

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

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

**на тему: ПСИХОЛОГІЧНА РОБОТА З ТРАВМОЮ СЕРЕД ВИМУШЕНИХ
ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ**

Виконала: студентка II курсу,
групи 8.0531-3з
спеціальності: 053 Психологія
освітньої програми: Психологія
Мельніченко Марина Юріївна
Керівник: к.психол.н., доцент
кафедри психології Залановська О. І.
Рецензент: к.псих.н., доцент кафедри
психології Грединарова О.М.

Запоріжжя
2022

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

« ____ » _____ 2022 р.

ЗАВДАННЯ

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Мельніченко Марина Юріївна-----

Тема роботи Психологічна робота з травмою серед вимушених переселенців під час війни

керівник роботи Залановська Л.І., к.психол.н., доцент кафедри психології

затверджені наказом ЗНУ від «20» 07 2022 року № 884-с

2. Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: проаналізувати психологічну травму в науковій літературі та розглянути умови виникнення психологічної травми; дослідити психоемоційні стани вимушених переселенців під час війни; проведення діагностики психологічного стану вимушених переселенців; розробка та впровадження психокорекційної програми роботи з психологічною травмою серед вимушених переселенців.

5. Перелік графічного матеріалу: 3 таблиці

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання Видав	Завдання прийняв
Вступ	Залановська Л.І., доцент		
Розділ 1	Залановська Л.І., доцент		
Розділ 2	Залановська Л.І., доцент		
Розділ 3	Залановська Л.І., доцент		
Висновки	Залановська Л.І., доцент		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень-березень 2022 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2022 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-червень 2022 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	липень-серпень 2022 р.	Виконано
5	Написання висновків	вересень 2022 р.	Виконано
6	Передзахист	листопад 2022 р.	Виконано
7	Нормоконтроль	листопад 2022 р.	Виконано

Студент _____ Мельніченко М.Ю.

Керівник роботи _____ Залановська Л.І.

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ О. М. Грединарова

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 42 сторінки, 3 додатки, 30 джерел.

Об'єкт дослідження – психологічна травма, як особлива форма загальної стресової реакції.

Предмет дослідження – психологічна робота з травмою серед вимушених переселенців, що обумовлена воєнними діями.

Мета роботи – теоретично дослідити поняття «психологічна травма» та експериментально виявити особливості психоемоційного стану вимушених переселенців, розробити програму психологічної роботи з вимушеними переселенцями в наслідок воєнних дій.

Гіпотеза дослідження: передбачаємо, що рівень тривоги, депресії та інших проявів психологічної травми вимушених переселенців знизиться після проведення психокорекційної програми.

Для вирішення завдань та досягнення поставленої мети використано такі методи дослідження:

– теоретичні: аналіз, синтез, порівняння, узагальнення та інтерпретація інформації, отриманої в ході теоретичного вивчення наукової літератури з проблем травматизації вимушених переселенців в наслідок воєнних дій;

– емпіричні: методики «Шкала оцінки впливу травматичної події», «Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР», «Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)».

Наукова новизна роботи полягає у розробці психокорекційної програми для роботи з вимушеними переселенцями. Результати дослідження кваліфікаційної роботи можуть бути використані в соціально-психологічних центрах роботи з вимушеними переселенцями.

ПСИХОЛОГІЧНА ТРАВМА, ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА,
ПСИХОКОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА, ВИМУШЕНІ ПЕРЕСЕЛЕНЦІ

SUMMARY

M. Melnichenko. Psychological work with trauma with internally displaced persons during the war years. Zaporizhzhia, 2022. 47 p.

Structure: Master's thesis consists of an Introduction, 3 Chapters, Conclusion, References (30 items, 17 of foreign origin), 3 appendices. The Master's thesis is 63 pages long.

The object of the study is psychological trauma.

The subject of the study is the psychological work with the trauma of the war with internally displaced persons.

The aim of the study is to investigate the psycho-emotional conditions of internally displaced persons and to develop a program to reduce anxiety and depression of internally displaced persons.

Objectives of the study:

1. To analyze psychological trauma in the scientific literature and consider the conditions for the occurrence of psychological trauma.
2. To study the psycho-emotional conditions of internally displaced persons during the war.
3. Diagnostics of the psychological state of internally displaced persons.
4. Development and implementation of a psycho-corrective program of work with psychological trauma with internally displaced persons.

Chapter 1 «Theoretical analysis of psychological trauma» provides a theoretical analysis of psychological trauma and the conditions of occurrence of psychological trauma.

In Chapter 2 «Features of the diagnostics of the psychological trauma of internally displaced persons» specific diagnostics features are precisely examined.

Chapter 3 «Psychological work with war trauma among internally displaced persons» describes the main approaches of working with psychological trauma. The psycho-corrective program was created and implemented among internally displaced persons.

The scientific novelty of the work consists in creating a psycho-corrective program for internally displaced persons with the war trauma in Ukraine.

The significance of this work lies in reducing the impact of traumatic events on IDPs, as well as the opportunity to share the research results with other psychologists who work with the psychological trauma of IDPs and forced migrants.

The practical significance of the research lies in the relevance of this topic in society and the need for high-quality psychological help for forced migrants.

Keywords: Psychological trauma, psychological help, psycho-corrective program, war trauma, internally displaced persons.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ «ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ».....	9
1.1. Поняття «психотравма» в різних психологічних підходах.....	9
1.2. Фактори впливу на виникнення психологічної травми у вимушених переселенців під час війни.....	14
1.3. Аналітичний огляд можливих психоемоційних станів вимушених переселенців під час війни	18
РОЗДІЛ 2. ДІАГНОСТИКА ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ.....	21
2.1. Організація та методи експериментально-діагностичного дослідження психоемоційних станів вимушених переселенців	21
2.2. Результати експериментально-діагностичного дослідження.....	23
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА РОБОТА З ТРАВМОЮ ВІЙНИ СЕРЕД ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ.....	25
3.1. Основні види психологічної роботи з травмою.....	25
3.2. Розробка та впровадження психокорекційної програми для вимушених переселенців під час війни.....	27
3.3. Впровадження психокорекційної програми серед вимушених переселенців.....	35
ВИСНОВКИ.....	38
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	39
ДОДАТКИ.....	43

ВСТУП

Проблема психологічної травми війни серед вимушених переселенців сьогодні відноситься до найактуальніших, оскільки після початку повномасштабного вторгнення з боку РФ 24 лютого 2022 року мільйонам українців доводиться жити в умовах тривоги та невизначеності. В результаті цього постає складний вибір залишатися вдома або виїжджати в більш безпечні області України чи за кордон. За словами Д. Лубінця в Україні станом на 1 грудня 2022 року зареєстровано 4,7 млн внутрішньо переміщених осіб.

Актуальність дослідження пояснюється тим, що ті з українців, хто виїхав в більш безпечні області чи за кордон на додаток до стресу, отриманого від війни, мають на додачу стрес від процесу адаптації на новому місці, необхідності налагоджувати побут, знаходити житло, роботу, тощо.

Важливо зазначити, що війна – це стрес, від якого залишаються психологічні травми у багатьох людей. Наскільки великі, залежить від багатьох обставин, у тому числі від внутрішнього потенціалу людини. Психотравма виникає тоді, коли психіка перенавантажується і не може опрацювати травматичний досвід.

Об'єкт дослідження - психологічна травма.

Предмет дослідження – психологічна робота з травмою війни серед вимушених переселенців.

Мета роботи – теоретично дослідити поняття «психологічна травма» та експериментально виявити особливості психоемоційного стану вимушених переселенців, розробити програму психологічної роботи з вимушеними переселенцями в наслідок воєнних дій.

Гіпотеза дослідження: Передбачаємо, що психоемоційний стан вимушених переселенців покращиться в наслідок проведення психокорекційної програми.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати психологічну травму в науковій літературі та розглянути умови виникнення психологічної травми.
2. Дослідити психоемоційні стани вимушених переселенців під час війни.
3. Проведення діагностики психологічного стану вимушених переселенців.
4. Розробка та впровадження психокорекційної програми роботи з психологічною травмою серед вимушених переселенців.

Для вирішення завдань та досягнення поставленої мети використано такі методи дослідження:

– теоретичні: аналіз, синтез, порівняння, узагальнення та інтерпретація інформації, отриманої в ході теоретичного вивчення наукової літератури з проблем травматизації вимушених переселенців в наслідок воєнних дій;

– емпіричні: методики «Шкала оцінки впливу травматичної події», «Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР», «Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)».

