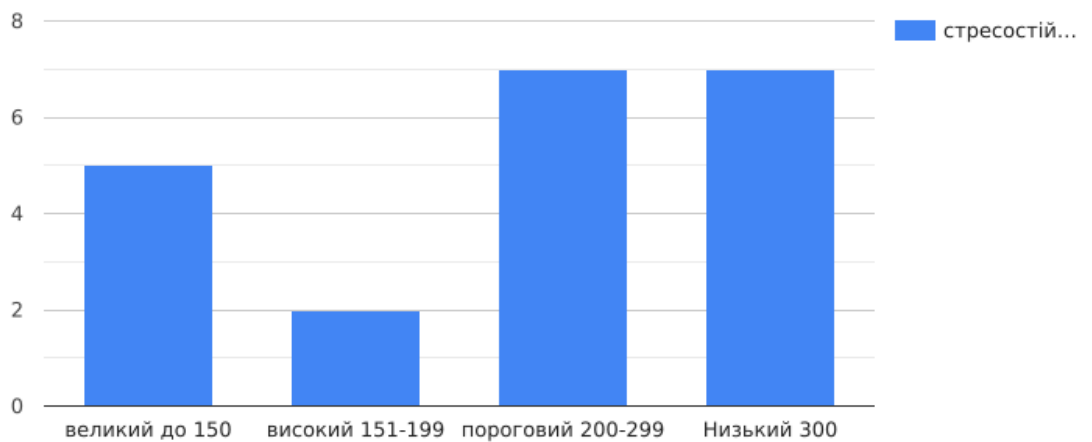
Опитувальник виявляє 2 показники - Шкала Наявність сенсу та Шкала Пошук сенсу. Можлива кількість балів від 5 до 35.

Так, у групі опитуваних, що не зазнали міграції середній рівень за шкалою наявність сенсу – 14,3%, за шкалою пошук сенсу – 15%. В групі опитуваних, що знаходяться в міграції середній рівень за шкалою наявність сенсу – 12,9%, за шкалою пошук сенсу – 12,8%. В порівнянні група опитуваних, що не зазнала міграції також виявляє вищі показники по обом шкалам опитувальника життя.

Наступні показники отримані через опитування за методикою визначення стресостійкості та соціальної адаптації Т.Холмса і Р.Паге (Social Readjustment Rating Scale, SRRS), (Додаток І). Порівняли рівень стресостійкості респондентів, що не зазнали міграції (рис. 3.10) з групою опитуваних, що знаходяться у вимушеній міграції (рис. 3.11). За результатами проходження опитувальника в першій групі великий рівень стресостійкості показали 33,3%, високий – 17,7%, пороговий – 33,3%, низький – 16,7%. Та у другій групі великий 23,8%, високий – 9,5%, пороговий – 33,3%, низький – 33,3%.



**Рисунок 3.10. Методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації опитуваних, що не зазнали вимушеної міграції**



**Рисунок 3.11. Визначення стресостійкості та соціальної адаптації опитуваних, у вимушеній міграції**

Таблиця 3.5

**Порівняння середнього рівня стресостійкості та соціальної адаптації  
респондентів**

Оцінка балів:	Не зазнали міграції	У вимушеній міграції
Великий до 150	33,3%	23,8%
Високий 151-199	17,7%	9,5%
Пороговий 200-209	33,3%	33,3%
Низький 300	16,7%	33,3%

Так, порівнявши результати середніх статистичних даних рівня стресостійкості (табл. 3.5), опитувані жінки, що не зазнали міграції, показали більш високі значення, порівняно з жінками в міграції. Ці результати, так само співпадають з гіпотезою, що до того чим більший рівень травматизації, тим вищий рівень ПТЗ та стресостійкості, адже жінки, що не зазнали міграції, зазнають щоденного впливу стресу, життя в прифронтових містах (92,6 % опитуваних) та постійні обстріли, значною мірою впливають на психологічний стан.

Узагальнюючи дані по всім методикам вдалось виявити: по методиці «Перелік життєвих подій (Life Events Checklist for DSM-5, LEC)» виявили, що всі респонденти, без винятку, у своєму життєвому досвіді мають певні травматичні події, а за останній час і досвід пов'язаний з війною, в тому числі вимушена міграція. Тож, обробивши результати по методикам: Опитувальник посттравматичного зростання (Post Traumatic Growth Inventory), Методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації Т.Холмса і Р.Паге (Social Readjustment Rating Scale, SRRS), Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale, IES-R), Опитувальник симптомів ПТСР PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5), Опитувальник сенсу життя (The Meaning in Life Questionnaire, MLQ 2006) виявили, що група опитуваних що не зазнали міграції



показала вищий рівень травматизації та як наслідок вищий рівень зростання. Детальний аналіз та узагальнення результатів дослідження описані в частині розділу 3.2.

### **3.2. Аналіз та узагальнення результатів дослідження**

Першочергово, обробивши результати методики «Опитувальник посттравматичного зростання (Post Traumatic Growth Inventory)» виявлено, що жінки з групи, не зазнавших вимушеної міграції показали вищі результати посттравматичного зростання, порівняно з групою жінок у вимушеній міграції. «Опитувальник симптомів ПТСР PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)» - за результатами відповідей опитуваних, що не зазнали міграції показали вищі показники аніж жінки у вимушеній міграції – переважно відсутність посттравматичного стресу або слабо виражена симптоматика. «Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale, IES-R)» також були виявлені закономірні співвідношення показників – у респондентів, що не зазнали вимушеної міграції більш низький рівень впливу травматичної події, порівняно з опитуваними у вимушеній міграції. Такі результати можуть свідчити про більш високу стресостійкість опитуваних з першої групи. Для перевірки цієї гіпотези використали опитувальник - «Методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації Т.Холмса і Р.Пейдж (Social Readjustment Rating Scale, SRRS)», виявлено – опитувані, що не зазнали міграції показали вищий рівень стресостійкості, порівняно з другою групою. Допускаємо, що проживання в небезпечному місці, з точки зору безпеки життя, але знаходячись вдома, поряд з близькими та рідними, в звичному соціальному, культурному середовищі значною мірою впливає на стресостійкість та зростання. Для цього звернулись до розгорнутих відповідей опитуваних у вимушеній міграції з анкети (Додаток А).

