ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І. І. МЕЧНИКОВА
(повне найменування закладу вищої освіти)
Факультет психології та соціальної роботи
(повне найменування факультету)
Кафедра практичної та клінічної психології
(повна назва кафедри)

Кваліфікаційна робота

на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»

« Вплив соціально - економічних факторів на психічне здоров'я вимушено переміщених осіб»

(тема кваліфікаційної роботи українською мовою)

« The impact of socio-economic factors on the mental health of forcibly displaced persons »

(тема кваліфікаційної роботи англійською мовою)

Виконала: здобувачка заочної форми навчання
спеціальності 053 Психологія
(код, назва спеціальності)
Освітня програма Психологія
(назва)
КОНДРАТЮК Анастасія Олегівна
(прізвище, ім'я, по-батькові здобувача)
Керівник: к.психол.н.,
доц. Юнг Н.В. _____
(науковий ступінь, вчене звання, прізвище, ініціали) (підпис)
Рецензент: к.психол.н., доц. Варнава У.В.
(науковий ступінь, вчене звання, прізвище, ініціали)

Рекомендовано до захисту:
Протокол засідання кафедри
_____
№ ___ від ____.____. 2025 р.
Завідувачка кафедри _____
(підпис) (прізвище, ім'я)

Захищено на засіданні ЕК № _____
протокол № __від ____.____.2025 р.
Оцінка_____/____/_____(за національною шкалою/шкалою ECTS/ бали)
Голова ЕК _____
(підпис) (прізвище, ім'я)

Одеса 2025

ЗМІСТ

ВСТУП 3

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ВПО В КОНТЕКСТІ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ ФАКТОРІВ **6**

1.1. Теоретичні підходи до розуміння психічного здоров'я в умовах кризових ситуацій 6

1.2. Особливості психічного стану внутрішньо переміщених осіб та соціально-економічні чинники як його детермінанти 9

1.3. Психосоціальна підтримка як інструмент стабілізації психічного стану 17

Висновки до І розділу 22

РОЗДІЛ ІІ. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО СТАНУ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ, ШЛЯХИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ТА СУПРОВОДУ **24**

2.1. Методологія та програма дослідження

2.2. Аналіз, інтерпретація та обговорення результатів дослідження психоемоційного стану ВПО 28

2.3. Модель психологічного супроводу ВПО та пропозиції щодо удосконалення психосоціальної підтримки 39

Висновки до ІІ розділу 51

ВИСНОВКИ **53**

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ **56**

ДОДАТКИ

ВСТУП

Актуальність дослідження

Психічне здоров'я є ключовим аспектом життєздатності особистості в умовах кризи, особливо для внутрішньо переміщених осіб (ВПО), які стикаються з втратами, невизначеністю та соціально-економічною нестабільністю. Згідно зі звітом ООН, понад 5 мільйонів українців стали ВПО внаслідок війни, що створює надзвичайні виклики для їх психологічного благополуччя.

У науковій літературі доведено, що соціально-економічні фактори, такі як житлові умови, доступ до роботи та соціальної підтримки, тісно пов'язані з рівнем тривожності, депресії та симптомами посттравматичного стресового розладу у вимушених мігрантів (Porter & Haslam, 2005; Steel et al., 2009).

Зокрема, Porter and Haslam (2005) у своєму метааналізі встановили, що економічні умови життя біженців і переміщених осіб суттєво впливають на ступінь їх психічної дезадаптації. Інше масштабне дослідження Steel et al. (2009) показало зв'язок між тривалістю переміщення, відсутністю доступу до послуг та підвищеним ризиком розвитку ПТСР та депресії.

В українському контексті тематику психологічного стану ВПО розглядали такі науковці, як Н. Лебедєва, Л. Тягло, І. Губеладзе, які наголошують на важливості комплексної допомоги з боку держави, соціальних служб і психологів. Проте, взаємозв'язок саме соціально-економічних умов із показниками психічного здоров'я ВПО залишається недостатньо вивченим, що і зумовлює актуальність даного дослідження.

Мета дослідження: визначити вплив соціально-економічних факторів на психічне здоров'я внутрішньо переміщених осіб.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до проблеми психічного здоров'я ВПО.

2. Дослідити вплив соціально-економічних умов на психоемоційний стан особистості.

3. Провести емпіричне дослідження психічного стану ВПО та оцінити залежність між рівнем добробуту і симптомами психоемоційного виснаження.

4. Сформулювати рекомендації щодо психологічної підтримки ВПО.

Об'єкт дослідження — психічне здоров'я внутрішньо переміщених осіб.

Предмет дослідження — вплив соціально-економічних чинників на психічний стан ВПО.

Методи дослідження:

- Теоретичні: аналіз, синтез, систематизація наукових джерел.
- Емпіричні: методики оцінки тривожності, депресії (наприклад, HADS), соціального добробуту (опитувальники, авторські анкети).
- Математичні: статистичний аналіз, кореляційний аналіз.

Організація дослідження. Для проведення емпіричного дослідження було організовано онлайн-опитування, яке охопило 80 внутрішньо переміщених осіб, які проживають на території центральної України та міста Одеса віком від 18 до 65 років, які перемістилися внаслідок збройного конфлікту після початку повномасштабного вторгнення у 2022 році.

Практична значущість дослідження. Результати дослідження можуть бути використані у практиці соціальних працівників, психологів, волонтерів, а також в розробці державних і громадських програм підтримки ВПО.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, двох розділів (теоретичного та емпіричного), загальних висновків, списку використаних джерел та додатків. Обсяг роботи — 56 сторінок, включає 3 таблиці, 8 рисунки, список з понад 66 джерел.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ВПО В КОНТЕКСТІ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ ФАКТОРІВ

1.1 Теоретичні підходи до розуміння психічного здоров'я в умовах кризових ситуацій

Психічне здоров'я є центральним поняттям у системі наукового знання про людину, що охоплює психологічний, біологічний, соціальний та культурний виміри її існування. В умовах суспільних катаклізмів, зокрема війни та масової міграції, питання підтримки психічного здоров'я набуває особливої актуальності. Люди, які стали вимушено переміщеними особами (ВПО), стикаються з втратами, екзистенційною невизначеністю, порушенням базових життєвих структур, що призводить до глибоких змін у психоемоційному стані. [34]

Актуальні дослідження підтверджують високу поширеність тривожних, депресивних і посттравматичних симптомів серед ВПО з України. Наприклад, за даними Shevlin, Hyland та Karatzias (2022), понад 21% переселенців перевищують клінічні пороги ПТСР, 22% мають симптоми депресії, а понад 55% демонструють соматизацію. Дослідники підкреслюють критичну нестачу доступу до фахової допомоги, адже близько 75% із них не отримували жодної психосоціальної підтримки. [58,59,60]

У науковій літературі існує кілька трактувань поняття психічного здоров'я, кожне з яких висвітлює різні його аспекти. Наприклад, McGorry (2018) розглядає психічне здоров'я як функціональність у щоденному житті, здатність до прийняття рішень, побудови стосунків і планування майбутнього. [50] Rodak (2020) акцентує на гармонійному співвідношенні внутрішніх переживань із зовнішнім середовищем як критерії психічного добробуту. [54,55] Kirmayer (2017) вводить культурно-чутливий підхід, згідно з яким

уявлення про "нормальність" психіки залежить від соціального контексту та цінностей конкретної культури. [44,45,46]

Існує також поділ підходів до розуміння психічного здоров’я: медичний (зосереджений на діагностиці й лікуванні патологій), гуманістичний (розглядає самореалізацію, сенс і емоційне зростання як критерії здоров’я) та соціальний, що аналізує вплив навколишніх умов — бідності, дискримінації, війни — на емоційний стан. Біопсихосоціальна модель, запропонована Дж. Енгелем, синтезує ці рівні й є найбільш конструктивною у випадку дослідження психічного стану ВПО, оскільки дозволяє аналізувати не лише симптоми, але й контекст їхнього формування та підтримки. [37]

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров’я, психічне здоров’я — це стан добробуту, в якому людина може реалізовувати свої здібності, справлятися зі стресами, ефективно працювати та робити внесок у життя спільноти. Це інтегративне визначення охоплює не лише відсутність патології, а й наявність позитивних психологічних характеристик, таких як життєстійкість, когнітивна гнучкість, здатність до емпатії. [2]

У психології психічне здоров’я трактується як гармонійна взаємодія когнітивної, емоційної та поведінкової сфер, здатність до самоусвідомлення, внутрішньої регуляції та соціальної адаптації. Психоаналітична традиція (З. Фрейд, К. Юнг, А. Адлер) акцентує на глибинних конфліктах як основі дезадаптацій, тоді як гуманістична психологія (К. Роджерс, А. Маслоу) розглядає особистість як самореалізуючу сутність, що потребує безпеки та соціального прийняття. [18]

Зокрема, А. Маслоу у своїй ієрархії потреб вказує, що потреби безпеки й належності лежать в основі особистісної стійкості. У випадку їх втрати (внаслідок війни, вимушеного переселення) зростає ризик емоційної дестабілізації. К. Роджерс підкреслював значення умов безумовного прийняття, які в умовах ВПО часто відсутні, що веде до загострення внутрішніх конфліктів. [18]

Однією з найпоширеніших концепцій у сучасній науці є

біопсихосоціальна модель Дж. Енгеля, яка розглядає психічне здоров'я як результат взаємодії біологічних, психологічних та соціальних факторів. У контексті ВПО ця модель є особливо релевантною: біологічні чинники (наприклад, генетична схильність до депресії), психологічні (рівень стресостійкості, тип особистості) та соціальні (соціальна підтримка, стабільність життєвого середовища) виступають у комплексі як детермінанти психічної рівноваги. [37]

Для глибшого розуміння змісту підходів до психічного здоров'я доцільно порівняти три основні концепції — медичну, гуманістичну та соціальну. У таблиці подано ключові відмінності, які дозволяють оцінити їхню релевантність у контексті роботи з внутрішньо переміщеними особами.

Таблиця 1.1.

Порівняльна таблиця основних концепцій

Критерій	**Медичний підхід**	**Гуманістичний підхід**	**Соціальний підхід**
Основний фокус	Діагностика, симптоми, лікування	Розвиток, сенс, самореалізація	Умови життя, середовище, політика
Розуміння психічного здоров'я	Відсутність хвороби	Оптимальне функціонування особистості	Соціальна адаптація та інтеграція
Роль середовища	Опосередкована (через біологічні чинники)	Висока (потреба у прийнятті, безпеці)	Вирішальна
Тип втручань	Медикаментозне лікування, психіатрія	Психотерапія, підтримка, діалог	Соціальні програми, підтримка громад
Релевантність для ВПО	Низька (ігнорує соціальний контекст)	Середня (не охоплює матеріальні умови)	Висока (охоплює умови війни, переміщення)

У межах біопсихосоціального підходу важливо враховувати три основні групи чинників, які взаємодіють між собою та формують загальний психічний стан особистості. В контексті ВПО ця модель дозволяє пояснити складну

природу адаптаційних труднощів і потреб у підтримці.

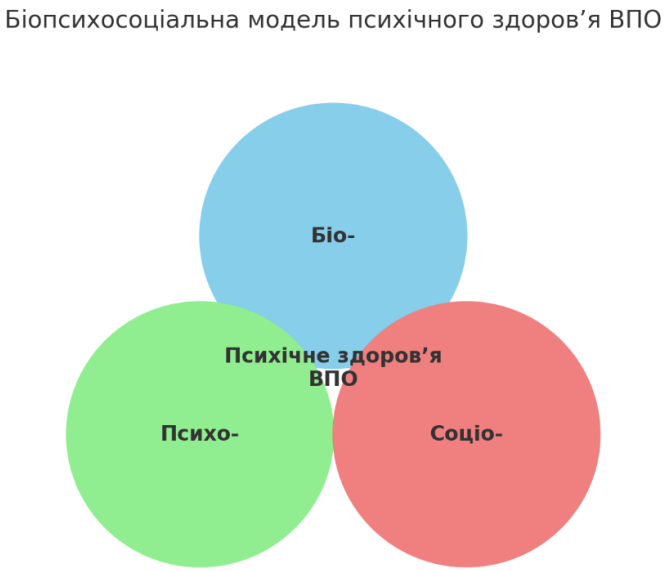

Рис.1.1.Біопсихосоціальна модель психічного здоров'я ВПО

Модель Енгеля дозволяє аналізувати вплив зовнішніх соціально-економічних умов — бідності, втрати житла, безробіття — як стресогенних факторів, що провокують психоемоційне виснаження. ВПО часто перебувають у стані дистресу, що проявляється у хронічній тривозі, розладах сну, депресивних симптомах. Підтвердження цьому знаходиться в дослідженнях Silove et al. (2017), які показали, що соціальна дезінтеграція є ключовим фактором ризику розвитку ПТСР у переміщених осіб. [37]

У межах кризової психології психічне здоров'я розглядається як процес динамічного балансу, що змінюється під впливом сильних життєвих потрясінь. Теорія стресу Г. Сельє підкреслює, що тривале перебування в умовах високої напруги веде до виснаження адаптаційних ресурсів. ВПО проходять через кілька фаз: шок, гострий стрес, дезадаптація — а без належної підтримки можуть перейти у хронічний стан емоційного виснаження.