Наукова новизна роботи полягає у розробці психокорекційного тренінгу в рамках роботи групи психологічної підтримки з вимушеними переселенцями з метою зменшення впливу травмуючих подій.

Значущість даної роботи полягає у тому, що результати дослідження можуть бути використані практичними психологами в процесі роботи з вимушеними переселенцями та людьми які є постраждалими в наслідок воєнних дій.

Дослідження впливу війни та факту вимушеного переселення є актуальним та важливим, а необхідність надання якісної психологічної допомоги вимушеним переселенцям набуває все більших масштабів.

Практичне значення даного дослідження полягає у розробці психокорекційної програми для вимушених переселенців, травмованих війною.

Структура кваліфікаційної роботи магістра. Складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел з 30 найменувань та 3 додатків. Загальний обсяг основного тексту 63 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ

1.1. Феномен «психотравма» в різних психологічних підходах

Психотравма – це реакція на життєву подію або ситуацію, яка зачіпає особистісно значущі сторони існування індивідуума і призводить до глибоких психологічних переживань.

Поняття травми походить від латинського слова *trauma*, яке перекладається як «пошкодження», і позначає раптовий вплив на людину зовнішніх факторів, які можуть спричинити порушення анатомічної цілісності та функцій організму (фізіологічних, психологічних) та які супроводжуються певними реакціями тіла та психіки.

Поняття психологічної травми виникло у XIX столітті, коли французький терапевт П'єр Брике, описуючи у своїй монографії симптоми істерії, звернув увагу на те, що найчастіше істерія є наслідком події, що травмує.

У психології будь-яке екстремальне (поза межне, не властиве повсякденному житті) вплив на організм людини, що спричинило ряд психічних реакцій, розглядають як психотравмувальну подію.

Різні психологічні школи та концепції розглядають поняття психотравми, використовуючи критерії та поняття автентичної парадигми. Так, послідовники психоаналізу вважали, що психологічна травма своєю силою хіба що пробиває «захисний бар'єр» психіки та людина неспроможна впоратися з нею. Сам же З. Фрейд, відстежуючи у поступовій динаміці процес становлення особистості, відокремлював процес формування від процесу розвитку, що стало основою його підходу до розгляду травми:

- травма як сила, що детермінує та наповнює нову невротичну структуру особистості. У такому випадку травма виступає каталізатором внутрішніх процесів, які об'єднуються навколо психотравмуючої події і формують невротичний механізм особистості. Якщо наступні події підтверджують необхідність такого механізму, формується невротична структура особистості;

- травма як сила, що розкриває та посилює невротичну структуру. В даному випадку йдеться про процес заповнення невротичної структури механізмами, які її актуалізують, активізують та асимілюють у структуру особистості, тобто вже сформована невротична структура може бути латентною та активною. У разі латентності травматична подія «пробуджує» її та особистість стає активним транслятором невротизму.

Слід зазначити, що представники психоаналітичного підходу вважали, що наявність активної невротичної структури психотравмуючої події може призвести до істотних змін, аж до психопатології. «Батько психоаналізу» Зигмунд Фрейд звернув увагу власне на процес травматизації, а також умови, за яких вона відбувається, і від яких залежить наявність наслідків. Оригінальним в його ранньому психоаналізі є припущення, що травматичним може бути не тільки реальна, але і фантазійна подія: «Травматичний вплив може бути наданий будь-якій події, що спричиняє болісне відчуття страху, жаху, сорому, душевного болю; і, зрозуміло, від сприйнятливості (вразливості) потерпілого (так само як і від умов, зазначених нижче) залежить ймовірність того, що ця подія набуде характеру травми». ... «Психічна травма або спогад про неї діє подібно чужорідному тілу, яке після проникнення всередину ще довго залишається чинним шкідливим фактором» [7]. Фрейд наголошує, що зниження гостроти переживань істотно залежить від того, чи відразу після травматичного впливу настала зазначена реакція на нього або ж для такої реакції не було можливості або вона була вимушено пригнічена.

На думку представників юнгіанської школи, поняття «травма» використовується для опису будь-якого переживання, що викликає нестерпні психічні страждання. Цей підхід розглядає психотравму з погляду внутрішніх трансформацій, що відбуваються з особистістю як наслідки травми. Для прийняття та усвідомлення факту та наслідків події особистість проходить ряд емоційних, внутрішніх змін, які в юнгіанстві називаються стражданнями (сумнів, гнів, страх, шок, тривога тощо).

Поглиблюючи цю парадигму, Д. Калшед зазначив: «Дитина не може ненавидіти улюбленого батька, тому вона ідентифікується з «хорошим» батьком та за допомогою процесу, який Шандор Ференці назвав «ідентифікація з агресором», дитина приймає агресію батька у свій внутрішній світ і починає ненавидіти себе та свої потреби» [13]. Таким чином, він дійшов висновку, що психічна травма здатна трансформувати зовнішні обставини у внутрішню систему самознищення. Отже, якщо травма не усвідомлюється і не приймається, то людина нібито карає себе за її результати. Це може бути самоушкоджуюча поведінка, екстремальні види спорту, пошук «втіхи» в алкоголі чи наркотиках та інші способи «м'якого» суїциду.

Спираючись на авторитетну думку Калшеда, треба відзначити, що самознищення може бути не лише фізичним, а й емоційним. У такому разі людина знецінює свої дії, принижує себе перед іншими, відчуває сором і провину за наслідки події, що травмує, і свою поведінку під час цієї події. Серед ветеранів АТО які опинилися серед тих, хто вижив у серйозних бойових операціях, спостерігається самознищення у вигляді прояву симптому «вини людини, яка вижила», коли людина не радіє тому, що вона залишилася живою, а готова піти за своїми побратимами в інший світ.

Автор логотерапії та екзистенційного аналізу В. Франкл вважав травму одним із факторів втрати людиною життєвих смислів, а її подолання – результатом осмислення події чи пошуком нових життєвих смислів. «Головна

турбота людини – не отримати задоволення або уникнути болю, але радше знайти сенс у своєму житті» [10]. Тому дана парадигма розглядає можливість виходу з травми через формування смислів, здатних стати провідними в структурі особистості, на які людина може спертися у своєму подальшому розвитку. Загальноприйнятим сьогодні є називати ці «смисловими гачками» та більшість з психологів-практиків відзначають важливу роль «смислових гачків» з погляду здатності людини до відновлення.

У когнітивному підході основою теорії травми є поняття когнітивної схеми, яка організовує досвід та поведінку в ситуації, що травмує, а також переконання чи правила, які визначають зміст мислення, емоцій та поведінки. Представники травмафокусованого напрямку когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) вважають, що базові переконання людини щодо власного Я, навколишнього світу і майбутнього зазнають змін у результаті травмуючого досвіду і формують дисфункціональні емоційно навантажені схеми, які згодом стають стереотипними й неусвідомлюваними.

На думку представників соматичної психології, травма – це нейрофізіологічний феномен. П. Левін зазначав: «Я знаю напевно лише те, що ми виявляємося травмованими (травмованими), коли нами загроза по силі перевершує нашу здатність адекватно їй протистояти. Ця нездатність негайно адекватно реагувати може спонукати нас до нової лінії поведінки, яка може бути або явною та очевидною, або майже непомітною» [3]. Розвиваючи цю думку, П. Левін вважає, що при гострих шоківих подіях та в ситуаціях загрози життю активізуються найдавніші стовбури та підкіркові структури мозку, відповідальні за миттєву та потужну відповідь організму, що сприяє його виживанню. Така реакція усвідомлюється постфактум, і людина буває здивована здібностями власного тіла. Це може бути втрата свідомості, реактивна реакція «вивертання» з небезпечної ситуації, несподіваний для людини бойовий прийом, якому той ніколи не навчався, або раптом чітке розуміння того, що відбувається. Якщо у всіх

випадках, крім першого, людина реагує, будучи у свідомості, і як в уповільненій зйомці «спостерігає» за своїми діями, то в першому випадку можливе витіснення факту неприємності. У літературі описуються випадки, коли людина миттєво втрачала свідомість, що дозволяло їй вижити, проте пояснити собі, яким чином це сталося, вона не могла.