Опишіть свій стан під час безпосередньої міграції:

-«Відчуття втрати, розгубленість»

-«Страх, бажання повернутись назад»

-«Апатія, роздратування, страх, розпач, надія що це все на 2-3 тижні максимум»

-«Не розуміння подальшого життя, просто потрапити в безпечне місце»

-«Ступор, навіть не дуже пам'ятаю той перший період і свої почуття»

Як можете охарактеризувати свій стан на сьогоднішній день?

-«60% спокою і 40% тривоги.»

-«Майже повернулися до нормального життя. Але дуже хочеться хоча б на пару днів додому.»

-«Прийняття. Стабільна, почала знов жити, відчувати задоволення, бачити красу.»

- «Здається стабільний, але трохи в підвішеному стані»

Тож, можемо зробити висновок, що вимушена міграція, безумовно, являється стресовою подією, проте в порівнянні з проживанням на території де є безпосередня загроза життю, викликає нижчий рівень посттравматичного зростання. Цьому слугують результати порівняння двох груп опитуваних. Адже, за гіпотезою про взаємозв'язок ПТСР та ПТЗ, що чим сильніший стрес пережила людина, тим вищий рівень зростання можна прогнозувати у майбутньому (С. Джозеф).

«Опитувальник сенсу життя (The Meaning in Life Questionnaire, MLQ 2006)» тут результати також значною мірою, підтверджуються наші припущення, опитувані, що не зазнали міграції показали більш високі значення по обом шкалам опитувальника, - наявність сенсу та - пошук сенсу життя, порівняно з опитуваними жінками, що знаходяться у вимушеній міграції. За тією ж гіпотезою, пережиті сильні травматичні події, з подальшим посттравматичним зростанням, призводять людину до більш оптимістичного

рівня сприйняття ситуацій та життя в цілому, вищого ступеня стресостійкості, аніж було до травми (С. Джозеф).

З результатів даного дослідження випливає, що посттравматичне зростання та посттравматичний стрес нерозривно пов'язані та проживаються людиною, сильний стрес є предиктором посттравматичного зростання.

Важливо також вказати, що за результатами даного дослідження, не було встановлено прямого зв'язку між посттравматичним зростанням та такими характеристиками опитуваних як вік, освіта, сфера діяльності.

Проте є зв'язок і між знаходженням сенсу життя та зростанням після травми, адже це являється фактором, що призводить до посттравматичного відновлення, так як наявність сенсу життя – виступає перехідною ланкою між духовністю та психологічним благополуччям, що в купі складає повну задоволеність життям.

Так як вимушена міграція привносить ряд проблем з емоційним та психологічним станом, це ставить певні задачі щодо підтримки та відновлення, в випадку даної роботи, жінок що знаходяться у вимушеній міграції. Вбачаємо, що подальша робота має бути направлена на вибудову внутрішньої опори, особистісну гнучкість, адаптацію у новому середовищі, прийняття культуральних та соціальних відмінностей, прийняття невизначеності. Тож, у наступній частині розділу розглянули основні арт-терапевтичні методи роботи з вимушеними переселенцями.

### **3.3. Рекомендації для психологічної та психотерапевтичної роботи з жінками які знаходяться у вимушеній міграції через воєнні дії в Україні**

Розглянемо основні теоретичні положення та практичні рекомендації в розрізі арт-терапевтичних технік, для спеціалістів, що працюють із вимушеними переселенцями. Так як основні проблеми, що постають перед вимушеними

переселенцями: соціальна ідентичність, ресоціалізація, адаптація до нових умов життя, прийняття невизначеності, культурний шок, культурне зростання, відповідальність за власні вчинки, особистісна гнучкість. Арт-терапія являється одним із методів допомоги особистості в кризовий період. Наведено арт-терапевтичні методики, що застосовуються в роботі з вимушеними переселенцями з метою вибудови: підтримки, опори, формування готовності до змін, побудови ідентичності на новому місці проживання, постановки цілей, розвитку креативності та особистісної, адаптаційної гнучкості. Першочергово, важлива робота з «Образом Я» та зміцнення особистісної ідентичності. Арт-терапія має інсайт-орієнтований характер та може бути спрямована на дослідження власного Я. Творча діяльність відтворює процес «самовизначення» людини і надає можливості для гармонізації її розщепленого внутрішнього світу у формі продуктів діяльності. До методик, спрямованих на розуміння себе, власних бажань та потреб, можна віднести методики створення автопортретів - «автопортрет в натуральну величину у повний зріст». Створення автопортретів служить самоствердженню та зміцненню особистісної ідентичності. Створення зображень автопортретного характеру, як засіб сприйняття свого «Я», що також допомагає виявити здатність людини до прийняття іншого образу «Я». В. Оклендер стверджує – тілесний образ «Я» виступає як значимий показник прийняття себе. Таким чином, відбувається зцілення системи самосвідомості. Дані методики направлені також на усвідомлення психологічних меж свого Я. Для роботи з образом «Я» можна використовувати лялькотерапію. В процесі роботи людина проектує на ляльку частину свого «Я». Корисною також буде робота з гримом і різними ролями особистості в драматерапії. Універсальною є методика створення мандал, що може розглядатися як певний ритуал самоінтеграції і застосовуватися для аутопсихотерапії. Метод створювання мандал дозволяє:

- створити цілюще середовище для роботи з вимушеними переселенцями з метою подолання наслідків психічної травми та гармонізації психічних станів;
- працювати з сильними почуттями, що супроводжують травматичні події, але при цьому допомогти людині зберегти психічну цілісність;
- вибудувати психологічні межі особистості, якщо вони були порушені під час міграції, переселення;
- допомогти людині усвідомити та диференціювати свої почуття;
- використання гармонізуючого впливу творчості для сприйняття себе та власного травматичного досвіду, вибудови нових моделей поведінки [20, 31-32].