Когнітивна модель депресії А. Бека також релевантна для аналізу стану ВПО: негативні автоматичні думки («я нічого не контролюю», «майбутнє приречене») формуються під тиском реального середовища та ведуть до деструктивних емоцій. Ці думки закріплюються в умовах соціальної ізоляції, невизначеності, браку підтримки — факторів, які супроводжують

переміщення.[1]

У сучасній інтерпретації травматичного досвіду особливе місце займає нейробіологічний підхід до травми, представлений, зокрема, у працях Bessel van der Kolk. Його концепція в книзі "The Body Keeps the Score" (2015) акцентує на тілесній пам’яті травми та ролі соматичних проявів у психічному відновленні. [36] Це відкриває нові можливості для інтервенцій, зокрема тілесно-орієнтованих терапій, що вже застосовуються у роботі з ВПО в Україні.

Психологічна травма, спричинена війною, втратами, втратою контролю над життям — є ще одним теоретичним ядром аналізу. Згідно з теорією Б. ван дер Колка, травма залишає «тілесну пам’ять», що може проявлятися в порушеннях сну, соматизації, агресії або апатії. Це прямо співвідноситься з симптоматикою багатьох ВПО, особливо тих, хто пережив обстріли, втрату близьких чи поранення. [36]

Концепція психологічної стійкості (ресилієнтності) додає до розуміння психічного здоров’я динамічний компонент — здатність протистояти травмі, зберігаючи функціональність. Згідно з Р. Вертеном, резилієнтна особистість здатна відновлюватися після стресу, використовуючи внутрішні й зовнішні ресурси. ВПО, які мають доступ до соціальної підтримки, зберігають віру в майбутнє та розвивають нові життєві цілі, демонструють вищий рівень адаптації.

В українській психології проблема психічного здоров’я в умовах соціальної нестабільності активно вивчається. Зокрема, І. Губеладзе досліджує адаптаційні механізми ВПО в нових соціальних середовищах. Вона вказує на важливість суб’єктивної інтерпретації досвіду переселення: ті, хто сприймає його як тимчасову трудність, мають вищу стресостійкість. Н. Лебедєва досліджує роль соціальної підтримки та довіри до інституцій у відновленні психологічної рівноваги. Л. Тягло аналізує вплив війни на цілісність ідентичності особистості, що особливо важливо для ВПО, які втратили не лише майно, а й соціальний статус, професійну реалізацію, середовище

спілкування. [7, 14,15, 28]

За даними дослідження в Тернополі (Hino et al., 2023), понад 70% опитаних ВПО мали симптоми тривожного розладу, 50% — ознаки депресії. У багатьох із них фіксувалася соціальна ізоляція, втрата сенсу та відмова від активної участі у житті громади [40, 41].

Таким чином, теоретичні підходи доводять, що психічне здоров'я в умовах криз — це не лише індивідуальна характеристика, а продукт складної взаємодії особистісних ресурсів і зовнішнього середовища. ВПО, які перебувають у ситуації втрати, нестабільності та невизначеності, особливо вразливі до порушень психічної рівноваги. Тому підтримка психічного здоров'я має спиратися на комплексну модель — біопсихосоціальну, яка враховує як внутрішні сили, так і умови життя.

Таким чином, у межах цього дослідження найбільш релевантною є саме біопсихосоціальна модель психічного здоров'я, оскільки вона дозволяє комплексно аналізувати вплив не лише внутрішньоособистісних факторів (тип особистості, рівень резилієнтності, когнітивні установки), а й зовнішніх соціально-економічних умов (втрата житла, роботи, підтримки тощо). На відміну від суто медичного чи гуманістичного підходу, ця модель інтегрує біологічні, психологічні та соціальні аспекти, що є критично важливим у контексті дослідження психічного стану внутрішньо переміщених осіб, які пережили багатовимірну травму. Саме тому саме вона обрана як концептуальна рамка аналізу в даній роботі.

1.2 Особливості психічного стану внутрішньо переміщених осіб та соціально-економічні чинники як його детермінанти

Психічний стан внутрішньо переміщених осіб (ВПО) є багатовимірним, багатофакторним та динамічним явищем, що формується внаслідок взаємодії глибокої особистої травматизації та тривалого впливу соціально-економічної нестабільності. ВПО часто стикаються з серйозними порушеннями базових

життєвих структур: втратою домівки, джерел доходу, професійної реалізації, соціальних зв’язків та звичного способу життя. Водночас, саме ці елементи забезпечують людині базове почуття стабільності та безпеки, необхідне для підтримання психічного здоров’я.

Після переміщення багато осіб виявляють симптоматику психоемоційної дезадаптації, яка охоплює різні рівні: емоційний, когнітивний, поведінковий і соматичний. На емоційному рівні домінують стани тривоги, страху, гніву, пригнічення, безнадії, що спричинено втратами, пережитими травматичними подіями, а також відсутністю прогнозованого майбутнього. Відзначається високий рівень емоційної напруги, яка проявляється як у внутрішньому занепокоєнні, так і в підвищеній дратівливості та конфліктності у міжособистісних стосунках.

Когнітивні порушення у ВПО часто пов’язані з труднощами концентрації уваги, зниженням здатності до планування, частими спалахами нав’язливих спогадів або катастрофічного мислення. Багато переселенців відчувають внутрішній хаос думок, втрачають здатність будувати логічні перспективи на майбутнє, а також виявляють прояви автоматичних негативних переконань про себе та світ ("я не впораюся", "моє життя зруйноване", "людям не можна довіряти"). Саме ці переконання, за когнітивною теорією А. Бека, формують підґрунтя для розвитку депресивних і тривожних розладів. [1]

З поведінкового боку спостерігається як гіперактивна стратегія подолання (постійна зміна місця проживання, прагнення щось робити без чіткої мети), так і пасивність (соціальна ізоляція, уникання зусиль, відмова від планування). Люди часто припиняють соціальні взаємодії, не беруть участі в громадському житті, уникають нових контактів, що поглиблює відчуття ізольованості та небажаності.

Не менш значущими є соматичні прояви, що охоплюють хронічну втому, безсоння, головний біль, м’язову напругу, порушення апетиту та зниження імунітету. У ряді випадків спостерігається психосоматична реакція

організму — як спосіб тілесної репрезентації неусвідомлених емоцій (наприклад, біль у шлунку як наслідок хронічної тривоги). Психологічна алекситимія, тобто неспроможність назвати власні емоції, також є типовою для багатьох переселенців, особливо чоловіків, що сформували модель емоційного пригнічення як адаптивну реакцію в умовах кризи.

Важливим аспектом є також руйнація ідентичності. Переміщення, за своєю природою, є травматичним досвідом не лише через фізичну зміну простору, а й через психологічний обрив зв'язку з попередньою роллю, статусом, професією, звичним соціальним середовищем. Людина змушена починати «з нуля», часто у ворожому або індиферентному середовищі, де її не ідентифікують за попередніми досягненнями чи статусом. Цей розрив ідентичності формує стан внутрішньої порожнечі, сорому, втрати ціннісних орієнтирів. [33]

Жінки, як правило, демонструють вищу чутливість до соціальної підтримки, активніше залучаються до пошуку допомоги, водночас виявляють підвищену емоційну вразливість, тривожність за дітей, загострене почуття відповідальності. Чоловіки частіше проявляють симптоматику через соматичні канали або агресивність. Вони рідше звертаються по допомогу через внутрішню заборону на прояв емоцій. У дітей ВПО спостерігаються порушення сну, регресивна поведінка, труднощі у навчанні, емоційна нестабільність. Особи похилого віку демонструють високу психоемоційну вразливість через втрату сенсів, самотність, страх залишитися без підтримки.

Додатково, важливим у структурі психічного стану ВПО є досвід вторинної травматизації — з боку соціального середовища. Це стосується недовіри до них як до «не місцевих», дискримінації, бюрократичних бар'єрів, приниження гідності під час звернення по допомогу. Такі фактори ще більше закріплюють у переселенців переконання про власну нецінність, непотрібність, посилюють ізоляцію і блокують адаптаційні процеси.

Згідно з теорією стресу Р. Лазаруса, психічний стан залежить не стільки від самої ситуації, скільки від оцінки індивідом її значущості й ресурсів,

доступних для подолання. Багато ВПО не мають внутрішнього чи зовнішнього ресурсу для адаптації, що формує неадаптивні копінг-стратегії. Водночас, теорія резилієнтності дозволяє розглядати психіку переселенця як таку, що може відновитися за умови доступу до підтримки, визнання, відновлення контролю над життям. [13]

Таким чином, психічний стан ВПО є не лише реакцією на безпосередню травму, а й результатом тривалого перебування в ситуації невизначеності, соціального відторгнення, втрати стабільності. Повноцінне розуміння цього феномену можливе лише через інтеграцію психологічних, соціальних та культурних контекстів.

З метою систематизації основних факторів, що визначають психічне здоров’я внутрішньо переміщених осіб, доцільно візуалізувати їх у структурній моделі. Схема нижче демонструє взаємозв’язок індивідуальних, психологічних, економічних та соціальних чинників, що впливають на загальний психоемоційний стан ВПО.

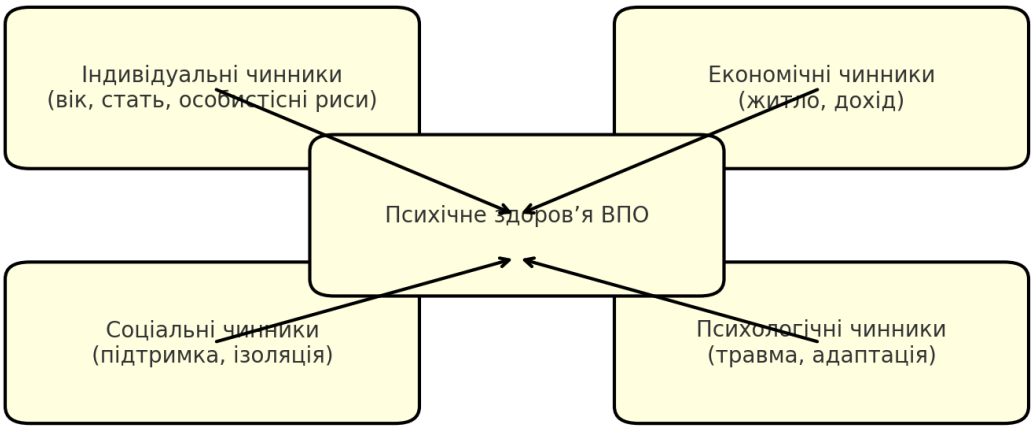

Рис. Фактори, що впливають на психічне здоров’я ВПО

Відтак, допомога ВПО має бути не лише психологічною, а й соціально орієнтованою, з урахуванням особистісних ресурсів і потреб конкретної людини.

Соціально-економічні чинники відіграють визначальну роль у забезпеченні психічного здоров’я особистості, особливо у кризових

контекстах — війни, вимушеного переселення, втрати соціального капіталу. Для внутрішньо переміщених осіб (ВПО) ці фактори мають не лише зовнішній матеріальний вимір, а й глибокий психологічний вплив, позначаючись на самооцінці, відчутті стабільності та спроможності контролювати своє життя.