Підсумовуючи досвід дослідників у різних психологічних підходах, звертаю увагу на наступне:

1. Будь-яка психотравма – це насамперед загроза життю або безпеці індивіда.
2. Психотравма виникає при впливі на людину події, що виходить за рамки його повсякденного досвіду.
3. Досвід зазвичай трапляється один раз, а внутрішнє переживання повторює його знову і знову.
4. Особливості проживання психотравми залежать від умов, у яких людина її отримала.
5. Події, що травмують, зазвичай приходять ззовні, а реакція при цьому внутрішня, вона може посилювати стан аж до саморуйнування.
6. Травма виникає тоді, коли людська психіка не в змозі впоратися зі своєю реакцією на екстремальну подію.

Десенсибілізація і перероблення рухом очей (ДПРО) є високоефективним способом лікування психічних розладів, пов'язаних з психотравмою.

Психолог Др. Френсін Шапіро в 1987 році випадково виявила, що рухи очей можуть значною мірою знизити інтенсивність тривожних думок. Вона досліджувала це явище на науковому рівні і в 1989 році опублікувала дослідження про ефективність методу в лікуванні постраждалих від психотравми. Під час сеансу EMDR психотерапевт працює з пацієнтом над визначенням специфічної проблеми, на якій буде зосереджена лікувальна сесія [19].

Отже, існує багато наукових підходів до феномена психотравми. На конференції 2008 р., присвяченій практичним рекомендаціям з лікування ветеранів з контузією, ПТСР та болем, що була організована Департаментом США у справах ветеранів та Національним Центром ПТСР найефективнішим методом роботи з наслідками психологічної травми було визнано когнітивно-поведінкову терапію (КПТ).

1.2. Фактори впливу на виникнення психологічної травми у вимушених переселенців під час війни

У більшості людей, які пережили травматичну подію, сила симптомів знижується і симптоми йдуть протягом місяця. Але в частини людей реакції, що виникли під час травматичної події, зберігаються та 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.

Механізм запису травматичної інформації в пам'яті значно відрізняється від такого при звичайних подіях. У цьому випадку відбуваються значні порушення у нормальній схемі обробки мозком вхідної інформації. В результаті надалі те, що хоча б віддалено нагадує подію, що травмує («тригер»), буде автоматично (на рівні умовного рефлексу) викликати негайну захисну реакцію всього організму, іноді без осмислення на рівні свідомості того, що відбувається і своєї реакції на нього. При цьому повторне переживання травматичного спогаду сприйматиметься як реальна небезпека, що відбувається «тут і зараз», а не в минулому. Через особливості збереження інформації про травму у структурах мозку травматичні спогади (на відміну від звичайних спогадів) з'являються незалежно від бажання людини, часто у формі флешбеків чи нічних кошмарів. При цьому неможливо

зусиллям волі перестати думати про подію. Травматичні спогади не змінюються завдяки надходженню нової інформації. Наприклад, у момент події людина могла думати, що загине. Надалі він розуміє, що він живий і поза небезпекою, але при активації травматичного спогаду він знову відчуває сильний страх, наче йому загрожувала смерть.

Нижче наведені чинники ситуацій, що впливають виникнення психологічної травми:

1. Раптовість. Лише деякі лиха чекають, поки потенційні жертви будуть попереджені. Чим раптовіша подія, тим вона руйнівніша для жертв.

2. Відсутність такого досвіду. Оскільки лиха та катастрофи, на щастя, рідкісні – люди часто вчаться переживати їх у момент стресу.

3. Тривалість. У жертв деяких тривалих екстремальних ситуацій (хоча в певних випадках вони можуть завдати менше руйнувань, ніж короткочасні).

4. Нестача контролю. Ніхто не в змозі контролювати екстремальні ситуації, а також події під час катастроф; може пройти чимало часу, перш ніж людина зможе контролювати звичайнісінькі події повсякденного життя. Якщо ця втрата контролю зберігається довго, навіть у компетентних та незалежних людей можуть спостерігатися ознаки «вивченої безпорадності».

5. Горе та втрата. Люди можуть розлучитися з коханими чи втратити когось із близьких; найгірше – це перебувати в очікуванні звісток про всі можливі втрати. Крім того, людина може втратити свою соціальну роль та позицію. У разі тривалих травматичних подій людина може втратити будь-які надії на відновлення втраченого.

6. Постійні зміни. Людині складно пристосовуватися до ситуації, яка постійно змінюється. Це порушує звичний спосіб життя, викликає почуття небезпеки.

7. Експозиція смерті. Навіть короткі загрозливі для життя ситуації можуть змінити особистісну структуру людини та її «пізнавальну карту». Зіткнення зі

смертю, що повторюються, можуть призводити до глибоких змін на регуляторному рівні. При близькому зіткненні зі смертю велика ймовірність важкої екзистенційної кризи.

8. Моральна невпевненість. Люди в екстремальних ситуаціях опиняються перед необхідністю приймати пов'язані з системою цінностей рішення, здатні змінити життя, – наприклад, кого рятувати, наскільки ризикувати, кого звинувачувати.

9. Поведінка під час події. Кожен хотів би виглядати якнайкраще у важкій ситуації, але вдається це небагатьом. Те, що людина робила чи не робила, може переслідувати її дуже довго після того, як інші рани вже затяглися.

10. Масштаб руйнувань. Після катастрофи той, хто її пережив, швидше за все, буде вражений тим, що вона наробила з його оточенням і соціальною структурою. Зміни культурних норм змушують людину адаптуватися до них або залишатися чужинцем; в останньому випадку емоційна шкода поєднується із соціальною дезадаптацією.

Зазначимо, що динаміка переживання травматичної ситуації включає чотири відносно самостійні етапи, що дозволяє охарактеризувати її як розгорнутий в часі процес.

Перший етап - фаза заперечення або шоку. На цій фазі, що настає відразу після дії травматичного фактора, людина не може прийняти подію на емоційному рівні. Психіка захищається від руйнівної дії травматичної ситуації. Цей етап, як правило, відносно нетривалий.

Другий етап - носить назву фази агресії і провини. Поступово починаючи переживати те, що сталося, людина намагається звинувачувати в цьому тих, хто прямо або опосередковано причетний до події. Потім людина направляє агресію на саму себе й відчуває інтенсивне почуття провини («якби я вчинив інакше, цього б не сталося»).

Третій етап – фаза депресії. Після того, як людина усвідомлює, що обставини сильніші за неї, настає депресія. Вона супроводжується почуттями безпорадності, самотності, власної непотрібності. Людина не бачить виходу з ситуації, що склалася, втрачає відчуття мети. Життя стає безглуздом: «Що б я не робив, нічого не зміниш». На цій стадії дуже важлива ненав'язлива підтримка близьких, але людина, яка переживає травму, не завжди її отримує, оскільки оточуючі несвідомо бояться «заразитися» її станом. Крім цього, людина в депресивному настрої неухильно втрачає інтерес до спілкування («Ніхто мене не розуміє»), співрозмовник починає втомлювати його, спілкування переривається, почуття самотності посилюється.

Четвертий етап – це фаза зцілення. Для неї характерне повне (свідоме та емоційне) прийняття свого минулого і набуття нового сенсу життя: «Те, що сталося, дійсно було, я не можу цього змінити; я можу змінитися сам і продовжувати життя, попри травму». Людина здатна набути з того, що стало її корисним життєвим досвідом.

Дослідження показують, що ПТСР не єдиний синдром, який може мати місце на посттравматичній стадії. Іншими розладами, відомими з літератури як реакції на травму, можуть бути різні дисоціативні, соматоформні, панічні розлади, фобії, надпильність, депресії, антисоціальна поведінка, формування залежностей та ін.

Жоден зі стресорів не здатний викликати ПТСР у всіх людей, і навпаки, деякі, на перший погляд, помірно травматичні події (начебто втрати роботи, нещасного випадку, хвороби чи розлучення) іноді можуть призвести до розвитку ПТСР. Індивідуальне сприйняття стресора як травмуючого чинника, індивідуальна чутливість, актуальна життєва ситуація, не менш важливі, ніж об'єктивна стресогенність. Крім того, під впливом стресора у людини можуть актуалізуватися травматичні переживання, які вже були в історії її життя. У цьому випадку

актуальна травматична ситуація «зливається» з попередніми і людина не в змозі утримувати їх за допомогою звичних захисних механізмів.

Не менш важливе значення для розвитку та перебігу ПТСР мають і посттравматичні фактори: те, що відбувається з людиною після травми, впливає на неї навіть сильніше, ніж сама травма. Тому люди, які переживають дію травматичного стресу, потребують психологічної реабілітації.