Простір та межі особистості. У психологічному становленні людини важливими є особистісні межі, власна особиста зона, допустима межа контакту. Травматичні події, а вимушену міграцію однозначно можна вважати травматичною подією, викликають порушення особистісних психологічних меж, і важливою задачею постає їх відновлення. Психологічні межі - як розуміння власного «Я» окремого від інших, впливає на відчуття своєї відокремленості та формує основу особистості, там де людина стикається з зовнішнім світом - виникають ідентифікація і відчуження. Тому для вимушених переселенців важлива робота з відновлення психологічних меж, яка на думку Г. Клауда і Дж. Таунсенда, повинна містити наступні сфери:

- усвідомлення себе: свого тіла, почуттів, внутрішніх настанов, дій, думок, здібностей, рішень, бажань, обмежень;
- активність: люди без особистих меж не часто стають ініціаторами подій зовнішнього світу, а, як правило, тільки реагують на них, пасивно приймають чужі рішення;
- установлення обмежень - у першу чергу, на агресивну поведінку інших, надлишкову турботу, що призводить до зняття людиною відповідальності з самої себе, а також на емоційні образи, засудження і звинувачення. Людині важливо усвідомлювати свої обмеження у часі, грошах, енергії;

- визначення своїх цінностей, цілей і прийняття відповідальності за свій вибір цих цінностей та цілей;
- розвиток самоконтролю як обмеження на бажання через формування балансу між задоволенням своїх бажань та управлінням ними;
- усвідомлення своєї «окремісті» від інших, що пов'язано з відчуттям «Я», власної ідентичності, здатності бути одному, знайти собі заняття, хобі, окремі від інших інтереси та уподобання;
- прийняття інших такими, якими вони є насправді, що пов'язано з відмовою від контролю поведінки, почуттів та свободи інших;
- чесність у ставленні до інших.

Арт-терапія як метод групової роботи з психологічними межами. Для встановлення здорових меж важливе усвідомлення себе, якими ми є насправді, свого тіла, почуттів та обмежень. А також, не менш важливим є усвідомлення меж інших людей, для цього корисними будуть роботи в групах. Завдяки психологічному механізму проєкції, який лежить в основі арт-терапевтичного процесу, таке усвідомлення набуває екологічної та комфортної форми. До форм роботи з психологічними межами через рухи та тілесні вправи належать:

- робота в парах із використанням приближення та віддалення один від одного з усвідомленням «меж комфорту», внутрішньо допустимої дистанції взаємодії з партнером;
- різні дотики для усвідомлення фізичних меж (ці види вправ можна використовувати лише за попередньою згодою людини);
- робота з підтримкою та опорою (в роботі з партнером - бути опорою для інших та знайти опору в собі, фізично підтримувати партнера під час вправ та бути здатним «віддатися», прийняти допомогу від партнера);
- усвідомлення центру свого тіла та фізичних меж під час контакту з іншим очима, руками, в процесі енергетичного контакту;

- рухова імпровізація, яка дає можливість подолати жорсткі системи значень, досягти більшої гнучкості та відкритості для безлічі різних можливостей та освоєння нових видів досвіду тощо.

Усвідомлення своєї окремоті від інших відбувається під час занять улюбленою справою, творчою діяльністю, яка дозволяє зрозуміти відмінності себе від іншого, що відбувається в будь-якому арт-терапевтичному процесі. Також арт-терапія дозволяє розширити наші можливості (рольовий репертуар, поведінкові патерни, творчі навички та вміння), що призводить до усвідомлення власних обмежень (у часі, грошах, енергії тощо). Високий рівень толерантності до іншого, повага будь-якої думки чи образу, атмосфера терпимості та довіри. Арт-терапія та творчість, сприяє прийняттю себе та інших такими, які вони є насправді, а, отже, формуванню особистих меж [20,31-34].

Відчуття підтримки, опори та прийняття невизначеності В арт-терапевтичній роботі з вимушеними переселенцями, доцільно використовувати системний підхід, в якому кожна людина і кожна група людей розглядається як соціальна система. У соціальній системі завжди одночасно діють дві протилежні сили - сила розвитку й сила збереження гомеостазу, стабільного стану, рівноваги. Отже, всі люди прагнуть стабільності, але стабільність - це стагнація, зупинка та неможливість розвитку, тому зміни є неминучими. Змінам передують ситуація невизначеності, що викликає бажання все контролювати. Тому важливим для вимушених переселенців є розвиток такої якості як толерантність до невизначеності, прийняття невизначеності. Ця якість пов'язана з вищими рівнями самосвідомості особистості, що передбачають орієнтування людини на особистісні цінності та виключають ставлення до іншого як засобу досягнення цілей. Важливо зазначити, що самоповага є індикатором рівня особистісних цінностей, який пов'язаний з прийняттям невизначеності. Ситуація вимушеного переселення вимагає високої психологічної стійкості, здатності розуміти ситуацію, швидко адаптуватися, вміти долати стреси та приймати допомогу.

Дуже важливим для вимушених переселенців є відчуття внутрішньої опори - сили, стабільності, впевненості в собі, здатності захиститися, можливості діяти. Чи то пересування в просторі, рух почуттів та думок, чи просування в кар'єрі - всі ці аспекти життя пов'язані з почуттям опори. Чим краще людина відчуває під собою опору, тим більшу впевненість вона має, тим більшу напругу вона може виносити і з більшим хвилюванням може справлятися, а значить більш стресостійкою стає. Заземлення – є також важливим стабілізаційним методом в роботі з вимушеними переселенцями, жінками в міграції. Цей метод часто використовується в тілесній терапії, означає стійкий зв'язок із Землею. Втрата зв'язку з землею часто відбувається, коли людина постраждала від травматичних подій, втратила домівку, не може знайти своє місце в світі. Вимушені переселенці частково втратили опору в житті, їх земля «пішла у них з-під ніг». І тоді втрата зв'язку з землею - це ніби втеча в іншу реальність, більш приємну і яскраву. У вимушених переселенців в прямому сенсі був втрачений зв'язок з землею, зі своєю рідною землею, тому робота з заземленням є вкрай важливою [20,34-35].