Одним із базових чинників, що впливає на психічне здоров'я, є стабільність доходів. У ВПО часто спостерігається повна або часткова втрата засобів до існування: втрата роботи, бізнесу, накопичень, соціальних зв'язків, що раніше підтримували фінансову стабільність. За результатами опитування Міжнародної організації з міграції (IOM, 2022), понад 62% ВПО в Україні зазначили, що після переміщення мають суттєві труднощі з задоволенням базових матеріальних потреб.

Згідно з когнітивно-поведінковою теорією, втрата фінансової стабільності є фактором формування автоматичних негативних переконань («я нікому не потрібен», «я не здатен вижити»), що запускають механізми тривоги й депресії. У дослідженнях Lorant et al. (2003) було доведено, що особи з низьким рівнем доходу мають у 2–3 рази вищий ризик розвитку клінічної депресії. Це підтверджується і даними українських досліджень, зокрема моніторингами НаУКМА та Інституту соціальної і політичної психології НАПН України (2023), де було зафіксовано підвищений рівень тривожності серед ВПО з щомісячним доходом менше за прожитковий мінімум.

Результати всеукраїнського дослідження Інституту соціальної та політичної психології НАПН України (2023) свідчать, що понад 68% ВПО повідомляють про постійну тривогу щодо забезпечення базових життєвих потреб, понад 45% — про втрату віри у можливість соціальної інтеграції. Ці цифри демонструють глибину психосоціального напруження, викликаного соціально-економічними обставинами. [33,34,35].

Згідно з дослідженням Kravchenko (2023), серед опитаних ВПО в Умані понад 80% повідомили про наявність хронічної тривоги, страху щодо майбутнього та труднощів задоволення базових потреб. Це свідчить про високий рівень дистресу, що є безпосереднім наслідком соціально-

економічної дестабілізації, викликаної війною. [47]

Житло є не лише фізичним простором, але й символом безпеки, приватності та емоційної стабільності. Для багатьох ВПО втрата житла є однією з найболючіших психологічних травм. Тимчасові притулки (модульні містечка, гуртожитки, спортивні зали тощо), як правило, не забезпечують базових умов для відновлення: відсутність ізоляції, санітарних умов, порушення приватного простору, шум — усе це створює стресогенне середовище.

Дослідження Evans et al. (2003) доводять, що тривале перебування в перенаселеному просторі призводить до зростання агресії, тривожності та втоми. У ВПО це може також викликати розлади сну, дратівливість, погіршення соціальних зв'язків. Багато переселенців вимушено «мігрують у межах переміщення», змінюючи місце проживання кілька разів на рік, що лише поглиблює почуття втрати контролю над життям. [39]

З психологічної точки зору, стабільне житло забезпечує «якоріння» — відчуття території, ідентичності, звичної структури. Його відсутність може спричинити ефект «бездомного всередині», коли особистість не здатна відчути себе частиною нового соціального простору.

Праця виконує не лише функцію забезпечення доходу, а й є потужним психосоціальним ресурсом. Робота структурує час, формує соціальні контакти, забезпечує самооцінку й ідентичність. Втрата професійної реалізації часто веде до зниження відчуття цінності власного «Я».

ВПО, які мали стабільну роботу до війни, після переміщення опиняються в ситуації, коли їхній досвід не релевантний на новому місці, або ж вони не мають змоги працевлаштуватися за спеціальністю. Це особливо стосується лікарів, педагогів, фахівців вузького профілю.

Теорія маргіналізації вказує, що втрата соціального статусу і професійного визнання спричиняє ізоляцію і кризу ідентичності. Для багатьох ВПО праця — єдиний спосіб зберегти відчуття «нормальності» і продовжити функціонування. Натомість її відсутність поглиблює стан безсилля та безнадії.

Забезпечення доступу до якісних медичних і психологічних послуг є критично важливим для збереження психічного здоров'я ВПО. Проте на практиці цей доступ обмежений. Часто переселенці не знають про можливості отримання безоплатної психологічної допомоги, не мають документів або не довіряють державним структурам. Також спрацьовує «мовчазна» стигматизація: звернення до психолога сприймається як визнання власної слабкості.

Дослідження ІОМ (2023) показують, що лише 12% ВПО, які відчувають психологічний дискомфорт, зверталися по спеціалізовану допомогу. У 40% випадків бар'єром виступала фінансова недоступність, у 28% — відсутність інформації. [43]

З точки зору теорії дистресу, затяжна відсутність доступу до підтримки може призвести до формування «навченої безпорадності» (М. Селігман), коли особистість не вірить у можливість зміни ситуації й перестає здійснювати спроби до адаптації.

Після переміщення багато ВПО опиняються в соціальній ізоляції. Розрив із рідним соціумом, друзями, колегами, втрата підтримки спільноти — все це негативно впливає на емоційний стан. Водночас прийняття у новій громаді не завжди відбувається гладко: ВПО часто стикаються з недовірою, упередженнями, конкуренцією за ресурси.

Теорія соціального капіталу П. Бурдьє вказує, що втрата соціальних зв'язків знижує здатність особистості впливати на своє становище. Відсутність горизонтальних зв'язків (дружба, сусідство) і вертикальних (доступ до інституцій) веде до ізоляції, тривожності, фрустрації.

Також важливим фактором є дискримінаційні практики — стигматизація ВПО як «жертв», звинувачення в споживацькому ставленні до державної допомоги, створення бар'єрів для інтеграції. Це поглиблює почуття небажаності, викликає гнів, зниження самооцінки й депресію.

Отже, психічний стан внутрішньо переміщених осіб не може розглядатися як виключно медична або індивідуальна проблема. Він є

продуктом складної взаємодії особистісних ресурсів і зовнішніх соціально-економічних умов. Втрата житла, роботи, доступу до соціальних зв'язків і підтримки не лише посилює внутрішній дистрес, але й формує переконання про безпорадність, ізольованість, відсутність майбутнього. У таких умовах психічне здоров'я слід аналізувати в межах біопсихосоціальної моделі, що дозволяє інтегрувати симптоматичні прояви з контекстом їх виникнення. Саме тому у подальшому дослідженні фокус буде спрямовано на емпіричне вивчення взаємозв'язку між соціально-економічними умовами та психоемоційним станом ВПО.

1.3. Психосоціальна підтримка як інструмент стабілізації психічного стану

Психосоціальна підтримка — це комплекс заходів, що поєднують психологічні та соціальні інтервенції, спрямовані на стабілізацію психоемоційного стану, відновлення почуття безпеки, контроль над життям і відновлення функціональності особи. У випадку внутрішньо переміщених осіб (ВПО), психосоціальна підтримка слугує критично важливою складовою адаптації до нових життєвих обставин та подолання наслідків травматичних подій. Це особливо актуально з огляду на результати розділу 2, де було зафіксовано високий рівень тривожності, депресії та хронічного стресу серед ВПО. [8,15]

Психологічна допомога в межах психосоціальної підтримки охоплює консультування, кризову інтервенцію та навчання навичкам саморегуляції. Основна мета полягає в тому, щоби допомогти людині подолати переживання тривоги, страху, втрати контролю, відновити відчуття внутрішньої стабільності та безпеки. Така допомога надається як індивідуально, так і в груповому форматі, залежно від потреб конкретної особи.

Соціальний вимір підтримки включає забезпечення доступу до базових ресурсів: житла, медичних та освітніх послуг, працевлаштування, юридичного

супроводу. Це дозволяє зменшити соціальні ризики та забезпечити умови для нормалізації повсякденного життя. Соціальна підтримка не менш важлива за психологічну, адже саме в стабільному соціальному середовищі формується відчуття безпеки, яке є фундаментом для психологічного відновлення.

Особливу увагу варто звернути на екосистемний підхід, що передбачає розгляд особистості у взаємодії з найближчим соціальним оточенням — сім'єю, громадою, соціальними інституціями. Ефективна підтримка включає роботу не лише з особою, але й із її близьким середовищем, що дозволяє створити сприятливий простір для відновлення. Наприклад, покращення внутрішньосімейних стосунків або налагодження контактів з новою громадою можуть значно знизити рівень психологічного стресу. [9, 32]

Окремо варто підкреслити необхідність культурної та контекстуальної чутливості у процесі надання допомоги. Це означає врахування мови, релігії, звичаїв, регіональних відмінностей і навіть особистих переконань. Такий підхід забезпечує повагу до гідності особи та допомагає уникнути повторної травматизації, яка може виникнути внаслідок неврахування культурних особливостей клієнта. [8]

Отже, психосоціальна підтримка — це багатокомпонентна, міждисциплінарна система, яка поєднує психологічні, соціальні, педагогічні та правові інструменти. Її головна мета полягає у відновленні цілісності особистості, її здатності адаптуватися, приймати рішення, відчувати контроль над власним життям і бути активним учасником соціального середовища.

Психосоціальна підтримка є міждисциплінарною: вона інтегрує підходи психології, соціальної роботи, освіти, медицини та права. Її мета — не лише зменшити симптоми психічного стресу, а й відновити активну участь особи в соціальному житті, посилити її автономію та суб'єктність.

Психосоціальна підтримка внутрішньо переміщених осіб реалізується у різних формах, що залежать як від специфіки потреб цільової групи, так і від ресурсів, доступних у конкретному контексті. Ці інтервенції повинні бути адаптованими до особистого досвіду травми, культурного тла і соціального

статусу людини.

Однією з найбільш поширених форм є індивідуальна психологічна підтримка. Вона надається у форматі консультування або короткострокової терапії і передбачає конфіденційне обговорення особистих труднощів, переживань і страхів, що виникають внаслідок втрати житла, безпеки, звичного способу життя. Індивідуальні сесії дозволяють фахівцеві працювати з унікальною історією клієнта, допомагаючи йому знайти внутрішні ресурси, відновити почуття контролю та самоцінності.

Не менш важливою є групова форма взаємодії. Учасники подібних зустрічей отримують змогу поділитися пережитим, знайти спільність із іншими людьми, які опинились у подібних обставинах. Ефект нормалізації емоційних реакцій у таких умовах має терапевтичне значення, адже дозволяє зменшити почуття ізольованості та стигми. Групова робота також сприяє формуванню навичок взаємопідтримки, які залишаються актуальними й після завершення організованої допомоги. [5]

У деяких випадках доцільним є залучення сімейної підтримки. Робота з родиною як системою дозволяє зміцнити зв’язки, зменшити рівень конфліктності, покращити комунікацію і відновити функціональну взаємодію між членами родини. Це особливо важливо для родин, які втратили звичну структуру або були розділені під час евакуації.

Окремої уваги заслуговують дистанційні форми підтримки — онлайн-консультування, телефонні лінії довіри, мобільні додатки. Їхня ефективність доведена, особливо в умовах, коли фізичний доступ до фахівців обмежений. Завдяки цифровим рішенням ВПО можуть отримати допомогу навіть у найвіддаленіших регіонах, а також зберегти анонімність і відчуття контролю над ситуацією. [16]

Таким чином, форми психосоціальної підтримки мають бути різноманітними, гнучкими і чутливими до контексту. Вони мають охоплювати не лише індивідуальні потреби людини, а й соціальні, родинні та спільнотні рівні, що дозволяє досягати комплексного ефекту стабілізації та відновлення

психічного благополуччя.

Оцінка ефективності психосоціальних втручань у роботі з внутрішньо переміщеними особами є критично важливою, оскільки вона дозволяє визначити, які саме підходи дійсно сприяють відновленню психоемоційного стану, а які потребують корекції або адаптації. Ефективність таких втручань вимірюється не лише зменшенням проявів стресу, тривожності та депресії, але й зростанням відчуття безпеки, надії, мотивації до дії та покращенням соціального функціонування.

Дослідження, проведені в Україні та за її межами, засвідчують, що своєчасна психологічна підтримка у поєднанні із соціальними інтервенціями сприяє помітному зниженню симптомів посттравматичного стресового розладу, тривожності та емоційного вигорання. Наприклад, учасники програм короткострокової психотерапії, які пройшли щонайменше п’ять сеансів індивідуальної підтримки, демонстрували статистично значуще покращення емоційного стану вже через місяць після завершення втручання. [13]

Групові форми роботи, зокрема групи самодопомоги або терапевтичні групи, виявилися особливо ефективними у формуванні навичок взаємопідтримки, зниженні рівня ізоляції, нормалізації емоційних реакцій та підвищенні резилієнтності. Позитивний ефект спостерігався також у випадках, коли втручання проводилися у партнерстві з громадськими організаціями, що сприяло залученню ВПО до волонтерської та спільнотної активності.