Багатьом вдається допомогти собі подолати дію стресу, не доводячи справу формування посттравматичного стресового розладу, з допомогою стратегій опанування (coping behavior). Це своєрідний процес самореабілітації. Серед його стратегій є такі, як:

- стратегія дистракції («відволіктися»)
- релаксації («відпочити»)
- перевизначення ситуації («побачити у новому світлі»)
- ухвалення («згоду з тимчасовою неможливістю щось змінити»)
- емоційного відреагування («віддати емоції»)
- пошуку підтримки («розділити»)
- Прямої дії («вирішити»)

Але найчастіше у людини формується хронічна форма переживання стресу, відбувається «інкапсуляція» травми. І життєва енергія людини спрямовується не на зростання, розвиток, а на підтримку «рани» від закритої травми.

1.3. Аналітичний огляд можливих психоемоційних станів вимушених переселенців під час війни

Для того, щоб ефективно організувати роботу з психологічної допомоги вимушеним переселенцям, необхідно мати чітке розуміння їхніх психічних станів, спричинених травматичною ситуацією.

Події, що змушують людей залишати свій дім та зриватись з місць настільки виходять за межі нормального життя, що проживаються як надзвичайно стресові для всіх, хто опинився в таких ситуаціях (попри те, чи від'їжджали вони через тривожні відчуття, чи через реальну загрозу життю під час розгортання воєнних дій).

Психологи так само мають зважати на те, що переселенці опиняються у таких стресових умовах щонайменше декілька разів: до переселення, під час переселення і після свого переселення.

Особливості психічних станів та проблем у вимушених переселенців:

1. Порушення (особливості) в афективній сфері.

Такого роду порушення можуть виявлятися в "емоційному отупінні", стані пригніченості, роздратованості, похмурості, нездатності відчувати радість, любов, творчий підйом. Для вимушених переселенців можуть бути характерні відчуття безпорадності (особливо в перші два-три тижні). Типовим є загострення внутрішньоособистісних конфліктів та криз. Зазвичай, з'являлось почуття провини та сорому. Часто приступи сильної провини призводили до проявів аутоагресії (самозвинувачення, самопокарання тощо). Під час індивідуальної роботи з кримчанами нами спостерігались прояви образи та замкненості, пов'язані з ідеєю про те, що їх ніхто не здатен зрозуміти (ніхто з психологів "не побував у їхній шкірі"). Так само спостерігались постійний неспокій, різноманітні страхи аж до параноїдальних думок. Описані афективні переживання часто викликають соматизацію у переселенців і їх симптоми проявляються у вигляді головного болю та розладів травлення.

2. Порушення (особливості) у когнітивній сфері.

У вимушених переселенців можуть спостерігатися погіршення пам'яті, концентрації уваги, виразна неухважність і забудькуватість. Притаманні також нав'язливі спогади, повтори щодо сумних подій або навпаки часткова амнезія. Проблеми зі сном чи наявність жахливих снів, неможливість розслабитися, так

звані «рвані сни». Певні запахи, музика, звуки, - будь-що може нагадати їм про травматичні ситуації. Характерною є різка зміна настрою: з оптимізму до безнадії та відчаю та навпаки.

3. Зміни у поведінці (особливості поведінкових проявів)

Непередбачуваність вчинків, надлишкова розгальмованість, алогічність, непослідовність у вчинках та немотивована пильність є одними з найчастіших поведінкових проявів у вимушених переселенців.

Вважається, що підґрунтям цих поведінкових проявів є втрата довіри до будь-чого чи будь-кого. У місцях розміщення переселенців виникає багато конфліктів, мешканці в більшості випадків живуть ізольовано, мало спілкуються між собою, може відчуватися відчуженість і недовіра одне до одного, до психологів, до представників влади тощо.

РОЗДІЛ 2

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ

2.1. Організація та методи експериментально-діагностичного дослідження психоемоційних станів вимушених переселенців

З метою виявлення психоемоційного стану вимушених переселенців та розробки психокорекційної програми по роботі з психологічною травмою було здійснено експериментальне дослідження яке проводилось у декілька етапів:

1. На першому етапі дослідження вивчалася наукова література щодо поняття психотравми в різних психологічних підходах та факторів впливу на виникнення психологічної травми у вимушених переселенців під час війни. Окремо вивчалась література щодо можливих психоемоційних станів вимушених переселенців під час війни.

2. На другому етапі – займалися обґрунтуванням вибору та підбором методик, що відповідатимуть поставленій меті та завданням.

3. На третьому – проводився констатувальний експеримент з метою емпіричного дослідження особливостей психоемоційного стану вимушених переселенців.

4. На четвертому етапі – розроблялась та впроваджувала психокорекційна програма по роботі з психологічною травмою вимушених переселенців.

У дослідженні взяло участь 8 опитаних – це люди, які вимушені були покинути свої домівки та переїхати у більш безпечні місця внаслідок воєнних дій.

Дослідження проводилося за спеціально створеним опитувальним листом, який містив анкетні дані та низку методик:

1. Шкала оцінки впливу травматичної події (англ. Impact of Event Scale, скор. IES-R) [34]
2. Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР [35]
3. Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) [36]

Шкала оцінки впливу травматичної події (англ. *Impact of Event Scale, скор. IES-R*) [34]

Шкала оцінки впливу травматичної події (англ. Impact of Event Scale, скор. IES-R) спрямована на виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу та оцінку ступеня їх вираженості. За критерієм кореляції Пірсона визначалася сила кореляційного зв'язку між двома показниками, що виміряні у кількісних шкалах. Опитувальник складається з 22 пунктів, заснованих на самозвіті та виявляє переважання тенденції гіперзбудження, уникнення та вторгнення (нав'язливого відтворення) травматичної події.

Субшкала «гіперзбудження» призначена для вивчення наявності злості та дратівливості. Також вона призначена для виявлення гіпертрофованої реакції переляку; труднощів з концентрацією; психофізіологічного збудження, обумовленого спогадами та безсоння.

Субшкала «вторгнення» призначена для виявлення симптомів вторгнення, а саме нічних кошмарів, нав'язливих відчуттів, образ чи думок.

Субшкала «уникнення» призначена для вивчення рівня уникнення, що включає спроби пом'якшення або уникнення переживань, пов'язаних з травматичною подією, зниження реактивності.

Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР [35]

Шкала спрямована на виявлення ступеня вираження в респондента негативних психологічних наслідків травматизації: тривоги, депресії та найбільш специфічних прояви ПТСР. Опитувальник складається із 10 питань. «Пороговим» значенням для визначення наявності порушень психічного стану вважається

більше ніж 4 ствердних відповідей «Так». Як інструмент первинного скринінгу ця шкала добре визначає найспецифічніші прояви ПТСР, такі як тривога і депресія.

Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) [36]

Шкала спрямована на визначення та оцінку тяжкості симптомів депресії та тривоги в умовах загальномедичної та психотерапевтичної практики. Переваги обговорюваної шкали полягають у простоті застосування та обробки (заповнення шкалі не потребує тривалої години та не викликає труднощів у пацієнта), що дозволяє рекомендувати її до використання в загальносоматичній практиці для первинного виявлення тривоги та депресії у пацієнтів (скринінгу). Опитувальник має високу дискримінантну валідність щодо двох розладів: тривоги та депресії.

2.2. Результати експериментально-діагностичного дослідження

Учасникам групи пояснено доцільність проходження первинної діагностики психотравматичного стану. Була гарантована конфіденційність. Учасникам групи були роздані наступні бланки з опитуваннями:

1. Шкала оцінки впливу травматичної події (див. Додаток А)
2. Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (див. Додаток В)
3. Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) (див. Додаток В, підпункт 2.1)

Результати тестування були проаналізовані та занотовані.

В результаті проведення методики «Шкала оцінки впливу травматичної події» (див. Додаток А) серед учасників психокорекційної програми на момент початку програми було виявлено наступні результати:

Таблиця 2.1

**Результати проведення за методикою
«Шкала оцінки впливу травматичної події»**

Назва субшкали	Результати діагностики в групі
Субшкала «вторгнення»	У 6 із 8 осіб високі результати
Субшкала «збудливість»	8 із 8 учасників високі результати
Субшкала «уникання»	У половини учасників високі результати

В результаті проведення методики «Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР» (див. Додаток В) у всіх учасників 8 програми на старті програми 13.07.22 були виявлені порогові значення для визначення наявності порушень психічного стану.