Почуття відповідальності як ознака дорослості. Відповідальність за власні вчинки дуже важлива в ситуації побудови нового життя. Іноді в роботі з вимушеними переселенцями можна стикнутися з явищами стигматизації та віктимізації. Подолання психологічних проблем, викликаних цими явищами, пов'язане з формуванням у людини відповідальності за своє життя. Відповідальність - це необхідність самому справлятися з проблемами життя. Свобода дії нерозривно пов'язана з відповідальністю. Відповідальність розглядається як турбота про власні потреби; усвідомлення себе і відповідь на запити буття; усвідомлена соціальність; чесність перед самим собою; осмисленість вчинків, що базуються на цінностях. Почуттям відповідальності можна назвати внутрішнє відчуття обов'язку і готовність відповідати за те, що відбувається в житті в результаті власних вчинків. Людина відповідає за вибори,



які вона робить у своєму житті. Отже, для успішної адаптації на новому місці, ресоціалізації, перебудови та зміцнення ідентичності вимушеним переселенцям треба брати свою долю у власні руки: формувати нові стратегії розвитку, ставити нові цілі та завдання життя та приймати наслідки власних виборів та вчинків. Арт-терапія - через те, що вона передбачає власну творчу активність - спрямована на розвиток активності та відповідальності. Серед арт-терапевтичних методик, які можна використовувати з переселенцями, слід назвати створення колажу бажань - колажу цілей, планів - оповіді майбутнього життя. В процесі творчості людина розмірковує про своє життя та цілі, яких хоче досягти, намагається визначити головне на сьогодні. Це допомагає навести порядок в думках про майбутнє, налаштовуючись на краще. За своєю суттю, колаж бажань - це візуалізація внутрішнього образу, перенос на папір думок, почуттів і бажань [20, 35-36].

Метод системних структурних розстановок, для використання в арт-терапевтичному форматі. Цей метод розроблений Інзою Шпаррер як групове моделювання системи за допомогою замісників для розгляду структур системи та її вивчення. Як систему можна розглядати як будь-яку групу, так і окрему особистість. Такі «моделі» роблять системи більш наочними, стають зрозумілими розбіжності в сприйманні окремих структурних елементів системи - її персонажів. Розстановки, що орієнтовані на рішення, є особливою групою системних структурних розстановок. Загальний принцип орієнтації на рішення допомагає спиратися на ресурси та формує установку, з якої стає зрозумілим, чого хоче клієнт насправді, включаючи усі наслідки, тобто установка надає клієнтові сенс життя, «червону нитку», по якій можна рухатися. Розглянемо роботу засновану на використанні малюнку як об'єкта, що заміщує певні елементи системи. Робота завжди містить такі етапи:

- створення малюнків, що є відображенням бачення людиною різних елементів системи (наприклад, частини «Я» - Ініціатор ідей, Критик, Реаліст;

ціль, перешкода, помічник, «Я»); людина вступає в контакт з власними відчуттями, асоціаціями, переживаннями щодо запропонованих позицій. Малюнок стає втіленням цих відчуттів;

- розташування малюнків в просторі кабінету;
- людина займає позицію кожного елемента системи по черзі, прислухаючись до своїх почуттів, бажань, зв'язків, що відчуваються з іншими елементами системи;
- аналіз та обговорення, що приводять до кращого розуміння ситуації, яка викликає переживання.

Таким чином створюється модель світу людини, метафора його проблеми. Постає можливість отримати зовнішню картину своєї системи та огляд ситуації в цілому з «мета-позиції». Всі елементи розташовані в просторі таким чином, щоб людина відчувала це розташування як правильне, співзвучне. Вирішення проблеми у вигляді слів трансформується в образ та сприймається на тілесному рівні. Клієнт отримує екстерналізований досвід власної структури, а «перенос результату образу-рішення в повсякденне життя є поступовими змінами» [20,36-37].

Отже, арт-терапія є одним із методів в роботі з вимушеними переселенцями, завдяки спектру охоплених можливостей:

- вивільнення витіснених емоцій;
- отримання задоволення від процесу творчості, що сприяє усвідомленню та адекватній оцінці своїх почуттів, спогадів, переживань;
- структуризація власних потреб та бажань;
- можливість стати творцем власного життя та будувати нові життєві стратегії та моделі поведінки;
- заземлення та повернення в «тут і зараз»;
- творче розкриття здібностей та сутнісного потенціалу людини;
- мобілізація внутрішніх механізмів саморегуляції та зцілення.

Арт-терапія являється способом невербальної комунікації та представляє велику цінність, в випадках коли важко описати словами свої емоції та переживання, адже травматичні події мають тенденцію накладати відбиток на рівнях тілесних і емоційних переживань.

До всього перерахованого, варто додати, що арт-терапія надає ресурс, звертаючись до творчої складової психіки людини, запускається пошук можливостей самозцілення. Арт-терапія дає можливість усвідомлення власних деструктивних моделей поведінки та взаємодії, а значить можливість видозмінення їх та побудови нових стратегій поведінки.

Творча діяльність спонукає до вибудови екологічного контакту, взаєморозуміння через створені образи та зближення людей. Методологія арт-терапії полягає в безумовному прийнятті клієнта у всіх його особливостях та проявах. Ліпка, малювання, спів, танець в арт-терапевтичному процесі являється матеріальним проявленням в метафоричній формі, дає можливість з іншої сторони, по-новому подивитись на ситуацію та знайти нові шляхи та рішення.