Цифрові інструменти психосоціальної допомоги, включаючи онлайн-консультування та мобільні застосунки, також демонструють зростаючу ефективність. Вони дозволяють зменшити бар’єри до звернення, підвищити регулярність участі та забезпечити більшу конфіденційність, що важливо в умовах поширеної стигматизації психічних труднощів. [23]

Отже, ефективність психосоціальних втручань залежить не лише від методу, але й від контексту, своєчасності, доступності та чутливості до індивідуальних потреб. Успішні практики поєднують емоційну підтримку з соціальною стабілізацією, створюючи умови для тривалого відновлення

внутрішньо переміщених осіб.

Міжнародні організації відіграють ключову роль у наданні психосоціальної підтримки внутрішньо переміщеним особам у кризових регіонах, зокрема й в Україні. Їхній досвід, фінансування, методологічна база та кадровий потенціал дозволяють реалізовувати масштабні програми, що охоплюють як базові рівні підтримки, так і спеціалізовану допомогу.

Одним із найбільших гравців у цій сфері є Міжнародна організація з міграції (МОМ). В Україні МОМ реалізує програми психосоціальної підтримки з 2014 року, надаючи психологічну допомогу, тренінги для фахівців, а також підтримку у розвитку громад. В рамках цих програм організовуються мобільні бригади, онлайн-консультації, а також групові зустрічі для ВПО. [19,20]

Управління Верховного комісара ООН у справах біженців (UNHCR) також активно реалізує програми з психосоціального супроводу в Україні. Його діяльність охоплює юридичну підтримку, захист прав, забезпечення житлом, а також психологічну підтримку для найбільш вразливих груп, зокрема жінок, дітей, осіб похилого віку. UNHCR тісно співпрацює з національними партнерами, підвищуючи їхню спроможність реагувати на виклики. [64]

Міжнародний Комітет Червоного Хреста (МКЧХ) та Товариство Червоного Хреста України надають як матеріальну, так і емоційну підтримку. Психосоціальні інтервенції реалізуються через навчання волонтерів, створення безпечних просторів для ВПО, роботу з дітьми та підлітками. Велике значення мають програми першої психологічної допомоги, які спрямовані на реагування у гострих кризових ситуаціях. [42]

UNICEF зосереджується на допомозі дітям та молоді, які постраждали внаслідок конфліктів. В Україні організація впроваджує програми психосоціальної підтримки в школах, дитячих просторах, таборах. Окрім безпосередньої допомоги дітям, UNICEF навчає вчителів, соціальних працівників і батьків принципам чутливого ставлення до дітей у стані стресу.

[65]

Важливу роль відіграють також міжнародні недержавні організації, такі як Danish Refugee Council, Médecins Sans Frontières (Лікарі без кордонів), HelpAge International. Вони надають спеціалізовану допомогу, зокрема у сфері психіатрії, реабілітації та підтримки осіб похилого віку.

Ці організації використовують комплексний підхід до психосоціальної допомоги, який включає психологічну підтримку, соціальні послуги, правовий захист і медичну допомогу. Їхня діяльність базується на міжнародних стандартах (зокрема, IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings), що забезпечує якість і безпечність втручань. [65]

Таким чином, психосоціальна підтримка ВПО повинна базуватись на адаптивних, гнучких і чутливих до контексту підходах, що поєднують емоційну стабілізацію з відновленням соціальної функціональності. Її ефективність значною мірою залежить від своєчасності, індивідуального підходу та доступності для найуразливіших груп.

Висновки до І розділу

У першому розділі було здійснено теоретичний аналіз проблеми психічного здоров’я внутрішньо переміщених осіб (ВПО) у контексті кризових та соціально-економічних викликів. Психічне здоров’я розглянуто як комплексне багатовимірне явище, що включає біологічні, психологічні, соціальні та культурні компоненти. На основі аналізу наукових підходів визначено, що найбільш адекватною моделлю для дослідження цієї тематики є біопсихосоціальна концепція Дж. Енгеля, оскільки вона дозволяє враховувати як індивідуальні особливості особистості, так і вплив зовнішніх умов, таких як війна, вимушене переселення, бідність, втрата соціального капіталу.

Особливу увагу було приділено вивченню соціально-економічних детермінантів психічного стану ВПО: нестабільність доходів, житлова

невизначеність, професійна дезадаптація, обмежений доступ до медичних і психологічних послуг, соціальна ізоляція та дискримінація. Ці чинники виступають ключовими тригерами розвитку тривожних, депресивних і психосоматичних порушень.

Охарактеризовано основні прояви психоемоційного стану ВПО, серед яких — тривожність, страх, соматизація, дезадаптивні копінг-стратегії, руйнація ідентичності. Наголошено також на відмінностях за віком, статтю та досвідом вторинної травматизації.

Зроблений теоретичний аналіз підтверджує, що підтримка психічного здоров'я ВПО потребує системного, міждисциплінарного підходу, який поєднує психологічну допомогу з покращенням соціального середовища. Ці висновки лягли в основу побудови методології емпіричного дослідження у наступному розділі.

РОЗДІЛ ІІ. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО СТАНУ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ, ШЛЯХИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ТА СУПРОВОДУ

2.1 Методологія та програма дослідження

Метою емпіричного дослідження є вивчення особливостей психічного стану внутрішньо переміщених осіб у контексті їх соціально-економічного становища, адаптаційних можливостей та досвіду травматизації. Це дослідження має на меті з’ясувати, які саме психоемоційні реакції домінують серед ВПО, як вони пов’язані із зовнішніми факторами — втратою житла, роботи, соціальної підтримки, а також з внутрішніми ресурсами особистості.

У межах поставленої мети були сформульовані наступні завдання дослідження:

1. Проаналізувати рівень психоемоційного стану ВПО за допомогою психодіагностичних методик.

2. Виявити найхарактерніші симптоми порушень психічного здоров’я серед представників цієї групи (тривожність, депресія, соматичні реакції тощо).

3. Встановити зв’язок між психоемоційними станами ВПО та соціально-економічними умовами їхнього життя.

4. Оцінити рівень доступу до психологічної допомоги та соціальної підтримки як факторів стабілізації психічного стану.

5. Провести порівняння психічного стану респондентів залежно від статі, віку, тривалості переміщення та інших соціально-демографічних характеристик.

Дослідження має не лише наукове, а й практичне значення — його результати можуть бути використані при розробці програм психосоціального супроводу для внутрішньо переміщених осіб. Зокрема, такі результати можуть

бути застосовані в діяльності центрів психологічної допомоги, мобільних команд підтримки, органів місцевого самоврядування та волонтерських організацій.

Передбачається, що психоемоційний стан внутрішньо переміщених осіб залежить від комплексу зовнішніх і внутрішніх чинників, зокрема рівня соціально-економічної стабільності, доступу до соціальної підтримки та психологічної допомоги, а також індивідуальних особистісних ресурсів (стресостійкості, адаптаційної гнучкості).

Основна гіпотеза полягає в тому, що особи з нижчим рівнем соціально-економічного забезпечення, обмеженим доступом до допомоги та слабко розвиненими копінг-стратегіями демонструють вищий рівень тривожності, депресивності, психосоматичних проявів порівняно з тими, хто має кращі адаптаційні ресурси та підтримку. Також передбачається, що жінки частіше виявляють відкриті емоційні реакції, тоді як чоловіки — соматизовані симптоми.

Для проведення емпіричного дослідження було організовано онлайн-опитування, яке охопило 80 внутрішньо переміщених осіб, які проживають у тимчасових помешканнях, гуртожитках або в орендованому житлі на території центральної України та міста Одеса. До вибірки увійшли особи віком від 18 до 65 років, які перемістилися внаслідок збройного конфлікту після початку повномасштабного вторгнення у 2022 році.

До вибірки включалися як чоловіки, так і жінки, із врахуванням вікової, соціальної та освітньої різноманітності. Особливу увагу приділено балансу між представниками різних вікових груп (18–25 років, 26–40, 41–55, 56+), а також розподілу за статтю. Переважна більшість респондентів — це особи, які втратили місце постійного проживання, роботу або були змушені змінити соціальне середовище.

Обґрунтування вибірки базується на репрезентативності групи для аналізу психоемоційних наслідків вимушеного переміщення. Враховуючи мету дослідження, вибірка дозволяє виявити як загальні тенденції, так і

соціально-демографічні відмінності у психічному стані ВПО. Добір здійснювався за принципом добровільної участі, з дотриманням етичних норм конфіденційності та інформованої згоди.

У дослідженні використовувались три основні психодіагностичні методики, які дозволили комплексно оцінити психоемоційний стан внутрішньо переміщених осіб:

1. Шкала тривожності та депресії HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) — це інструмент, створений Зігмундом і Свіндоном у 1983 році для оцінки рівня тривожності та депресії у загальній популяції, включаючи пацієнтів із соматичними захворюваннями. Методика складається з 14 пунктів — по 7 на кожну підшкалу (HADS-A — тривожність, HADS-D — депресія). Респонденти оцінюють, як часто вони відчувають певні емоційні стани, використовуючи чотирибальну шкалу. Перевагою HADS є її здатність відрізняти симптоми психологічного дистресу від фізичних скарг, що особливо важливо в роботі з ВПО, де психосоматичні прояви є частими. Методика має українську адаптацію, яка була апробована на вибірках у клінічній і консультативній практиці, демонструє високі показники внутрішньої узгодженості ($\alpha > 0.80$).

2. Шкала сприйманого стресу PSS-10 (Perceived Stress Scale) — розроблена Шелдоном Коєном у 1983 році та призначена для оцінки рівня стресу, як його сприймає сама людина. Складається з 10 тверджень, які відображають частоту переживання респондентом почуття невизначеності, відсутності контролю, перевантаження протягом останнього місяця. Вибір PSS-10 зумовлений її здатністю охопити загальну суб'єктивну оцінку стресу без прив’язки до конкретних симптомів, що дозволяє зафіксувати рівень психологічної напруги в умовах тривалих соціальних змін. Українська версія шкали має підтверджену валідність і була застосована в кількох національних дослідженнях, пов’язаних із пандемією COVID-19 і війною. Методика рекомендована для скринінгу у широких популяційних вибірках.

3. Шкала симптомного чек-листа SCL-90-R (Symptom Checklist-90-

Revised) — це багатовимірна психодіагностична методика, створена Леонардом Дерогатісом для оцінки спектру психоемоційних симптомів. Вона містить 90 пунктів, що охоплюють дев’ять субшкал: соматизація, обсесивно-компульсивні симптоми, міжособистісна чутливість, депресія, тривожність, ворожість, фобічна тривога, параноїдне мислення, психотизм. Ця шкала дозволяє глибоко діагностувати як психосоматичні, так і емоційні порушення. В українському контексті використовується адаптована версія, яка була апробована у клінічній психології та дослідженнях, що стосуються травматизації населення. Методика рекомендована для досліджень, де важлива багатовимірна оцінка психічного стану.

Вибір саме цих трьох методик зумовлений потребою багатокомпонентного аналізу — емоційного (HADS), суб’єктивного стресового навантаження (PSS-10) і психосоматичних та глибинних психоемоційних розладів (SCL-90-R). Разом вони дозволяють отримати цілісну картину психічного стану ВПО.

Емпіричне дослідження реалізовано у чотири етапи:

Перший етап — підготовчий. На цьому етапі було сформульовано мету, завдання та гіпотезу дослідження, обґрунтовано вибірку та визначено критерії включення респондентів. Також було здійснено аналіз літературних джерел, зібрано інформацію щодо валідності й надійності обраних психодіагностичних методик. Було підготовлено онлайн-анкету, яка включала інформаційний блок, інформовану згоду та психодіагностичні шкали.

Другий етап — збір емпіричних даних. На цьому етапі здійснено поширення онлайн-анкети через соціальні мережі, волонтерські канали, групи підтримки ВПО. Дослідження проводилося з дотриманням етичних принципів — участь була добровільною, анонімною, без жодного тиску або примусу. Впродовж двох тижнів було зібрано дані від 80 респондентів, що відповідає критеріям репрезентативності для якісного аналізу.