В результаті проведення методики «Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)» були отримані такі результати:

Таблиця 2.2

**Результати проведення за методикою
«Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)»**

№ учасників в	Учасник №1	Учасник №2	Учасник №3	Учасник №4	Учасник №5	Учасник №6	Учасник №7	Учасник №8
Результати	8	9	10	8	6	9	8	9

0-7 балів «норма» (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги та депресії)

8-10 балів «субклінічно виражена тривога/депресія»

11 балів та вище «клінічно виражена тривога/депресія»

Отже, субклінічно виражена тривога та депресія за шкалою HADS до початку участі у психокорекційній програмі була виявлена у 7 з 8 респондентів.

РОЗДІЛ 3

ПСИХОЛОГІЧНА РОБОТА З ТРАВМОЮ ВІЙНИ СЕРЕД ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ

3.1. Основні види психологічної роботи з травмою

На сьогодні розроблено багато психотерапевтичних підходів, які ставлять собі за мету саме лікування психологічних травм – це EMDR, біозворотній зв'язок, прогресивний відлік, соматичні переживання, внутрішньосімейна системна терапія, сенсомоторна психотерапія та техніка емоційної свободи (EFT) та інші.

Існує велика кількість емпіричних даних щодо використання когнітивно-поведінкової терапії для лікування симптомів, пов'язаних із травмою, включаючи посттравматичний стресовий розлад. Рекомендації Інституту медицини визначають когнітивно-поведінкову терапію як найефективніший метод лікування ПТСР.

Кокранівський огляд 2010 року показав, що когнітивно-поведінкова терапія, орієнтована на травму, була ефективною для осіб із симптомами гострого травматичного стресу порівняно з підтримуючим консультуванням.

Нещодавні дослідження показують, що комбінація лікування, що включає діалектичну поведінкову терапію (DBT), яка часто використовується для прикордонного розладу особистості, та експозиційну терапію є дуже ефективним у лікуванні психологічної травми.

Проте, якщо психологічна травма спричинила дисоціативні розлади або комплексний посттравматичний стресовий розлад, підхід «моделі травми» (також відомий як фазово-орієнтоване лікування структурної дисоціації) працює краще, ніж простий когнітивний підхід.

Дослідження, фінансовані фармацевтичними компаніями, також показали, що такі ліки, як нові антидепресанти, ефективні в поєднанні з іншими психологічними підходами в роботі з травмою.

Терапія травми дозволяє опрацювати спогади, пов'язані з травмою, і дозволяє розвиватися в напрямку більш адаптивного психологічного функціонування. Це допомагає замінювати негативне бачення ситуації позитивним, а також дозволяє людині інтегрувати тривожний матеріал (думки, почуття та спогади) і вирішити їх внутрішньо. Це також сприяє розвитку особистих навичок, таких як стійкість, регуляція емоцій, емпатія тощо.

Процеси, задіяні в терапії психологічної травми, наступні:

- Психосвіта: поширення інформації та навчання адаптивним механізмам подолання
- Емоційна регуляція: заземлення думок і емоцій
- Когнітивна обробка: перетворення негативних уявлень і переконань про себе, інших і навколишнє середовище на позитивні шляхом когнітивного перегляду або переформатування.
- Опрацювання травматичного досвіду: систематична десенсибілізація, опрацювання травматичного матеріалу в ідеалі до стану, в якому тригери більше не викликають травматичного дистресу й людина здатна відчувати полегшення
- Емоційне опрацювання: робота зі сприйняттям емоцій та помилковими очікуваннями
- Експериментальне опрацювання: візуалізація досягнутого рельєфного стану та методи релаксації.

У закладах охорони здоров'я та соціальної допомоги інформований підхід до травми означає, що допомога ґрунтується на розумінні травми та її далекосяжних наслідків.

3.2. Розробка та впровадження психокорекційної програми для вимушених переселенців під час війни

Психокорекційна програма «Психологічна робота з травмою серед вимушених переселенців під час війни»

Мета роботи – експериментально виявити особливості психоемоційного стану вимушених переселенців та покращити психоемоційний стан у вимушених переселенців в наслідок воєнних дій.

Основні завдання психокорекційної програми:

1. Діагностика поточного психоемоційного стану учасників програми перед початком та по завершенню участі в програмі.
2. Створення безпечного психологічного середовища для учасників програми.
3. За допомогою психокорекційних вправ та регулярних зустрічей зменшення рівня тривоги та депресії в учасників програми.

У таблиці 3.1 подано коротку характеристику тренінгових занять.

Таблиця 3.1.

Структура психокорекційної програми

Назва і мета заняття	Стислий опис заняття	Кіл-ть годин
1. Знайомство. Встановлення первинного контакту та атмосфери довіри, правил групи та проговорення очікувань	Знайомство учасників групи один з одним та з ведучим психокорекційної програми. Була надана інформація щодо місця проведення та часу, кількості зустрічей та інших організаційних	2

Продовження таблиці 3.1

<p>від програми. Діагностичне тестування.</p>	<p>моментів. Проговорили очікування від програми та були встановлені правила групи. Наступні вправи та методики були використані на першому занятті: арттерапевтична вправа «Прогноз погоди», «Прогулянка», вправа «Дерево», методика «Картина з попелу Удо Басра». В кінці заняття відбувся шерінг.</p>	
<p>2. Важливість існування емоцій та почуттів та їх валідації.</p>	<p>Шерінг. Вправи: «Наші емоції», Техніка «Три стільці» М. Джеймса, Д. Джонгвард, Методика «Зірка почуттів». Обговорення. Методика «Композиція з минулого», Методика «Шлях» Т. Колошино. Шерінг у кінці заняття</p>	2
<p>3. Зміни – це частина життя.</p>	<p>Шерінг на початку заняття. Методика «Композиція з минулого». Обговорення теми змін, наших почуттів, коли щось змінюється. Методика «Шлях» Т. Колошиної. Обговорення. Медитативна вправа з диханням. В кінці заняття відбувся шерінг.</p>	2

Продовження таблиці 3.1

4. Спогади. Прийняття складних почуттів та власного непростого досвіду	Шерінг на початку заняття. Бесіда «Наші жахи», Малювання на тему «Між жах», Методика дистанціювання від негативних спогадів. Обговорення вправ. Методика "Закриття аварійних люків" Х. та Л. Бойд. Шерінг у кінці заняття.	2
5. Регулювання власних емоцій та почуттів.	Шерінг на початку заняття. Методика «Техніки емоційного регулювання». Обговорення методики. Методика мандала «Райдужний пісок» Ю. Чаплинської. Обговорення. Методика «Вирішення» Тоні Вайта. Шерінг у кінці заняття.	2
6. Відновлення ресурсів.	Шерінг на початку заняття. Вправа «Скинь втому», Обговорення. Вправа «Слухай себе». Обговорення теми ресурсів. Вправа «Створення аптечки власних ресурсів Шерінг у кінці заняття.	2
7. Позитивне самосприйняття.	Шерінг на початку заняття. Методика «Карусель самопогладжувань», Методика «Банк погладжувань». Акварелі з вовни Л. Галіциної. Методи роботи з тілом А. Лоуена. Шерінг у кінці заняття.	2

Продовження таблиці 3.1

8. Мрії та бачення майбутнього.	Шерінг на початку заняття. Методика «Мій всесвіт». Техніка «Чарівне дерево бажань-побажань». Методи релаксації Шерінг у кінці заняття.	2
9. Важливість розслаблення та саморегуляції. Вміння зберігати баланс.	Шерінг на початку заняття. Вправа «Гора з плечей». Проективна методика «Карта казкової країни». Методика «Як говорити до побачення» Патриції Кокс. Аутотренінг-Релаксація. Шерінг у кінці заняття.	2
10. Контакт з собою та власними цінностями.	Шерінг на початку заняття. Методика «Сон про майбутнє». Методика «Я ліплю із пластиліну...». Обговорення важливості цінностей та визначення вербальним образом учасниками своїх цінностей. Вправа «Я – дерево». Кінцева діагностика (тестування). Підведення ітогів програми.	2

Психокорекційна програма складається з 10 тем. На кожну тему відводиться 2 години (періодичність зустрічей 1 раз на тиждень). Учасники програми – група з 8 осіб. Вік учасників – дорослі від 18 років.

Заняття 1.

Мета: ознайомити учасників тренінгу з орієнтовним змістом тренінгових занять, з'ясувати їхні очікування та мотиваційно налаштувати на тренінгову роботу.