## ВИСНОВКИ

У даній магістерській роботі здійснено теоретичне узагальнення та емпіричне дослідження феномену посттравматичного зростання жінок у вимушеній міграції через воєнні дії в Україні.

В результаті проведеного дослідження виявили ефективність у вирішенні поставлених завдань, що дало підстави для можливості сформулювати такі висновки:

Проведено аналіз наукової літератури та методологічного положення з тематики дослідження, що дозволило виділити та відзначити феномен посттравматичного зростання, як позитивні психологічні зміни, що відбуваються після переживання складних життєвих обставин. Феномен посттравматичного зростання не може ототожнюватись з такими поняттями, як резильєнтність та копінг стратегії по переживанню травматичного досвіду. Адже, ці поняття дають визначення особистісним характеристикам людини, які допомагають успішно переробляти важкі травматичні ситуації. Концепція ж посттравматичного зростання, в свою чергу полягає в тому, аби відбулась позитивна трансформація психологічного стану людини та здобуття нового способу дій. Така трансформація, що відбувається у процесі опрацювання психікою людини наслідків травматизації, дозволяє вибудувати стресостійкість до травматичних подій та створити нові когнітивні схеми.

За результатами комплексу психодіагностичних методик підбраного для аналізу травматичного досвіду, посттравматичного стресу та посттравматичного зростання жінок, що знаходяться у вимушеній міграції через воєнні дії в Україні, виявили, що обрані методики мають високий рівень достовірності та валідності.

За результати емпіричного дослідження особливостей посттравматичного зростання порівняння двох груп: жінок у вимушеній міграції та жінок, що не

зазнали міграції, середні відсоткові значення вказують, що лише у 9,5% жінок в міграції спостерігався «високий рівень» прояву посттравматичного зростання, 52,4% опитаних встановили «середній рівень» і 38,1% опитуваних продемонстрували «низький рівень» ПТЗ, в свою чергу в жінок, що не зазнали міграції «високий рівень» спостерігається в 33,3% опитуваних, «середній рівень» в 50% та «низький рівень» показали лише 16,7%.

Під час проведення емпіричного дослідження індивідуально-особистісних змін посттравматичного зростання жінок у міграції не вдалось встановити зв'язок вираженості посттравматичного зростання з віковими особливостями, сімейним станом, сферою діяльності та місцем міграції.

За результатами дослідження не вдалось підтвердити гіпотезу, що високий рівень посттравматичного зростання пов'язаний із задоволеністю життям. Жінки у вимушеній міграції, які відзначили пригнічений емоційний стан, мають симптоми та ознаки посттравматичного стресу, можуть відзначати як середні, так і високі показники посттравматичного зростання.

Результати аналізу отриманих даних показали, що прояви ПТСР та посттравматичне зростання можуть бути виражені одночасно, в той же час відомо, що стресовий розлад може бути початковою формою посттравматичного зростання. В силу того, що дослідження вмістило достатню кількість опитуваних, не було змоги розкрити окремо кожного респондента.

Враховуючи заповнені опитуваними анкети, шкали та опитувальники, спираючись на методологічні напрацювання з посттравматичного зростання, запропоновано рекомендації, в розрізі арт-терапевтичних методик по сприянню посттравматичному зростанню жінок, що пережили/переживають травматичний досвід вимушеної міграції. Основний напрямок психологічної роботи в вимушених мігрантах є вибудовування внутрішніх опор, фокус на сильних сторонах та ресурсах, емоційній адаптивності, стресостійкості та гнучкості.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Українські вимушені мігранти: інтеграція, ідентичність, повернення: Збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції. 25 травня 2023 р. Львів. 2023. 315 с. веб сайт. URL: <https://miok.lviv.ua/?p=22856>. (дата звернення: 8.10.2023).
2. Кількість українців та їх міграція закордон через війну. *Укрінформ*. веб-сайт. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-ato/3732355-kilkist-ukrainciv-ta-ih-migracia-za-kordon-cerez-vijnu.html> (дата звернення: 8.10.2023).
3. Гершанов О. Основи роботи з травмою. 26 с. URL: веб сайт <https://rm.coe.int/ptsd-ukr/1680a0a10b> (дата звернення: 8.10.2023).
4. Гуляєва. А. С. Психологічні особливості вимушеного переселення. *Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. С.66-75.
5. Лазарюк В. Колективна психологічна травма в умовах надзвичайної ситуації російської збройної агресії проти України. *III Міжнародна наукова конференція «Воєнні конфлікти та техногенні катастрофи: історичні та психологічні наслідки»*. С.174-176. веб сайт URL: [https://elartu.tntu.edu.ua/bitstream/lib/41130/2/MCTD\\_2023\\_Lazaryuk\\_V-Collective\\_psychological\\_174-177.pdf](https://elartu.tntu.edu.ua/bitstream/lib/41130/2/MCTD_2023_Lazaryuk_V-Collective_psychological_174-177.pdf) (дата звернення: 12.10.2023).
6. Прокоф'єва Л. Психологічна модель ПТСР та особливості корекції в умовах воєнного стану. *Науковий вісник Ізмаїльського державного гуманітарного університету. Серія: Історичні науки. Випуск 57*. С.110-120. веб сайт URL: [https://moodle.znu.edu.ua/pluginfile.php/905351/mod\\_resource/content/5/Pryklady\\_DSTU\\_8302\\_2015.pdf](https://moodle.znu.edu.ua/pluginfile.php/905351/mod_resource/content/5/Pryklady_DSTU_8302_2015.pdf) (дата звернення: 12.10.2023).
7. Овчаренко О. Ю. Навчальний посібник. Психологія стресу та стресових розладів. Університет «Україна». 2023. 266 с.

8. Гурлева Т.С., Журавльова Н.Ю. Довіра до себе як важливий атрибут стресостійкості особистості в умовах інформаційної війни: взаємозв'язок понять. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. С. 76-82. веб сайт URL: [https://psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/4\\_2022/14.pdf](https://psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/4_2022/14.pdf) (дата звернення: 12.10.2023).