Третій етап — обробка результатів. Отримані відповіді було експортовано до електронних таблиць та статистично оброблено. Здійснено

підрахунок балів за шкалами, проведено первинний описовий аналіз (середні значення, стандартне відхилення), а також зіставлення результатів за соціально-демографічними змінними (стать, вік, тривалість переміщення).

Четвертий етап — інтерпретація та узагальнення. Було здійснено зіставлення емпіричних результатів з гіпотезами дослідження та попередніми теоретичними висновками. Отримані дані інтерпретовано в межах сучасних психологічних концепцій, що дозволило сформулювати практичні рекомендації для підтримки ВПО.

Таким чином, поетапна організація дослідження забезпечила його системність, валідність та етичну відповідність вимогам сучасної психологічної науки.

2.2. Аналіз, інтерпретація та обговорення результатів дослідження психоемоційного стану ВПО

У результаті емпіричного дослідження, яке охопило 80 внутрішньо переміщених осіб, було отримано комплексні дані щодо рівнів тривожності, депресії, сприйманого стресу та психосоматичних симптомів. Зібрана інформація дала змогу сформувати глибоке розуміння типових психоемоційних реакцій ВПО, а також виявити ключові тенденції, відмінності залежно від соціально-демографічних характеристик.

За результатами шкали HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), 42,5% опитаних внутрішньо переміщених осіб мали підвищений рівень тривожності (HADS-A), що є серйозним маркером психоемоційного дискомфорту. Це свідчить про стійке відчуття внутрішнього напруження, передчуття небезпеки, нервозність, а також про труднощі з концентрацією уваги та сном. Ще 35% респондентів виявили помірні або високі показники депресивності (HADS-D), які проявляються у втраті енергії, апатії, втраченому інтересі до звичних справ, а також зниженні впевненості в собі та мотивації. У понад 20% респондентів було зафіксовано поєднання обох синдромів —

тривожного і депресивного — що є індикатором глибокого емоційного виснаження та високого ризику формування афективних розладів.

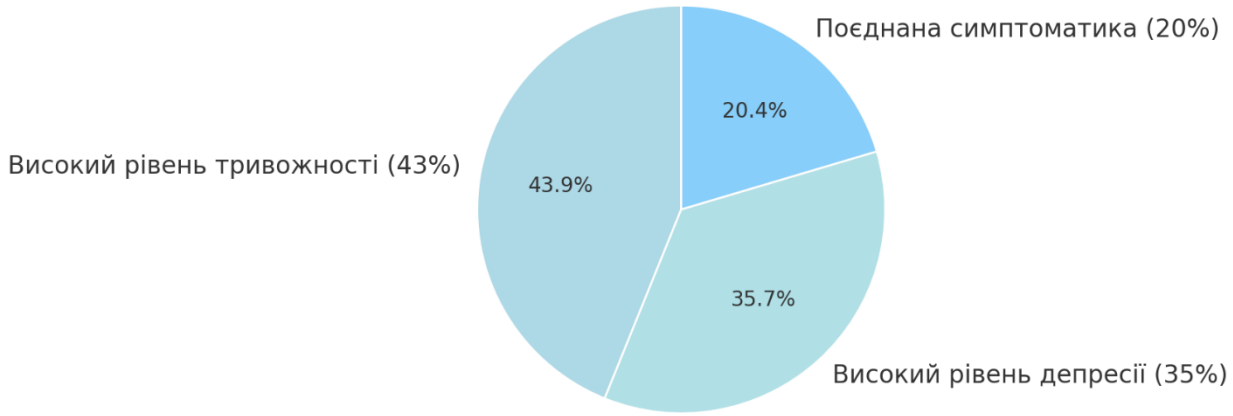

Рис.2. 1 – Розподіл рівнів тривожності та депресії за шкалою HADS.

Такі результати свідчать, що значна частка ВПО перебуває у стані психоемоційного напруження, яке не є ситуативним, а має тривалий і кумулятивний характер. Це особливо важливо, враховуючи, що більшість респондентів перебувають у відносно безпечних регіонах, що вказує: джерелом стресу є не лише фізична небезпека, а й глибоке психологічне навантаження, пов’язане з втратами, невизначеністю майбутнього, соціальною дезінтеграцією та порушенням ідентичності.

Згідно з результатами опитування за шкалою PSS-10 (Perceived Stress Scale), 56% респондентів (45 осіб із 80) перебувають у стані середнього рівня сприйманого стресу, що свідчить про систематичне відчуття перевантаження, тривоги, нестачі ресурсів для подолання повсякденних труднощів. Ще 28% (22 особи) перебувають у зоні високого рівня стресу, що означає наявність хронічного психоемоційного напруження. Середній бал по вибірці склав 20,4, що суттєво перевищує нормативні межі, характерні для загальної популяції (13–14 балів). Це свідчить про стійкий суб’єктивний досвід перенапруження, втрати контролю над життєвими подіями та почуття невизначеності.

Особливо високі показники стресу спостерігаються серед жінок віком 30–45 років — у цій групі 65% респонденток мали середній або високий рівень

сприйманого стресу. Це може бути пов’язано з подвійним навантаженням — поєднанням відповідальності за сім’ю та дітей з неможливістю реалізації у професійному або соціальному середовищі. Ця група демонструє також підвищену емоційну вразливість, схильність до тривожності, а в окремих випадках — симптоми емоційного вигорання.

Ще одна вразлива категорія — респонденти, які перебувають у статусі ВПО понад 12 місяців. У цій підгрупі 71% учасників мали середній або високий рівень стресу, що підтверджує кумулятивний ефект соціальної дезінтеграції. Тривале перебування в умовах невизначеності, відсутність стабільного житла, роботи, передбачуваності — усе це виснажує внутрішні ресурси людини, знижує здатність до адаптації та підвищує ризик хронічного стресового розладу. Ці тенденції відображені на рисунку 2.2. який демонструє розподіл рівнів сприйманого стресу серед респондентів.

Рис. 2.2 – Розподіл рівнів сприйманого стресу за PSS-10.

За результатами методики SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised), у вибірці внутрішньо переміщених осіб було виявлено виражену симптоматику психоемоційного дистресу. Найвищі середні значення спостерігаються за такими субшкалами:

Тривожність — 2,1 бала, що свідчить про постійне відчуття внутрішньої напруги, очікування небезпеки, підвищену настороженість та страх;

Міжособистісна чутливість — 2,0 бала, що відображає зниження довіри до оточення, підвищену вразливість у спілкуванні, підозрілість, сором’язливість та емоційну замкнутість;

Депресія — 1,9 бала, яка включає зниження настрою, апатію, почуття безнадії, втрату мотивації, інтересу до життя;

Соматизація — 1,8 бала, що вказує на тілесні симптоми психоемоційного походження (наприклад, біль у животі, м’язах, серцебиття, порушення сну), не пов’язані з органічними порушеннями.

У цілому 48% респондентів (38 осіб) мали загальний індекс психічного дистресу, який перевищує критичні нормативи, що є підставою для занепокоєння. Це свідчить про наявність множинних симптомів, які в сукупності можуть свідчити про серйозні емоційні порушення — від хронічного стресу до депресивно-тривожних розладів.

Найчастіше респонденти вказували на головний біль (62%), безсоння (55%), емоційну нестабільність (50%), м’язову напругу (47%), а також виснаження та дратівливість. Ці прояви типові для станів перевантаження нервової системи, зниження ресурсів адаптації та недостатньої підтримки з боку соціального середовища.

На рисунку 2.3. подано діаграму розподілу середніх значень за основними субшкалами SCL-90-R, що дозволяє наочно уявити структуру найбільш поширених симптомокомплексів серед ВПО. Така деталізація підтверджує потребу у багатовимірній психологічній допомозі, орієнтованій не лише на емоційні реакції, а й на тілесні симптоми.

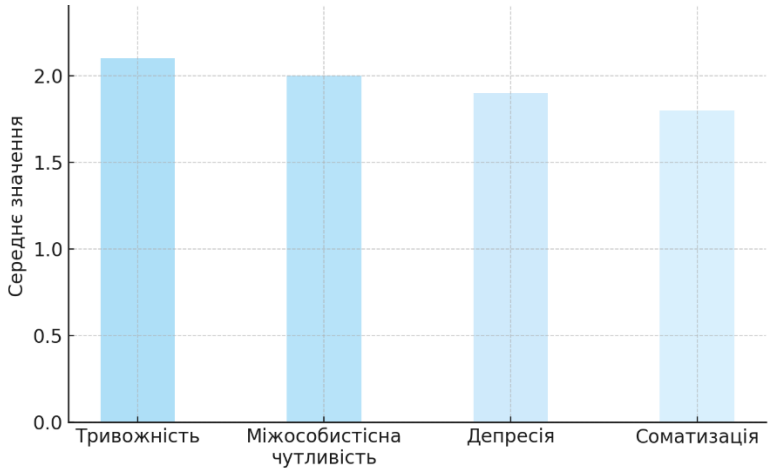

Рис. 2.3 – Середні значення субшкал за методикою SCL-90-R

Отримані результати підтверджують багатовимірну структуру дистресу у ВПО — з переважанням тривожних симптомів, соматичних проявів і міжособистісної уразливості. Це вимагає цілісного психосоціального підходу до надання допомоги, що враховує індивідуальні, соціальні та економічні фактори.

Аналіз соціально-демографічних змінних дозволив виявити низку відмінностей у психоемоційному стані ВПО. За статтю: жінки частіше демонстрували високий рівень тривожності (48% проти 37% серед чоловіків), а також схильність до соматизації (головний біль, порушення сну). Це пояснюється підвищеним навантаженням на жінок як на основних носіїв турботи в сім'ї.

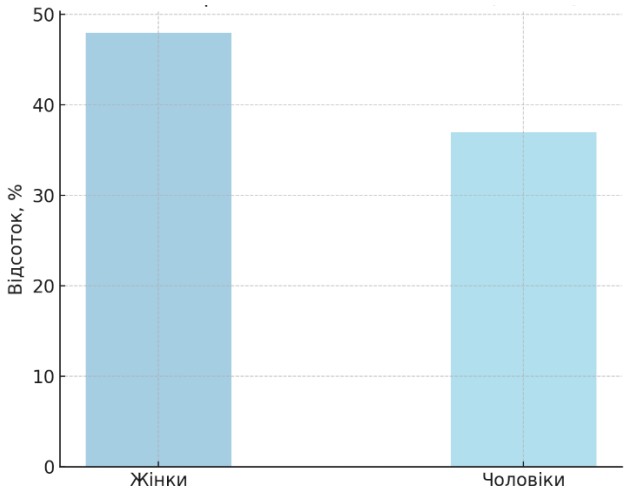

Рис. 2.4. Рівень тривожності за статтю.

Щодо віку: група 30–45 років продемонструвала найвищий рівень тривалого стресу, зумовленого професійними втратами й фінансовою відповідальністю. Молоді особи (18–25 років) мали високий рівень тривожності, проте нижчий рівень депресивності та активніше шукали підтримку. Старші респонденти (55+) частіше демонстрували апатію, втому та ознаки дистимії.

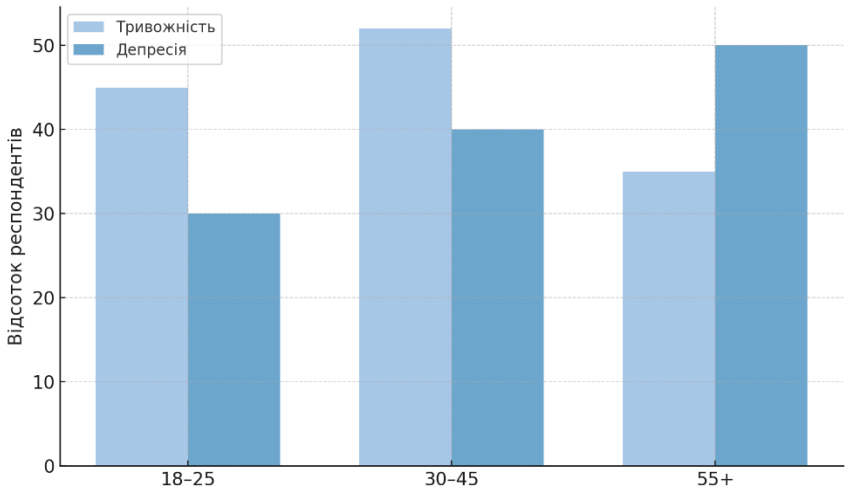

Рис.2. 5. Тривожність і депресія за віковими групами

Тривалість переміщення: особи, які живуть на новому місці понад рік, показали вищий рівень хронічного стресу (середній бал — 22,1), порівняно з тими, хто є ВПО до 6 місяців (18,3 бала). Це вказує на виснаження адаптаційного ресурсу з часом.