Етап 1: Знайомство, встановлення контакту

В інтерактивній манері відбулося знайомство учасників групи один з одним та з ведучим психокорекційної програми.

Була надана інформація щодо місця проведення та часу, кількості зустрічей та інших організаційних моментів.

Етап 2: Обговорення очікувань від участі у програмі учасників групи

Мета - зібрати інформацію про очікування та потреби групи, «включити групу»

Учасники групи отримали маркери та листки А4 та записали свої очікування від програми. Після виконання цього завдання група обговорила очікування групи від програми у формі дискусії. Листи А4 з очікуваннями були прикріплені на дошці магнітиками. Домовилися на останній зустрічі звірити свої очікування з реальністю та проаналізувати, чи щось змінилося.

Етап 3: Встановлення правил групи

Мета - створення безпечного середовища для учасників групи.

Базові правила роботи у даній психокорекційній програмі:

1. Ставитися один до одного з повагою;
2. Слухати, коли інша людина говорить, і не перебивати її (всі учасники повинні знати, що вони тут важливі);
3. Виражати емоції - це нормально (плакати, сміятися, боятися);
4. Все те, що буде сказано в групі, залишиться в ній (конфіденційність).

Обговорили з учасниками доцільність встановлення до дотримання правил. Було пояснено, що порушення правил може призвести до виключення з групи.

Етап 4: Діагностика учасників групи методом тестування

Мета – діагностувати та зафіксувати психологічний стан учасників групи до участі у психокорекційній програмі.

Учасникам групи пояснено доцільність проходження первинної діагностики психотравматичного стану. Була гарантована конфіденційність. Учасникам групи були роздані наступні бланки з опитуваннями:

4. Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (див. Додаток А)

5. Шкала оцінки впливу травматичної події (див. Додаток В)

6. Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (див. Додаток С)

Результати тестування були проаналізовані та занотовані.

Етап 5: Психо-корекційні вправи та методики з арт-терапії, EMDR, трансактного аналізу та когнітивно-поведінкової терапії.

Вправа № 1 «Прогноз погоди»

Мета – рефлексія внутрішнього стану

Учасникам групи було роздано аркуші паперу, олівці, маркери та ін. та запропоновано намалювати погоду, але не ту, яку за вікном, а так звану «внутрішню погоду». Перед початком цієї вправи учасники групи заплющили очі та разом зробили декілька глибоких вдихів та видохів.

Коли всі малюнки готові відбулося обговорення малюнків та смислів, вложений в них. Всі вісім учасників взяли участь у вправі. Сім з восьми учасників групи також взяли участь в обговоренні малюнків, один учасник захотів бути в ролі слухача та спостерігача.

Було роз'яснено, що погода символізує наш внутрішній стан, і що будь-яка «внутрішня погода» є нормальною та валідною. Було зазначено, що що б ми не побачили на малюнку – тому є об'єктивні причини. Поговорили про те, що хотілось бі змінити. Поговорили про роль смутку, горювання, злості та важливості проживання цих емоцій.

Вправа №2 «Прогулянка»

Мета – контактування зі власними почуттями, а також з почуттями інших учасників; гармонізація атмосфери в групі.

Учасникам групи було запропоновано розпочати вільно рухатися по кімнаті. Потрібно було намагатися прислухатися до себе й своїх відчуттів, свого тіла. При зустрічі один з одним учасники віталися невербальним чином (кивали головою, поглядом, усмішкою) та після кожної зустрічі змінювали напрямок руху. В певні моменти учасники програми чули команду пострибати, обернутися навколо себе, та ін.

Після приблизно виконання цієї вправи протягом приблизно п'яти хвилин було групове обговорення досвіду учасників. У половини групи були комфортні відчуття, інша половина стикнулася з певними тривожними чи сором'язливими відчуттями. Двом учасникам з дискомфортними відчуттями вдалося розслабитися і в кінці виконання вправи відчутти певне полегшення й зняття напруги.

Вправа №3. Методика «Картина з попелу» Удо Баєра

Матеріали, необхідні для роботи: аркуші паперу (формат А4), фарби, пензлики та стаканчики з водою, глибока тарілка, клей.

Примітка: Дану методика особливо добре використовувати під час роботи з вимушеними переселенцями. Вона дає можливість висловити почуття, що лежать важким вантажем на їхній душі, і знайти для прощання відповідні зображення, слова та символічні жести.

Перед початком вправи поговорили з учасниками групи про ситуації, коли доводиться розпочинати життя заново. Торкнулись теми важкості та важливості відпускання минулого. Було зазначено, що для того, щоб виникло щось нове у житті, потрібно попрощатися зі старим. Обговорили важливість та роль таких дискомфортних почуттів як біль та смуток.

Учасники групи заплющили очі та зосередилися на своєму подиху. Їм було запропоновано подумати про те, з чим вони хотіли б попрощатися. Чи то є певна людина, яка померла або з якою відбувся розрив відносин, чи то є місце роботи або місце проживання. Чи може є потреба попрощатися з власними бажаннями, ілюзіями або ще чимось важливим. Медитативна частина вправи, під час якої

кожен з учасників групи мав змогу сконцентруватися на тому аспекті, з яким він хотів би попрощатися.

Учасникам було запропоновано розплющити очі та подивитися на стіл, де лежали аркуші паперу та всі необхідні матеріали й за готовності розпочати роботу зі створення картини з попелу – почати це робити. Сім учасників розпочали написання картини попелом одразу, один учасник попросив ще 5 хвилин на роздумування. Два учасники прощалися з домом та життям до війни. Три учасники прощалися з власними ілюзіями, щодо того, як створений світ, уявленнями про світ тощо. Один учасник прощався з конкретною людиною зі свого життя. Два учасники вирішили попрощатися зі своєю тривогою та страхами.

Після створення учасниками картин з попелу було обговорення у групі в доброзичливій атмосфері самої роботи та її значущості. Обговорили важливість та роль таких дискомфортних почуттів як біль та смуток. Шерінг.

Вправа №4 «Дерево»

Мета – повернення собі контролю й відчуття опори під ногами.

Вправа «Дерево» (на саморегуляцію). Учасникам групи було запропоновано стати де їм комфортно й почати сильно надавати п'ятками на підлогу, руки при цьому мали бути стиснуті в кулаки, зуби також міцно стиснуті. Учасникам групи було запропоновано заплющити очі.

Учасникам була сказана наступна фраза: «Ти – могутнє, міцне дерево, у тебе сильне коріння, і ніякі вітри тобі не страшні. В складних життєвих ситуаціях, коли хочеться плакати чи битися, – стань сильним і могутнім «деревом», скажи собі, що сильний, у тебе все буде добре. Ти – впевнена людина». Потім учасникам було дозволено розслабити руки, зуби й побути в цьому стані, стоячи, як дерево ще 5 хвилин та прислухатись до свого внутрішнього стану. Після цього спокійно та лагідно було вказано відкрити очі, посміхнутися один одному. Учасники сіли на свої місця та почалося обговорення вправи. Всі 8 учасників взяли участь у вправі та обговоренні.

Етап 5: Шерінг

Відбувся шерінг (обговорення по колу) в кінці заняття, де учасники групи поділилися своїми відчуттями після першого заняття.

Було отримано домашнє завдання – протягом дня питати себе «Як я себе почуваю? Яка в середині мене зараз погода?», робити вправу «дерево» за бажанням тощо. Записувати та зафіксувати власні психоемоційні стани чи думки протягом тижня за бажанням, якщо треба. Був рекомендований для перегляду мультфільм «Думками навиворіт» (Inside Out), в якому йдеться про втрату звичного світу та опору при переїзді в інше місто.