9. Зливков В. Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Педагогічна думка. Київ, 2016. 219 с.

10. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання: монографія. Кропивницький: Імекс-ЛТД. 2020. 125 с.

11. Титаренко Т. М. Стратегії сприяння посттравматичному зростанню особистості. УДК 316.6. Київ. 2018. С. 217-232.

12. Климчук В. О. Посттравматичне зростання та як йому можна сприяти у психотерапії. *Наука і освіта*. 2016. №5. С. 46–52.

13. Анцибор А. Роль вольового зусилля та установки на перемогу в процесі подолання аутсайдерської психології. *Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія «Педагогіка. Психологія»*. Вип. 1. 2022. С. 3-9. веб сайт URL: [file:///C:/Users/anast/Downloads/1%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/anast/Downloads/1%20(4).pdf) (дата звернення: 13.10.2023).

14. Леонова І. М. Соціально-психологічні особливості переживання почуття самотності жінками – внутрішньо переміщеними особами. *Соціальна психологія; психологія соціальної роботи*. УДК 159.907. С. 51-56. веб сайт URL: [https://psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/1\\_2021/11.pdf](https://psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/1_2021/11.pdf) (дата звернення: 14.10.2023).

15. Венгер О. П., Мисула Ю. І. Структура та особливості психопатологічної симптоматики у вимушених мігрантів на сучасному етапі. Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України. УДК 616.89-008.19-054.72:159. С. 60-67.

16. Блинова О. Є. Соціально-психологічні засади адаптації вимушених мігрантів. УДК: 159.922.27:331.556.4. С. 58-66. веб сайт URL: <http://www.apppsychology.org.ua/data/jrn/v9/i9/10.pdf> (дата звернення: 14.10.2023).
17. Мушкевич М. І, Чагарна С. Є. Основи психотерапії: навчальний посібник. Луцьк: Вежа-Друк. № 3. 2017. 420 с.
18. Харитоновна Н. Посттравматичне зростання, як основа психологічного супроводу ветеранів російсько-української війни: огляд досліджень. УДК 159.98. С. 167-189. URL:<https://pt.khmnu.edu.ua/index.php/pt/article/view/78/69> (дата звернення: 20.10.2023).
19. Кісарчук З. Г., Омельченко Я. М., Лазос Г. П. (та ін.). Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія. УДК159.98. Київ 2020. 178 с.
20. Вознесенська О. Арт-терапія в роботі з вимушеними переселенцями. Простір арт-терапії. Збірник наукових праць. Вип. 2(18). 2015. УДК 159.9. С. 23-41.
21. Діденко Г. О. Теоретичний аналіз сучасних моделей посттравматичного зростання. УДК 159.9.016. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. С. 35-39.



## ДОДАТКИ

### Додаток А

#### Анкета

Важливо! Анкета являється анонімною, вся особиста інформація конфіденційна, буде використовуватись у вигляді статистичних вибіркових даних з науково-дослідницькою метою.

Приклад гугл форми:

1. Ваше ім'я: \_\_\_\_\_

2. Ваш вік

18-24

25-39

40-54

55+

3. Сімейний статус/діти: \_\_\_\_\_

4. Освіта, спеціальність: \_\_\_\_\_

5. Ваша діяльність? \_\_\_\_\_

6. Місто проживання до 24.02.2022 \_\_\_\_\_

7. Досвід роботи з психологом до початку повномасштабного вторгнення (якщо відповідь стверджувальна – яка тривалість) \_\_\_\_\_

8. Міграція:

Внутрішня

Зовнішня

Не виїжджала

Інше \_\_\_\_\_

9. Дата або період коли відбулась міграція:

(Дайте відповідь, якщо міграція була)

\_\_\_\_\_

10. Що вплинуло на остаточне рішення міграції?

*(Дайте відповідь, якщо міграція була)*

---

11. Хто був поряд, з ким виїжджали?

*(Дайте відповідь, якщо міграція була)*

- Самостійно
- Дитина/діти
- Чоловік/хлопець
- Батьки/інші рідні
- Друзі
- Не виїжджала

12. Куди переїхали?

*(Дайте відповідь, якщо міграція була)*

---

13. Як виїжджали?

*(Дайте відповідь, якщо міграція була)*

- заздалегідь, з речами та документами
- поспіхом, майже без речей, перебували під обстрілами
- з окупації, без речей, перебували під постійними обстрілами
- поспіхом, майже без речей, зруйновано житло
- інше

14. Чи змінювали перше місце тимчасового проживання?

*(Дайте відповідь, якщо міграція була)*

- Ні
- Так, одноразово
- Так, неодноразово

15. Чи відвідували Україну/рідне місто за час міграції?

*(Дайте відповідь, якщо міграція була)*

- Так
- Ні

16.Опишіть свій стан під час безпосередньої міграції?

*(Дайте відповідь, якщо міграція була)*

---

17.Як пройшов/проходить період адаптації?

*(Дайте відповідь, якщо міграція була)*

---

18.Як можете охарактеризувати свій стан на сьогоднішній день?

---

19. Як вважаєте, що вплинуло/впливає на ваш стан?

---

20. Чи допускаєте ви повернення в Україну, якщо так, за яких умов?

*(Дайте відповідь, якщо міграція була)*

---

## Додаток Б

## Опитувальник сенсу життя

1. Я розумію сенс свого життя
2. Я шукаю щось, що робить моє життя змістовним
3. Я завжди намагаюсь досягти своїх життєвих цілей
4. Моє життя має чітко визначену мету
5. Я чітко розумію мету свого життя
6. Я отримую задоволення від досягнення своїх життєвих цілей
7. Я завжди шукаю те, що робить моє життя значущим.
8. Я шукаю своє життєве покликання
9. Моє життя не має чіткої мети.
10. Я шукаю сенс свого життя.