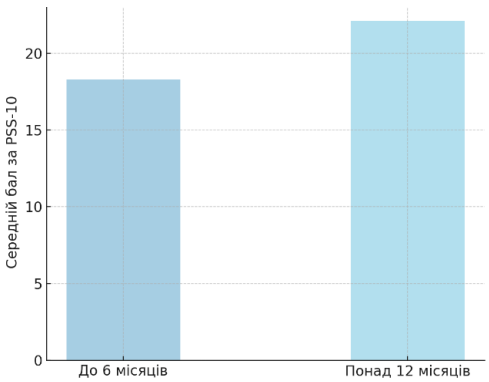

Рис. 6. Рівень хронічного стресу залежно від тривалості переміщення

Таким чином, соціально-демографічні фактори значною мірою модифікують характер емоційного реагування ВПО, що має бути враховано при плануванні психологічної підтримки.

Для систематизації та порівняльного аналізу результатів емпіричного дослідження було складено зведену таблицю, що відображає основні кількісні показники за використаними методиками: HADS, PSS-10 та SCL-90-R. У таблиці наведено як загальні тенденції в психоемоційному стані внутрішньо переміщених осіб (ВПО), так і соціально-демографічні відмінності. Це дозволяє наочно представити рівень психологічного навантаження, поширення симптомів емоційного та соматичного дистресу, а також вплив таких чинників, як стать, вік і тривалість переміщення.

Дані демонструють високу частоту проявів тривожності, депресії, соматизації та стресу серед ВПО, що значно перевищує нормативи для загальної популяції. Зокрема, у 48% респондентів зафіксовано критичний рівень психоемоційного дистресу за шкалою SCL-90-R, що підтверджує гіпотезу про системну вразливість психічного здоров'я у контексті війни та втрати звичного соціального середовища.

Таблиця 2.1.

Зведена таблиця результатів емпіричного дослідження психоемоційного стану ВПО

Показник	Значення	Коментар
HADS – Тривожність (HADS-A)	43% респондентів з високим рівнем	Хронічне внутрішнє напруження, тривога, труднощі з концентрацією
HADS – Депресія (HADS-D)	35% респондентів з клінічним рівнем депресії	Апатія, втрата інтересу, зниження життєвого тонусу
HADS – Коморбідність (A+D)	20% з одночасним проявом тривожності та депресії	Високий рівень емоційного виснаження
PSS-10 – Середній бал стресу	20,4 бала	Значно вище за норматив (13–14), свідчить про хронічне напруження
PSS-10 – Середній рівень стресу	56%	Відчуття втрати контролю, тривога

Показник	Значення	Коментар
PSS-10 – Високий рівень стресу	28%	Стан соціальної невизначеності, перевантаження
SCL-90-R – Тривожність	2,1 бала (48% > критичного порогу)	Емоційна нестабільність, панічні прояви
SCL-90-R – Міжособистісна чутливість	2,0 бала	Вразливість у стосунках, конфліктність
SCL-90-R – Депресія	1,9 бала	Песимізм, зниження настрою, дистимія
SCL-90-R – Соматизація	1,8 бала	Головний біль, напруга, безсоння
Гендерні відмінності (Тривожність)	Жінки – 48%, Чоловіки – 37%	Жінки більше схильні до відкритих емоційних проявів
Вікові відмінності	30–45 років – найвищий рівень стресу	Професійні втрати, відповідальність за родину
Тривалість переміщення > 12 міс.	Середній бал стресу – 22,1	Вище ніж у групі до 6 міс. (18,3 бала) – ознака виснаження ресурсів

Зведена таблиця наочно підтверджує високий рівень психоемоційного навантаження серед ВПО та необхідність комплексної психологічної підтримки з урахуванням демографічних чинників.

Отримані результати дослідження свідчать про високий рівень психоемоційного навантаження серед внутрішньо переміщених осіб. Виявлені тривожні, депресивні, стресові та психосоматичні симптоми значно перевищують нормативні показники, що вказує на системну психологічну вразливість цієї категорії населення.

Це підтверджується високими показниками тривожності за шкалою HADS (43% мали клінічно значущі прояви), хронічного стресу за PSS-10 (середній бал — 20,4), а також високими рівнями міжособистісної чутливості, депресії й соматизації за SCL-90-R (від 1,8 до 2,1 бала). Комплексний аналіз вказує на стійке емоційне виснаження, властиве значній частині респондентів.

Підтверджено гіпотезу про те, що психічне здоров’я ВПО тісно пов’язане з рівнем соціально-економічної стабільності, доступом до допомоги та адаптаційними ресурсами. Стать, вік та тривалість перебування у статусі ВПО виявилися значущими змінними: жінки частіше демонструють тривожність і психосоматичні прояви, особи віком 30–45 років є

найуразливішими до хронічного стресу, а тривале переміщення знижує адаптаційні можливості.

Результати дослідження узгоджуються з попередніми науковими даними. Зокрема, згідно з дослідженням Богданової О. (2020), ВПО демонструють підвищений рівень депресивності на фоні соціальної ізоляції. Подібні висновки містяться і в роботах Мельник І. (2022), яка акцентує на впливі нестабільних життєвих умов на соматичне здоров'я переселенців.

Аналогічні результати отримані у звітах Міжнародної організації з міграції (IOM, 2023), які вказують на високий рівень емоційного виснаження серед ВПО в Україні, а також у дослідженнях Центру психічного здоров'я і травматерапії, де фіксується зростання запитів на психологічну підтримку серед жінок 30–50 років. [43]

Виявлені емпіричні дані свідчать про значну потребу внутрішньо переміщених осіб у психологічному супроводі. Поєднання високих показників тривожності, депресії та стресу свідчить не лише про реактивний стан на травматичну подію, а й про хронізацію емоційного виснаження. Це підтверджується даними шкали PSS-10, де більшість учасників перебуває у зоні середнього та високого рівня суб'єктивного стресу, що перевищує нормативні межі для загальної популяції.

Значну увагу варто звернути на результати SCL-90-R. Підвищені показники за шкалами міжособистісної чутливості та тривожності вказують на порушення процесів соціальної взаємодії, зниження довіри до оточення, а також на труднощі в емоційній регуляції. Це узгоджується з теоретичними положеннями про «соціальну травму», що характеризує досвід вимушеного переміщення як втрату не лише фізичного середовища, а й соціальної ідентичності.

Інтерпретуючи отримані результати, доцільно спиратись також на модель резилієнтності, згідно з якою особистість із вищим рівнем адаптивних ресурсів здатна краще протистояти наслідкам травматичного досвіду. Зниження рівня резилієнтності у вибірці (опосередковано через високі рівні

дистресу) свідчить про виснаження внутрішніх механізмів саморегуляції.

У межах відкритих питань анкети респонденти найчастіше згадували такі стратегії подолання стресу: спілкування з родиною (62%), участь у волонтерстві (31%), релігійна/духовна підтримка (17%), уникнення або емоційне приглушення (24%). Ці способи вказують на адаптивні та дезадаптивні форми регуляції психічного стану.

Також результати дослідження вказують на недостатній рівень інституційної підтримки. У структурі анкети респонденти вказували на обмежений доступ до психологічної допомоги, труднощі у зверненні до фахівців, стигматизацію психічного здоров'я. Це підкріплює ідею про необхідність активнішого розвитку програм первинної психологічної допомоги, що будуються на принципах доступності, мобільності та конфіденційності. У відповідях учасників траплялися такі коментарі: «Я не знаю, куди звертатись, щоб просто виговоритись», «Здається, ніхто не чує наших проблем», «Психолог — це розкіш, яку я не можу собі дозволити». Подібні висловлювання свідчать про відсутність доступу до базових ресурсів емоційного розвантаження.

Таким чином, емпіричні дані не лише підтверджують гіпотезу, але й окреслюють ключові напрями подальшої роботи з ВПО — посилення адаптаційних ресурсів, профілактика хронічного стресу, формування навичок саморегуляції та емоційного управління. З огляду на це, особливої актуальності набуває розробка комплексних програм психосоціальної допомоги, які включають психологічну підтримку, соціальний супровід, освітні й працевлаштувальні проєкти. Також важливо забезпечити доступ до консультативної допомоги через онлайн-платформи, що дозволяє охопити широку аудиторію ВПО в різних регіонах України.

Емпіричні результати можуть бути практично використані в діяльності фахівців соціальної сфери, психологів, волонтерів і розробників соціальної політики для впровадження ефективних інтервенцій та збереження психічного благополуччя ВПО.

Аналіз анкетних даних дозволив виокремити низку соціальних факторів, що найбільшою мірою впливають на психоемоційний стан ВПО. Одним із найзначущіших є втрата стабільного джерела доходу, яка викликає почуття тривоги, безпорадності та зниження самооцінки. Респонденти, які не мали можливості працевлаштування протягом понад 6 місяців, демонстрували підвищені бали за шкалами тривожності та депресії.

Наступним важливим чинником є розрив соціальних зв'язків. Переміщення спричинило втрату звичного середовища, кола підтримки, друзів, колег, що значно підвищило відчуття самотності. У відповідях респондентів траплялися формулювання: *«почуваюся чужим у новому місті», «немає з ким поговорити відверто», «все доводиться тримати в собі»*. Такі коментарі вказують на емоційне виснаження через відсутність соціальної інтеграції.

Також окремі учасники вказували на непрямі форми дискримінації, зокрема недовіру з боку місцевих мешканців, обмежений доступ до послуг через статус ВПО. Це створює додаткове психологічне навантаження та загострює почуття вторинної травматизації.

У гендерному аспекті спостерігаються чіткі відмінності. Жінки частіше демонстрували відкриту емоційну реакцію на травматичний досвід, вищу тривожність і схильність до соматизації. Вони активніше зверталися за допомогою, зокрема онлайн або до волонтерів. Це можна пояснити як соціальними ролями (піклування про дітей, родину), так і більшою відкритістю до емоційної взаємодії.

у свою чергу, демонстрували нижчі рівні вербального вираження емоцій, проте вищу частоту психосоматичних скарг. Це може бути пов'язано з культурною стигматизацією прояву слабкості, що перешкоджає зверненню по психологічну допомогу. Респонденти-чоловіки частіше вказували, що *«потрібно триматись», «немає часу на емоції»*, що є типовими стратегіями емоційного придушення.

Узагальнюючи результати, можна констатувати, що найбільш

вразливою групою є жінки віком 30–45 років, які перебувають у статусі ВПО понад рік. Саме вони демонструють найвищі показники тривожності, депресії та соматизації, що зумовлено сукупністю навантажень — економічних, емоційних, сімейних. Молоді респонденти краще справляються з викликами, тоді як особи старшого віку — більше схильні до емоційної відстороненості.

Таким чином, як соціальні умови, так і гендерна приналежність істотно модифікують реакції на переміщення, що має враховуватись при розробці цільових програм психосоціальної підтримки.

2.3. Модель психологічного супроводу ВПО та пропозиції щодо удосконалення психосоціальної підтримки

На основі проаналізованих форм психосоціальної підтримки доцільно виокремити цілісну модель психологічного супроводу ВПО, яка враховує потреби осіб на різних етапах адаптації та реагує на багатовимірність їхніх проблем. Ефективна система психологічного супроводу внутрішньо переміщених осіб має базуватись на низці принципів, які забезпечують якість, етичність і сталу ефективність психологічної допомоги. Ці принципи формують рамку, в межах якої реалізуються практичні дії фахівців, спрямовані на підтримку психічного здоров'я ВПО в умовах втрати, невизначеності та адаптаційного навантаження.

Насамперед, основою ефективного супроводу виступає принцип адаптивності, що передбачає постійне врахування змін у потребах клієнта та соціального контексту. ВПО стикаються з різними труднощами залежно від етапу переміщення, тривалості перебування в новому середовищі, рівня ресурсності, тому фахівець має гнучко підходити до вибору методів і форматів роботи.