3.3 Впровадження психокорекційної програми серед вимушених переселенців

Для перевірки ефективності психокорекційної програми до початку та після закінчення програми проводилося діагностування учасників за допомогою тих же методик, що й на діагностичному етапі:

1. Шкала оцінки впливу травматичної події (*див. Додаток А*)
2. Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (*див. Додаток В*)
3. Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) (*див. Додаток В, підпункт 2.1*)

Повторна діагностика учасників психокорекційної програми за шкалою «Шкала оцінки впливу травматичної події» показала наступні результати:

Таблиця 3.2

**Результати повторної діагностики за шкалою
«Шкала оцінки впливу травматичної події»**

Назва субшкали	Результати діагностики в групі
Субшкала «вторгнення»	У 2 із 8 осіб високі результати
Субшкала «збудливість»	5 із 8 учасників високі результати
Субшкала «уникання»	У 2 з 8 осіб високі результати

У результаті повторного проведення методики «Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)» після закінчення психокорекційної програми були отримані такі результати:

Таблиця 3.3

**«Результати повторної діагностики за шкалою
«Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)»**

№ учасників	Учасник №1	Учасник №2	Учасник №3	Учасник №4	Учасник №5	Учасник №6	Учасник №7	Учасник №8
Результати	6	5	9	7	6	4	8	7

0-7 балів «норма» (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги та депресії)

8-10 балів «субклінічно виражена тривога/депресія»

11 балів та вище «клінічно виражена тривога/депресія»

Таким чином, повторна діагностика виявила субклінічну тривогу та депресію лише в 2 з 8 учасників психокорекційної програми. В інших 6 учасників показники тривоги та депресії по закінченню програми показали нормальні значення.

ВИСНОВКИ

В результаті написання роботи було вирішено такі завдання, а саме проаналізовано феномен психологічної травми в науковій літературі та розглянуто умови виникнення травми; проведено дослідження психоемоційного стану вимушених переселенців під час війни; розроблена та впроваджена психокорекційна програми роботи з психологічною травмою серед вимушених переселенців.

Були підтверджені основні положення запропонованої гіпотези, а саме суттєве зниження негативних психологічних наслідків травматизації, таких як тривога і депресія, серед вимушених переселенців після проведення психокорекційної програми.

Перспективи подальшого вивчення заявленої проблеми вбачаю у проведенні даної та подібних психокорекційних програм роботи з травмою війни з більшою кількістю вимушених переселенців з метою зниження рівня тривоги, депресії та інших проявів травматизації, а також в рамках профілактики ПТСР. Більша вибірка респондентів дозволить ефективніше коректувати програму та надавати психологічну допомогу більшій кількості українців з психологічною травмою війни.

Щодо даної контрольної групи респондентів, вважаю доцільним провести довгостроковий моніторинг стану психологічної травми даної групи вимушених переселенців та надати їм подальшу психологічну підтримку. Учасникам програми було запропоновано взяти участь у річній групі підтримки для вимушених переселенців, які пережили психологічну травму, пов'язану з війною.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Горбань Г. О., Губа Н. О., Мосол Н. О., Неманежина А. О. Кваліфікаційна робота з психології: навчально-методичний посібник для здобувачів вищої освіти першого бакалаврського і другого магістерського рівнів, що навчаються за освітньою програмою «Психологія». Запоріжжя. 2020. 150 с.
2. Ирина Зубіашвілі, Ольга Лавренко: Поради для батьків – вимушених переселенців. Методичні рекомендації. Київ, 2022
3. Пітер Левін, Енн Фредерік: Пробудження тигра — лікування травми. 2007
4. Журавльова Н. Ю., Гурлева Т. С.: Психологічна допомога сім'ї у кризових умовах: Ціннісний аспект. Київ, 2021. 13-14 с.
5. Бочелюк В.Й., Бочелюк В.В. Б 86 Методика та організація наукових досліджень із психології. Київ. 2008. 360 с.
6. М. В. Маркова, О. В. Піонтковська, А. Г. Соловйова: Медико-психологічна допомога дітям – вимушеним переселенцям: концептуальні засади психологічної підтримки, реадaptaції та соціалізації. 2018.
7. Фрейд З. Дослідження істерії // Збір. тв. у 26 томах, Т. 1, 2005.
8. О. Плетка, Ю. Чаплинська: Інтенсивна робота з травмою: психотерапевтичні методи, Київ, 2017.
9. Гуляєва, А. С. Психологічні особливості вимушеного переселення. Збірник наукових праць. Сер. "Проблеми сучасної психології", 2017.
10. Віктор Франкл: Людина в пошуках справжнього сенсу. Психолог у концтаборі, 2020.
11. Максименко С. Д., Кісарчук З. Г., Омельченко Я. М., Лазос Г. П.: Психологічна допомога внутрішньо переміщеним особам. Харків, 2017.
12. Кісарчук З. Г.: Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій. 2015.

13. Д. Калшед: Внутрішній світ травми. 1996
14. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. Київ. 2018. 236 с.
15. Зеленська Катерина Олексіївна, Красковська Тетяна Юріївна. Клінічна картина тривожних розладів у вимушених переселенців. Харків, 2020.
16. Ю. Бакка. Посттравматичний стресовий розлад та його вплив на особистість після війни. 2022. 129-132 с.
17. О. В. Мішина, Г. Г. Путятін: Депресивні розлади та ризик суїциду українського населення внаслідок російської агресії. Хельсінкі, 2022.
18. Вестбрук, Кеннерлі, Кірк - Вступ у когнітивно-поведінкову терапію, 2014.
19. Matthis Schick, Andre Zumwald, Bina Knöpfli, Angela Nickerson, Richard A. Bryant, Ulrich Schnyder: Challenging future, challenging past: the relationship of social integration and psychological impairment in traumatized refugees. First published 12 Feb 2016.
20. Albright D. L., Thyer B. Does EMDR reduce post-traumatic stress disorder symptomatology in combat veterans? // Behavioral Interventions. 2010; 25(1): 1—19. DOI: 10.1002/bin.295.
21. Herman JL. Trauma and Recovery. Basic, New York, 1992. Johannes Kruse, Ljiljana Joksimovic, Majda Cavka, Wolfgang Wöller, Norbert Schmitz: Effects of trauma-focused psychotherapy upon war refugees. First published 03 December 2009.
22. Brita Elvevåga, Lynn E. DeLisi: The mental health consequences on children of the war in Ukraine: A commentary. Psychiatry Research Volume 317, November 2022.
23. Luis Oviedo, Berenika Seryczyńska, Josefa Torralba, Piotr Roszak, Javier Del Angel, Olena Vyshynska, Iryna Muzychuk, Slava Churpita: Coping and Resilience Strategies among Ukraine War Refugees. Int. J. Environ. Res. Public Health 2022, 19(20), 13094; <https://doi.org/10.3390/ijerph192013094>

24. Angela Nickerson, Richard A. Bryant, Derrick Silove, Zachary Steel: A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. *Clinical Psychology Review*, Volume 31, Issue 3, April 2012, Pages 399-417.

25. Heide, F. Jackie June ter, Mooren, Trudy T. M., Knipscheer, Jeroen W., Kleber, Rolf J.: *EMDR With Traumatized Refugees: From Experience-Based to Evidence-Based Practice*.

26. T. Tolstaya: *Pathogenetically substantiated complex therapy program of anxiety disorders in internally displaced persons*, Kharkiv National Medical University, 2021.

27. A. Karageorge , P. Rhodes , R. Gray and R. Papadopoulos: *Relationship and Family Therapy for Newly-resettled Refugees: A Qualitative Inquiry of an Innovative, Needs-adapted Approach in Sydney, Australia*. Published online by Cambridge University Press: 23 March 2020.

28. Inès Dossa, Marie Hatem: *Cognitive-Behavioral Therapy versus Other PTSD Psychotherapies as Treatment for Women Victims of War-Related Violence: A Systematic Review*, 2012.

29. Catherine Wanner: *Empathic care and healing the wounds of war in Ukraine*. Bristol University Press 2021, pages 155-170.

30. M. Luber: *Implementing EMDR early mental health interventions for man-made and natural disasters: Models, scripted protocols and summary sheets*. New York, 2013

31. F. Shapiro: *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols, and procedures*. 2017.

32. L. Parnell: *Attachment-focused EMDR: Healing relational trauma*. 2013.

33. Donald F. Walker: *Spiritually Oriented Psychotherapy for Trauma*. American Psychological Association, 2015

34. https://lib.iitta.gov.ua/107163/1/%D0%9F%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA%20%D0%9D%D0%9F%D0%A1_16.pdf

35. <https://mozok.ua/depressiya/testy/item/2705-korotka-shkala-trivogi-depres-ta-ptsr>
36. <https://mozok.ua/depressiya/testy/item/2711-gosptalna-shkala-trivogi--depres-HADS>

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала оцінки впливу травматичної події

Шкала оцінки впливу травматичної події (англ. Impact of Event Scale, скор. IES-R) спрямована на виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу та оцінку ступеня їх вираженості.