1	2	3	4	5	6	7
абсолютно згоден	переважно згоден	частково згоден	складно відповісти	більше незгоден	переважно незгоден	абсолютно незгоден

## Обробка результатів

Пункт 9 має зворотній ключ (де абсолютно згоден – 7 балів, а абсолютно незгоден – 1 бал).

Шкала Наявність сенсу – пункти 1, 4, 5, 6, і 9

Шкала Пошук сенсу – пункти 2, 3, 7, 8, і 10

Обчислюється сума балів за кожною шкалою (від 5 до 35).

**Додаток В****Опитувальник посттравматичного зростання (Post Traumatic Growth Inventory)**

Текст методики.

1. Я змінив свої пріоритети про те, що важливо у житті
2. Я набагато краще розумію цінність власного життя
3. У мене з'явилися нові інтереси
4. Я став більш впевненим у собі
5. Я став краще розуміти духовні питання
6. Я розумію, що можу розраховувати на людей у скрутних ситуаціях
7. Я скерував своє життя на новий шлях
8. Я відчуваю більшу близькість з оточуючими
9. Я охоче виражаю свої емоції
10. Я краще розумію, що можу впоратися зі складнощами
11. Я можу зробити багато гарних справ у своєму житті
12. Я більшою мірою здатен приймати речі такими, якими вони є
13. Я можу більше цінувати кожен день свого життя
14. У мене з'явилися нові можливості, як не були мені доступні раніше
15. Я став більше співчувати іншим
16. Я докладую більше зусиль на встановлення відносин з іншими людьми
17. Я більше намагаюсь змінити те, що потребує змін
18. Я став більш віруючим (релігійнішим)
19. Я зрозумів, що я сильніший, ніж я думав
20. Я дізнався про те, якими чудовими бувають люди
21. Я краще розумію потреби інших людей

## Додаток Г

## Перелік життєвих подій (стандартна форма)

Інструкція: Вам пропонується перелік подій, які можуть статися у житті кожної людини. Згадайте усе своє життя та для кожної події оберіть один або декілька варіантів відповідей: подія трапилась зі мною, я був свідком події, це сталося з моїм родичем або другом, це частина моєї роботи, складно відповісти, мене це не стосується. Подія	Подія трапилась зі мною	я був свідком події	Це сталося з моїм родичем або другом	Це частина моєї роботи	Складно відповісти	Мене це не стосується
1. Природне лихо (повінь, ураган, землетрус)						
2. Пожежа або вибух						
3. Транспортна аварія (ДТП, авіакатастрофа, аварія потягу)						
4. Нещасний випадок на роботі чи вдома						
5. Отруєння токсичними речовинами (у тому числі й радіацією)						
6. Фізичний напад (побиття, вбивство)						
7. Напад зі зброєю (погрози ножем, пістолетом, вибухівкою)						
8. Сексуальне насильство (зґвалтування, спроба зґвалтування)						
9. Інший неприємний сексуальний досвід						
10. Участь у бойових діях						
11. Позбавлення волі						
12. Життєво небезпечна хвороба або травма						
13. Важкі людські страждання						
14. Раптова насильницька смерть (наприклад, вбивство, самогубство)						
15. Раптова смерть в результаті нещасного випадку						
16. Травми чи вбивство Вами іншої людини						
17. Інша стресова подія						

## Додаток Г

## Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale, IES-R)

Нижче подається список труднощів, з якими люди іноді зіштовхуються після стресових життєвих подій. Будь ласка, прочитайте кожен пункт, а потім вкажіть наскільки Вас виснажувала кожна трудність протягом останніх 7 днів або протягом іншого узгодженого проміжку часу:	ніколи	рідко	часто	дуже часто	постійно
1. Будь-що, що нагадувало мені про цю подію, викликало почуття, пов'язані з нею.	0	1	2	3	4
2. Мені було важко спати, я часто прокидався уночі	0	1	2	3	4
3. З різних причин я знову і знову починав думати про цю подію	0	1	2	3	4
4. Я відчував роздратування і злість	0	1	2	3	4
5. Я намагався не дозволяти собі засмучуватися, коли я думав про цю подію, чи вона нагадувалася мені	0	1	2	3	4
6. Я думав про цю подію, хоч і не хотів цього робити	0	1	2	3	4
7. Я почувався так, наче це не відбулося або наче це не було насправді	0	1	2	3	4
8. Я намагався уникати усього, що могло мені нагадувати про цю подію	0	1	2	3	4
9. Образи про це неочікувано з'являлись у мене в голові	0	1	2	3	4
10. Я був нервовий, я «заводився» з нічого	0	1	2	3	4
11. Я намагався про це не думати	0	1	2	3	4
12. Я знав, що досі маю багато відчуттів, пов'язаних з цією подією, але я нічого з ними не робив	0	1	2	3	4
13. Мої відчуття, пов'язані з цим, в певній мірі, притупилися	0	1	2	3	4
14. Я помітив, що я поведжуся або почувуюся так, ніби я знову повернувся у той час	0	1	2	3	4
15. Мені було важко засинати	0	1	2	3	4
16. На мене хвилями находили сильні відчуття, пов'язані з цим	0	1	2	3	4
17. Я намагався викинути це зі своєї пам'яті	0	1	2	3	4
18. Мені було важко зосереджуватися	0	1	2	3	4
19. Спогади про це викликали у мене фізичні реакції (такі як, потовиділення, важке дихання, нудота або серцебиття та ін.)	0	1	2	3	4
20. Це мені снилося	0	1	2	3	4
21. Я почувуюся весь час «на поготові» - в очікуванні, що щось страшне має статися знову	0	1	2	3	4
22. Я намагався про це не говорити ні з ким	0	1	2	3	4

**Продовження додатка Г**

20. Це мені снилося	0	1	2	3	4
21. Я відчуваю весь час «на поготові» - в очікуванні, що щось страшне має статися знову	0	1	2	3	4
22. Я намагався про це не говорити ні з ким	0	1	2	3	4