Не менш важливим є принцип індивідуалізації, що акцентує на унікальності життєвого досвіду кожної особи. Це означає, що психологічна підтримка не може бути стандартизованою — вона повинна враховувати

особисту історію, рівень травматизації, мотивацію до змін і психологічні особливості клієнта. Такий підхід дозволяє побудувати довірливі взаємини, що є базовою умовою ефективності.

Ще одним ключовим є принцип культурної та контекстуальної чутливості. У роботі з переміщеними особами важливо враховувати мовні, релігійні, етнічні, регіональні особливості, а також унікальні культурні патерни реагування на стрес. Ігнорування цих аспектів може не лише знизити ефективність допомоги, але й спричинити повторну травматизацію.

Принцип залучення клієнта до процесу (партисипативність) полягає в тому, що особа не є пасивним отримувачем допомоги, а активним учасником процесу відновлення. Це забезпечує відчуття контролю над ситуацією, знижує рівень безпорадності та формує відповідальне ставлення до власного психічного стану.

Також варто відзначити принцип комплексності, відповідно до якого психологічний супровід має бути поєднаний з соціальною, правовою, освітньою допомогою. Лише в умовах взаємодії різних служб можна досягти повноцінного ефекту стабілізації та інтеграції ВПО у нове середовище.

Дотримання цих принципів дозволяє формувати супровід не лише як епізодичну допомогу, а як сталу систему підтримки, яка сприяє відновленню психоемоційної рівноваги, соціальної активності та життєвої перспективи внутрішньо переміщених осіб.

Процес психологічного супроводу внутрішньо переміщених осіб не є одномоментною дією, а розгортається у часі, проходячи через кілька ключових етапів. Кожен із них має свою мету, завдання та методи роботи, і лише їхня послідовна реалізація дозволяє досягти глибоких змін у психоемоційному стані людини.

Перший етап — діагностика і первинне оцінювання. На цьому рівні здійснюється початкове знайомство з клієнтом, встановлення довірливого контакту та збір інформації про його емоційний стан, адаптаційні ресурси, потреби та життєвий контекст. Фахівець аналізує, які саме психологічні

труднощі є актуальними, які сфери функціонування порушено та які чинники можуть ускладнювати процес відновлення. Використовуються як інтерв'ю, так і скринінгові опитувальники або стандартизовані методики.

Другий етап — стабілізація, який передбачає зниження інтенсивності гострих емоційних реакцій, формування відчуття безпеки та контролю над ситуацією. У цьому періоді важливо допомогти клієнтові відчути себе здатним впливати на події власного життя, навіть у ситуації втрати. Сюди можуть входити техніки релаксації, вправи на заземлення, кризове консультування та короткотермінові інтервенції.

На наступному етапі — відновлення — увага зосереджується на глибшій роботі з внутрішніми переживаннями, інтеграції травматичного досвіду, розвитку адаптивних стратегій. Клієнт вчиться визначати власні потреби, відновлює втрачену мотивацію, поступово повертається до активного соціального життя. Саме на цьому етапі відбувається закріплення нових моделей реагування та поведінки, що сприяє тривалій стабільності.

Останній етап — інтеграція та супровід у майбутнє. Його завданням є підготовка клієнта до завершення роботи з фахівцем та автономного функціонування. Людина зміцнює соціальні зв'язки, формує плани на майбутнє, закріплює нові навички самоусвідомлення, саморегуляції та управління стресом. У деяких випадках на цьому етапі клієнти можуть самі залучатися до волонтерської діяльності, підтримки інших ВПО, що додатково посилює відчуття значущості та інтеграції в спільноту.

Усі етапи супроводу не є жорстко визначеними в часі — вони можуть частково накладатися, змінюватися залежно від динаміки клієнта та умов середовища. Проте саме така структурованість дозволяє системно підходити до підтримки ВПО, будуючи процес на засадах професійності, послідовності та орієнтації на результат.

Інструменти психологічного супроводу внутрішньо переміщених осіб мають бути багатовекторними, доступними та гнучкими у застосуванні. Їхня ефективність зумовлюється тим, наскільки вони адаптовані до умов

нестабільності, втрати соціальних орієнтирів і високого рівня емоційного виснаження, які є типовими для ВПО. Результативність підтримки часто визначається не лише тим, що саме застосовується, а й тим — як, коли і для кого.

Одним із провідних інструментів є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), що демонструє високу ефективність у подоланні тривожних і депресивних симптомів. У роботі з ВПО КПТ використовується як у короткострокових інтервенціях (5–7 сесій), так і в довших процесах. Наприклад, у разі підвищеної тривожності клієнт навчається розпізнавати катастрофічні думки, пов’язані з майбутнім ("я ніколи не зможу влаштуватись", "усе пропало"), і поступово замінювати їх на більш реалістичні й підтримувальні. Через вправи з когнітивної реструктуризації, ведення журналу думок або рольові вправи відбувається стабілізація мислення, що сприяє зниженню тривоги. У межах КПТ часто використовуються техніки «виклик катастрофічних думок», побудова «позитивних сценаріїв майбутнього», створення «карти впливу», що допомагає людині відновити відчуття суб’єктності та контролю.

Арт-терапевтичні методи дозволяють активізувати невербальні канали вираження та є надзвичайно цінними для клієнтів, які мають труднощі у вербалізації емоцій або перебувають у стані афекту. Малювання емоційного стану, створення "карти ресурсів", складання колажу «моя внутрішня сила» — усе це дає можливість обійти захисні механізми психіки та знайти опору через образ. Особливо ефективною арт-терапія є в роботі з дітьми та підлітками, які часто не можуть описати словами те, що відчувають.

Тілесно-орієнтовані техніки є незамінними у випадках соматизації переживань — болі, напруги, розладів сну, які не мають медичного підґрунтя. Наприклад, використання техніки "сканування тіла" допомагає виявити локалізацію тілесної напруги, а дихальні вправи — її поступово знижувати. У випадку нападів паніки — техніки заземлення ("5–4–3–2–1", контакт із простором), які повертають людину до відчуття тут-і-тепер, мають негайний

стабілізувальний ефект.

В умовах обмеженої доступності очної підтримки широкого застосування набули онлайн-інструменти. Це можуть бути як платформи для індивідуального консультування (Zoom, Telegram, спеціальні аплікації), так і мобільні застосунки (наприклад, PTSD Coach, Sanvello), що навчають самодопомозі, моніторингу настрою, формуванню звичок саморегуляції. Практики показують, що онлайн-форми допомоги можуть бути не менш ефективними, особливо в кризовий період, коли людина почувається вразливою і надає перевагу анонімності.

У роботі з групами важливими є інструменти фасилітації — обговорення життєвих тем, моделювання реальних ситуацій, обмін ресурсами, ведення групових вправ на зниження стресу. Наприклад, на груповому занятті з теми «Як дбати про себе?» учасники можуть створити персональний план відновлення, отримати зворотний зв'язок і підтримку. Ефект групи дозволяє побачити себе не як виняток, а як частину спільного досвіду, що нормалізує реакції.

Також варто відзначити психоедукаційний компонент, який має бути наскрізним у супроводі. Клієнтам варто пояснювати природу стресу, механізми впливу травми на поведінку, значення самопідтримки. Це підвищує суб’єктність особи, дозволяє уникнути стигматизації та підвищує готовність звертатися по допомогу. Психоедукація також повинна включати пояснення ефектів травми, базові техніки самопідтримки, розпізнавання тригерів і стратегії емоційного регулювання. Це формує культуру турботи про психічне здоров’я навіть після завершення професійного супроводу.

Усі інструменти повинні застосовуватись із урахуванням етапу, на якому перебуває особа: стабілізації, відновлення чи інтеграції. Гнучке поєднання інструментів, відкритість до зворотного зв’язку та орієнтація на індивідуальні потреби — це основа ефективного супроводу ВПО в умовах постійної зміни середовища та життєвих викликів.

Ефективна реалізація психологічного супроводу внутрішньо

переміщених осіб потребує створення сприятливих організаційних, кадрових, методичних та етичних умов, які забезпечують якість, сталість і результативність допомоги. Ідеться не лише про наявність фахівців, але й про системну підтримку з боку держави, громадських організацій, міжнародних інституцій та локальних спільнот.

Перш за все, однією з базових умов є наявність кваліфікованого персоналу, здатного працювати в умовах травматичного досвіду, емоційної нестабільності та соціальної вразливості клієнтів. Це вимагає не лише академічної підготовки, а й проходження регулярного підвищення кваліфікації, участі у супервізіях, обміну досвідом. Особливу цінність мають фахівці з досвідом кризового консультування, роботи в умовах надзвичайних ситуацій та культурно чутливої терапії.

Не менш важливою є міждисциплінарна взаємодія, яка передбачає координацію психологів із соціальними працівниками, юристами, педагогами, медичними працівниками. Така співпраця дозволяє уникнути дублювання функцій, розширити спектр підтримки та забезпечити цілісний підхід до проблем клієнта. Наприклад, у разі виявлення домашнього насильства або юридичних бар’єрів при працевлаштуванні, психолог може швидко перенаправити особу до відповідного спеціаліста.

Ефективний супровід також передбачає організаційну сталість — наявність постійних контактних точок, де людина може звернутися по допомогу. Це можуть бути кризові центри, мобільні команди, онлайн-платформи або освітні установи, які мають партнерські зв’язки з фахівцями психічного здоров’я. Довготривалість, а не епізодичність втручань, суттєво підвищує рівень довіри до системи допомоги.

Особливо важливими є етичні умови надання допомоги, серед яких — конфіденційність, добровільність, повага до гідності клієнта, уникнення стигматизації. Людина має відчувати, що її досвід не буде засуджений, а її межі будуть захищені. Порушення цих умов може призвести до вторинної травматизації, а в деяких випадках — до повної втрати довіри до будь-яких

сервісів допомоги.

Додатково варто згадати про технічну інфраструктуру, яка значною мірою визначає доступність допомоги: це і забезпечення безпечного простору для очних зустрічей, і якісний інтернет-зв'язок для онлайн-консультувань, і наявність інформаційних ресурсів для самоосвіти клієнтів.

Таким чином, реалізація ефективного супроводу неможлива без комплексного підходу до забезпечення усіх умов: від якісної підготовки спеціалістів до створення ресурсного середовища, у якому ВПО можуть відчути себе підтриманими, зрозумілими та здатними до відновлення.

На основі виявлених труднощів у доступі до допомоги та ефективності супроводу постає потреба у вдосконаленні існуючих механізмів підтримки внутрішньо переміщених осіб. Незважаючи на зусилля з боку держави, міжнародних організацій та громадського сектору, система підтримки внутрішньо переміщених осіб в Україні стикається з низкою системних проблем, які знижують її ефективність, охоплення та довіру з боку самих ВПО.

Однією з найвагоміших проблем є обмежений доступ до психологічної допомоги, зумовлений нестачею фахівців, нерівномірністю розподілу сервісів по регіонах та недостатнім інформуванням населення. Багато осіб просто не знають, куди звернутися по допомогу, або не вірять, що така допомога буде дієвою. У сільських та віддалених районах ситуація ускладнюється фізичною відсутністю пунктів доступу до психосоціальних послуг.

Ще однією важливою проблемою є відсутність системної координації між державними установами, громадськими організаціями та міжнародними партнерами, що призводить до дублювання функцій і втрати ефективності. Допомога ВПО часто здійснюється через розрізнені ініціативи, без чіткої координації між державними структурами, НГО, медичними та освітніми закладами. Через відсутність єдиної системи обліку та супроводу клієнтів відбувається дублювання функцій, неефективне використання ресурсів і втрати на кожному етапі підтримки.

Недостатній рівень професійної підготовки фахівців, які працюють із

ВПО, також є суттєвим бар’єром. Часто психологи та соціальні працівники не мають спеціалізованих знань з кризового втручання, роботи з травмою або ПТСР, не проходять супервізії й самі стикаються з емоційним вигоранням. У результаті допомога стає формальною або поверхневою, не враховуючи глибини проблем клієнта.