Реєстраційний бланк П.І.Б. (повністю)

Дата обстеження _____

Вік _____ Стать _____

Інструкція: “Вам пропонується ряд тверджень. Уважно прочитайте кожне з них і вкажіть, в якій мірі Ви згодні або не згодні з даним твердженням. Дайте тільки одну відповідь на кожне твердження, зробивши позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланку. Зверніть увагу, що перераховані симптоми стосуються Вашого самопочуття за *останній тиждень*”.

Твердження	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто
1. Будь-яка згадка про цю подію змушувала мене знову переживати все, що сталося.				
2. Я не міг спокійно спати вночі.				
3. Деякі речі змушували мене весь час думати про те, що зі мною трапилося.				

4. Я відчував постійне роздратування і гнів.				
5. Я не дозволяв собі засмучуватися, коли думав про цю подію або про те, що нагадувало мені про неї.				
6. Я думав проти своєї волі про те, що трапилося.				
7. Мені здавалося, що все, що сталося ніби не було насправді або все, що тоді відбувалося, було нереальним.				
8. Я намагався уникати всього, що нагадувало мені про те, що трапилося.				
9. Окремі картинки того, що сталося раптово виникали у свідомості.				
10. Я був весь час напружений і сильно здригався, якщо щось раптово лякало мене.				
11. Я намагався не думати про те, що трапилося.				
12. Я розумів, що мене досі буквально переповнюють важкі переживання з приводу того, що трапилося, але нічого не робив, щоб їх уникнути.				
13. Я відчував щось на зразок заціпеніння, і всі мої переживання з приводу того, що сталося були наче паралізовані.				

14. Я раптом помічав, що дію або відчуваю себе так, як ніби все ще перебуваю в тій ситуації.				
15. Мені було важко заснути.				
16. Мене буквально захлинали нестерпно важкі переживання, пов'язані з тією ситуацією.				
17. Я намагався витіснити те, що трапилося з пам'яті.				
18. Мені було важко зосередити свою увагу на чому-небудь.				
19. Коли щось нагадувало мені про те, що трапилося, я відчував неприємні фізичні відчуття – спітніння, дихання збивалося, нудоту, частішав пульс і т.д.				
20. Мені снилися важкі сни про те, що зі мною трапилося.				
21. Я був постійно насторожі і весь час чекав, що трапиться щось погане.				
22. Я намагався ні з ким не говорити про те, що трапилося.				

“Ключ” Субшкала “вторгнення”: сума балів пунктів 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20. Субшкала “уникнення”: сума балів пунктів 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22. Субшкала “збудливість”: сума балів пунктів 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21. Обробка та інтерпретація результатів
Всі пункти мають пряме значення. Значення за кожною субшкалою отримується шляхом простого підсумовування відповідей згідно з “ключем”. Кожен пункт оцінюється: “ніколи” – 0 балів; “рідко” – 1 бал; “іноді” – 3 бали; “часто” – 5 балів.

Додаток В

Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР

Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР призначена для первинного скринінгу перерахованих симптомів у осіб, що пережили різного виду психічні травми.

Реєстраційний бланк П.І.Б. (повністю)

Дата обстеження _____

Вік _____ Стать _____

Інструкція: “З часу пережитого критичного інциденту (надзвичайних обставин) або психічної травми чи відчуваєте Ви більшою мірою, ніж зазвичай, наступні стани? Оберіть тільки один варіант відповіді (“так” або “ні”) та зробіть позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланка”.

СТАН	ТАК	НІ
Нездатність “розслабитися” (напруженість).		
Роздратування та поганий настрій.		
Вторгнення в свідомість неприємних образів або		

спогадів про інцидент.		
Неуважність, погане зосередження уваги.		
Сильний смуток, печаль.		
Сильна втома, нестача енергії.		
Потрясіння або паніка.		
Прагнення уникати всього, що нагадує про інцидент або травмуючу подію.		
Труднощі із засипанням, погіршення сну.		
Зниження інтересу до життя, до звичної діяльності, у тому числі – професійної.		

Обробка та інтерпретація результатів

Обробка результатів полягає в простому підрахунку кількості позитивних відповідей: чим більше відповідей “так” дає респондент, тим більш виражені у нього негативні психологічні наслідки травматизації, такі як тривога і депресія, найбільш специфічні прояви ПТСР. “Пороговим” значенням для визначення наявності порушень психічного стану є більше 4 відповідей “так”.

Додаток В

підпункт 2.1

Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS):

Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) була розроблена в 1983 році двома авторами (Zigmond A.S. і Snaith R.P.) з метою визначення та оцінки тяжкості симптомів депресії та тривоги в умовах загальномедичної практики. Переваги шкали HADS полягають у простоті застосування і обробки, що дозволяє рекомендувати її до використання для первинного виявлення (скринінгу) тривоги та депресії.

Опис госпітальної шкали тривоги і депресії:

Шкала складена з 14 тверджень, які обслуговують дві підшкали:

підшкала А – «тривога» (anxiety): непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13;

підшкала D – «депресія» (depression): парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді, що відображають ступінь наростання симптоматики, – градації вираженості ознаки, і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 балів (відсутність) до 4 (максимальна вираженість).

HADS: інструкція

Бланк опитувальника видається респонденту для самостійного заповнення і супроводжується інструкцією такого змісту:

«Вчені впевнені в тому, що емоції відіграють важливу роль у виникненні більшості захворювань. Якщо ваш лікар більше дізнається про ваші переживання, він зможе краще допомогти вам. Цей опитувальник розроблений для того, щоб допомогти вашому лікареві зрозуміти, як ви себе почуваєте. Не звертайте уваги на цифри і букви, розміщені в лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне твердження й у порожній графі зліва відзначте хрестиком відповідь, яка

найбільше відповідає тому, як ви почувалися на минулому тижні. Не роздумуйте над кожним твердженням занадто довго – ваша перша реакція завжди буде найвірнішою».

Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS): бланк опитувальника

Частина I (оцінка рівня ТРИВОГИ)

1. Я відчуваю напруженість, мені не по собі

- увесь час – 3
- часто – 2
- час від часу – 1
- зовсім не відчуваю – 0

2. Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися

- звичайно, це так, і страх дуже сильний – 3
- це так, але страх не дуже сильний – 2
- іноді, але це мене не турбує – 1
- зовсім не відчуваю – 0

3. Неспокійні думки крутяться у мене в голові

- постійно – 3
- більшу частину часу – 1
- час від часу, і не так часто – 2
- тільки іноді – 0

4. Я легко можу сісти і розслабитися

- звичайно ж, це так
- напевно це так
- лише зрідка це так

- зовсім не можу

5. Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння

- зовсім не відчуваю – 0
- іноді – 1
- часто – 2
- дуже часто – 3

6. Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися

- звичайно ж, це так – 3
- напевно це так – 2
- лише іноді це так – 1
- зовсім не відчуваю – 0

7. У мене буває раптове відчуття паніки

- дуже часто – 3
- досить часто – 2
- не дуже часто – 1
- зовсім не буває – 0

Кількість балів тут _____

Частина II (оцінка рівня ДЕПРЕСІЇ)

1. Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає таке ж звичайно ж, це так

- звичайно ж, це так увесь час – 0
- напевно це так – 1
- це так, але значно менше – 2
- це зовсім не так – 3

2. Мені здається, що я почав усе робити дуже повільно

- практично увесь час – 3
- часто – 2
- іноді – 1
- зовсім ні – 0

3. Я не стежу за своєю зовнішністю

- це так – 3
- я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно - 2
- можливо, я став приділяти цьому менше уваги – 1
- я стежу за собою так само, як і раніше – 0

4. Я здатний розсміятися і побачити смішне в тій чи іншій події

- звичайно ж, це так – 0
- напевно це так – 1
- це так, але значно менше – 2
- це зовсім не так – 3

5. Я відчуваю бадьорість

- зовсім не відчуваю – 3
- дуже рідко – 2
- іноді – 1
- практично увесь час – 0

6. Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені відчуття задоволення

- так само, як і зазвичай – 0
- так, але не настільки, як раніше – 1
- значно менше, ніж зазвичай – 2
- зовсім так не вважаю – 3

7. Я можу отримати задоволення від хорошої книги, радіо- або телепрограми

- часто – 0
- іноді – 1

- рідко – 2
- дуже рідко – 3

Кількість балів тут _____

0-7 балів «норма» (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги та депресії)

8-10 балів «субклінічно виражена тривога/депресія»

11 балів та вище «клінічно виражена тривога/депресія»