## Додаток Д

## Опитувальник симптомів ПТСР

№	За минулий місяць, як часто Вас турбувало:	Ніколи	Рідко	Помірно	Часто	Дуже
1	Повторювані, тривожні, небажані думки про стресову подію	0	1	2	3	4
2	Повторювані, тривожні сни про стресову подію	0	1	2	3	4
3	Раптове відчуття, що стресова подія сталася з Вами знову (наче Ви заново її переживаєте)	0	1	2	3	4
4	Відчуття сильного занепокоєння, коли щось нагадує Вам про стресову подію	0	1	2	3	4
5	Виражені соматичні реакції, коли щось нагадує Вам про стресову подію (підвищене серцебиття, підвищення артеріального тиску, почервоніння обличчя тощо)	0	1	2	3	4
6	Уникання споминів, думок і почуттів, пов'язаних зі стресовою подією	0	1	2	3	4
7	Уникання зовнішніх нагадувань про стресову подію (людей, обстановки, певних ситуацій)	0	1	2	3	4
8	Виражена тривога при згадуванні важливих частин стресової події	0	1	2	3	4
9	Виражене негативне ставлення до себе, інших людей та світу в цілому (наприклад, такі думки як «я поганий», «зі мною сталося щось серйозне», «нікому не можна довіряти», «світ дуже небезпечний»)	0	1	2	3	4
10	Звинувачення себе чи когось іншого у тому, що сталася стресова подія, чи події після неї	0	1	2	3	4
11	Сильні негативні почуття: страх, жах, гнів, почуття провини або сорому	0	1	2	3	4
12	Втрата інтересу до діяльності, яка раніше подобалася	0	1	2	3	4
13	Переживання дистанції, «відірваності» від інших людей	0	1	2	3	4

**Продовження додатка Д**

14	Неможливість переживати позитивні емоції (наприклад, постійне відчуття себе нещасним, неможливість відчувати любов до близьких людей)	0	1	2	3	4
15	Роздратованість, спалахи гніву, агресивність	0	1	2	3	4
16	Ризикована поведінка або діяльність, яка може заподіяти Вам шкоду	0	1	2	3	4
17	Постійна настороженість, очікування небезпеки	0	1	2	3	4
18	Знервованість, часті здригання	0	1	2	3	4
19	Труднощі у концентрації уваги	0	1	2	3	4
20	Проблеми із засинанням, безсоння	0	1	2	3	4

## Додаток Е

## Методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації

№	Життєві події	Бали
1	Смерть чоловіка (дружини)	100
2	Розлучення	73
3	Роз'їзд подружжя (без оформлення розлучення)	65
4	Тюремне ув'язнення	63
5	Смерть близького члена родини	63
6	Травма чи хвороба	53
7	Одруження, весілля	50
8	Звільнення з роботи	47
9	Примирення подружжя	45
10	Вихід на пенсію	45
11	Зміна в стані здоров'я членів родини	44
12	Вагітність	40
13	Сексуальні проблеми	39
14	Поява нового члена родини, народження дитини	39
15	Реорганізація на роботі	39
16	Зміна фінансового стану	38
17	Смерть близького друга	37
18	Зміна професійної орієнтації, зміна місця роботи	36
19	Посилення конфліктності стосунків з чоловіком (дружиною)	35
20	Позичка чи позика на велику покупку (наприклад, будинку)	31
21	Закінчення терміну виплати позички чи позики, 30 збільшення боргів	30
22	Зміна посади, підвищення службової відповідальності	29
23	Син чи дочка залишають родину	29

24	Проблеми з родичами чоловіка (дружини)	29
25	Видатне особисте досягнення, успіх	28
26	Чоловік (дружина) кидає роботу (чи стає до роботи)	26
27	Початок або закінчення навчання	26
28	Зміна умов життя	25
29	Відмова від певних звичок	24
30	Проблеми з керівництвом, конфлікти	23
31	Зміна умов чи годин роботи	20
32	Зміна місця проживання	20
33	Зміна місця навчання	20
34	Зміна звичок, пов'язаних із проведенням дозвілля чи відпустки	19
35	Зміна звичок, пов'язаних з віросповіданням	19
36	Зміна соціальної активності	18
37	Позичка чи позика для покупки не дуже великих речей (машини, телевізора)	17
38	Зміна індивідуальних звичок, пов'язаних зі сном, порушення сну	16
39	Зміна членів родини, зміна характеру і частоти зустрічей з іншими членами родини	15
40	Зміна звичок, пов'язаних з харчуванням (кількість споживаної їжі, дієта, відсутність апетиту тощо)	15
41	Відпустка	13
42	Різдво, зустріч Нового року, день народження	12
43	Незначне порушення правопорядку (наприклад, штраф за порушення правил дорожнього руху)	11

Обробка результатів. Підсумковий бал за шкалою визначає актуальний рівень стресу індивіда. Даний бал порівнюється з відомими рівнями переживання стресу:

Менше 150 - Достатньо велика опірність стресу

150-199 - Висока опірність

200-299 - Порогова опірність

300 і більше - Низька (вразливість) опірність стресу

Інтерпретація результатів.

Достатньо велика опірність стресу. Висока стресостійкість, мінімальний рівень стресового навантаження.

Високий рівень опірності стресу. Низький рівень стресового навантаження, діяльність достатньо ефективна, стресостійкість.

Пороговий (середній) рівень опірності стресу. Середній рівень стресового навантаження. Стресостійкість знижується зі збільшенням стресових ситуацій у житті. Людина змушена велику частину енергії і ресурсів витратити на боротьбу знегативними психологічними станами, що виникають в процесі стресу.

Низький рівень опірності стресу. Високий рівень стресового навантаження, низький рівень стресостійкості, не рекомендовано діяльність, пов'язану зі стресами.

Велика кількість балів (понад 300) – сигнал тривоги, існує велика ймовірність розвитку психосоматичних хвороб, стан близький до нервового виснаження.