Ще однією складністю є високий рівень психологічної стигми. У багатьох ВПО звернення до психолога досі сприймається як ознака слабкості або психічного розладу. Це стримує людей від отримання своєчасної допомоги, поглиблюючи ізоляцію та хронізацію симптомів. Подолання стигми потребує державної просвітницької кампанії, спрямованої на нормалізацію звернення по психологічну допомогу, підтримку з боку медіа та залучення громадських лідерів.

До того ж, бюрократичні бар’єри, довгі черги на житло, нестача юридичного супроводу та складна процедура оформлення соціальних виплат формують у ВПО загальне відчуття безпорадності й недовіри до системи. Також бракує прозорих механізмів подання скарг, оскарження рішень і доступного правового інформування, що посилює відчуття правової незахищеності.

Таким чином, виявлені проблеми потребують системного аналізу та глибокої трансформації підходів до допомоги. Без подолання цих бар’єрів жодна програма психологічного супроводу не буде повноцінною та довготривало ефективною.

Удосконалення системи підтримки внутрішньо переміщених осіб в Україні потребує ґрунтовної трансформації на рівні державної політики. Йдеться не лише про розширення доступу до послуг, але й про створення цілісної стратегії, що базуватиметься на довгостроковому баченні соціальної інтеграції, ментального здоров’я та гідності кожної особи, що пережила вимушене переміщення.

Перш за все, необхідним є розроблення Національної програми психосоціальної підтримки ВПО, яка б охоплювала базову психологічну

допомогу, соціальні сервіси, правовий супровід та освітні ініціативи. Така програма має бути інтегрованою в роботу Міністерства охорони здоров'я, Міністерства соціальної політики, Міністерства освіти і науки та місцевих органів влади. Її важливо підкріпити стабільним державним фінансуванням, а також механізмами моніторингу ефективності.

Важливим кроком стане відкриття центрів психологічної допомоги у кожній області, що спеціалізуватимуться на роботі з ВПО, особливо з уразливими категоріями — жінками, дітьми, особами похилого віку. Такі центри мають стати мультидисциплінарними просторами, де фахівці різних галузей працюватимуть спільно над стабілізацією емоційного стану людини та її адаптацією до нових умов. Окрім розширення доступу, необхідно створити єдиний національний реєстр надавачів послуг для ВПО, який забезпечить прозору взаємодію між установами, запобігатиме дублюванню послуг та сприятиме ефективному скеруванню клієнтів.

Окрім цього, держава повинна інтегрувати психологічну підтримку в загальні соціальні та освітні структури. Наприклад, у школах, де навчаються діти з родин ВПО, мають працювати психологи з відповідною підготовкою; у ЦНАПах та соціальних службах — соціальні консультанти, що володіють навичками кризової комунікації. Це дозволить охопити ширше коло осіб, яким часто важко дістатися до спеціалізованої допомоги.

Важливим завданням також є забезпечення сталої міжвідомчої координації. Необхідно створити дієві механізми обміну даними, спільного реагування, міжгалузевого навчання для фахівців із МОЗ, МВС, МОН, Мінсоцполітики. Така взаємодія дозволить уникати дублювання програм і забезпечити логічну послідовність дій — від первинного скринінгу до довгострокового супроводу.

Запровадження таких політичних рішень сприятиме не лише покращенню якості життя ВПО, але й зміцненню соціальної стабільності, зменшенню напруги в громадах та створенню здорового соціального клімату в умовах тривалої кризи.

Одним із ключових факторів ефективності допомоги внутрішньо переміщеним особам є рівень професійної підготовки тих, хто безпосередньо здійснює психологічний і соціальний супровід. Робота з ВПО вимагає не лише загальної гуманітарної обізнаності, а й спеціальних знань і навичок, що дозволяють працювати з травмою, кризовими станами, втратами та посттравматичним стресовим розладом. Водночас, багато фахівців не мають доступу до якісного навчання у цій сфері, що значно обмежує потенціал системи підтримки.

Насамперед, в Україні має бути впроваджено системні програми підготовки фахівців з психосоціальної допомоги ВПО, які охоплюють базові принципи кризового втручання, роботу з травмою, культурну чутливість та етичні стандарти. Такі програми мають реалізовуватись у межах державних та недержавних освітніх інституцій, із залученням міжнародних організацій та досвідчених тренерів. Особливу увагу варто приділяти практичним навичкам, симуляціям та інтервізійній роботі. Окремий акцент має бути зроблено на навчанні роботі з особами, які мають травматичний досвід війни, втрати або насильства, з урахуванням принципів травмо-інформованого підходу.

Важливим елементом професійної підготовки є постійне підвищення кваліфікації, яке повинно стати обов’язковим для психологів, соціальних працівників, педагогів, які працюють із ВПО. Це можуть бути короткострокові курси, онлайн-семінари, вебінари, модулі дистанційного навчання, що відповідають міжнародним стандартам і потребам конкретних регіонів.

Для запобігання емоційному вигоранню та втрати професійної ефективності фахівці повинні мати доступ до супервізії — регулярного процесу професійного аналізу складних випадків, підтримки з боку більш досвідченого колеги або групи. Це дозволяє не лише покращити якість послуг, а й зберегти психологічну стійкість самих помічників.

Окрему увагу слід приділити розвитку волонтерських програм, які можуть залучати молодих спеціалістів, студентів, а також людей, які самі мають досвід переміщення. Волонтери можуть виконувати функції

інформаційного посередництва, емоційної підтримки, фасилітаторів груп самодопомоги — за умови проходження базового навчання та професійного супроводу.

У підготовці фахівців доцільно використовувати міжвузівську співпрацю — спільні навчальні програми, мобільні тренінгові команди, сертифіковані модулі в рамках магістерських програм з психології, соціальної роботи, педагогіки.

Таким чином, підготовка кадрів має розглядатися не як додатковий елемент, а як основа будь-якої програми допомоги ВПО. Без належного навчання, підтримки та розвитку фахівців неможливо забезпечити якісну, стійку та етичну підтримку людей, які пережили досвід вимушеного переміщення.

В умовах масштабного переміщення населення, руйнування інфраструктури та обмеженого доступу до традиційних сервісів, розвиток цифрових платформ допомоги стає стратегічно важливим напрямом у забезпеченні психосоціальної підтримки ВПО. Онлайн-сервіси дозволяють досягти ширшої аудиторії, забезпечити конфіденційність, оперативність та зручність у доступі до послуг.

Найперше, необхідно створити єдиний національний онлайн-хаб підтримки ВПО, який об’єднував би інформацію про доступні сервіси, контакти психологів, юридичну та соціальну допомогу, кризові лінії, можливості працевлаштування та навчання. Такий ресурс має бути доступним як через браузер, так і у вигляді мобільного додатку. Окрім інформування, платформа може включати функцію онлайн-запису до фахівців, чат-боти для первинної діагностики емоційного стану, а також базу корисних матеріалів — відео, статей, вправ для самодопомоги.

Позитивно зарекомендували себе мобільні застосунки для емоційної саморегуляції, такі як Sanvello, PTSD Coach, MindShift, PFA Mobile Ukraine, Застосунок Teplo та ін. Вони дозволяють користувачам у будь-який момент здійснити самоспостереження, пройти короткий тест, прослухати вправу на

розслаблення або медитацію. Українські розробники можуть адаптувати такі рішення з урахуванням культурного контексту, мови, специфіки війни та вимушеного переміщення.

Широко застосовуються групи підтримки в соціальних мережах і месенджерах — Telegram, Viber, Facebook. Їх важливо модерувати фахівцями, забезпечуючи безпечний простір для обміну досвідом, взаємопідтримки, участі в онлайн-заходах (тематичних сесіях, вебінарах, лекціях). Такі формати допомагають боротися з ізоляцією, формувати почуття приналежності та знижувати тривожність.

Крім того, держава може укладати партнерства з університетами та неурядовими організаціями, які вже мають ресурси для надання безкоштовних онлайн-консультацій. Завдяки цьому можна створити систему "живого контакту" — доступу до фахівця за кілька кліків, без складних реєстрацій або черг.

Розвиток цифрових інструментів допомоги має супроводжуватись широкою інформаційною кампанією, спрямованою на популяризацію сервісів, подолання стигми щодо звернення по психологічну підтримку та навчання користуванню такими інструментами.

Таким чином, цифрові платформи не лише розширюють доступ до допомоги, але й створюють нову культуру турботи про психічне здоров’я, що є надзвичайно актуальним у часи тривалих соціальних криз і переміщення.

Загалом, удосконалення підтримки ВПО вимагає комплексного підходу — поєднання політичної волі, професійної підготовки, технічної інфраструктури та зміни суспільного ставлення до психічного здоров’я. Лише в такому випадку можна говорити про довгострокову ефективність програм допомоги.

Таким чином, ефективна модель супроводу ВПО має бути гнучкою, багаторівневою і відкритою до адаптації, з орієнтацією на тривалу підтримку особистості у її відновленні, розвитку та інтеграції в нову соціальну реальність.

Висновки до ІІ розділу

У другому розділі було здійснено комплексне емпіричне дослідження психічного стану внутрішньо переміщених осіб на основі валідованих психодіагностичних методик (HADS, PSS-10, SCL-90-R), що дозволило виявити високий рівень тривожності, депресивності, суб'єктивного стресу та соматизації серед опитаних. Результати засвідчили системну психологічну вразливість ВПО, обумовлену як соціально-економічними чинниками, так і браком інституційної підтримки. Стать, вік і тривалість переміщення виявилися значущими модераторами психоемоційного стану, а найбільш уразливою групою визначено жінок віком 30–45 років із досвідом переміщення понад рік. Отримані дані підтверджують гіпотезу дослідження й окреслюють ключові напрями інтервенції: розвиток доступної психологічної допомоги, підтримка соціальної інтеграції, профілактика хронічного стресу та посилення резилієнтності серед ВПО.

Розділ ІІ дослідження також окреслює комплексний підхід до психосоціальної підтримки та психологічного супроводу внутрішньо переміщених осіб в Україні. У фокусі розгляду — не лише практичні форми допомоги, але й принципи, за якими має будуватись ефективна система підтримки в умовах кризи та соціальної невизначеності.

Аналіз свідчить, що психосоціальна підтримка повинна бути адаптивною, чутливою до культурного контексту, ґрунтуватися на індивідуальному підході та інтегруватися в ширший соціальний простір життя людини. Ефективні практики включають як індивідуальне консультування, так і групові форми, сімейну терапію, дистанційні формати, що дозволяє досягти різних категорій ВПО в умовах обмежених ресурсів.

Запропонована модель супроводу передбачає поетапну роботу — від первинної діагностики до стабілізації, відновлення та інтеграції в соціум — із використанням широкого інструментарію, включно з когнітивно-поведінковими, арт- та тілесно-орієнтованими підходами. Водночас важливою

умовою ефективності є створення сприятливих організаційних і професійних передумов: кадрового забезпечення, міждисциплінарної взаємодії, технічної інфраструктури.

Окрема увага приділена актуальним викликам — фрагментарності системи, нестачі фахівців, стигматизації, відсутності координації. Подолання цих бар'єрів можливе лише за умови політичної волі, стратегічного планування та сталого державного фінансування.

Таким чином, запропоновані у розділі ІІІ шляхи підтримки ВПО демонструють необхідність системного, міждисциплінарного та гнучкого підходу, що дозволяє не лише зменшити наслідки травми, а й створити передумови для повноцінної соціальної інтеграції та зміцнення психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб.

ВИСНОВКИ

У контексті повномасштабної війни в Україні проблема психічного здоров’я внутрішньо переміщених осіб (ВПО) набула безпрецедентного масштабу, вимагаючи системного наукового аналізу й практичного втручання. Проведене дослідження засвідчило, що психічний стан ВПО є складним багатовимірним явищем, обумовленим взаємодією травматичного досвіду, соціально-економічної нестабільності, втрати звичного життєвого укладу та недостатності інституційної підтримки. Цей стан характеризується високим рівнем тривожності, депресивності, психосоматичних порушень, а також ерозією ідентичності та соціальних зв’язків.

На теоретичному рівні було обґрунтовано доцільність використання біопсихосоціальної моделі, яка дозволяє комплексно аналізувати вплив як індивідуальних, так і соціально-структурних чинників на психічне здоров’я особистості. В межах цієї моделі особливе значення мають стабільність життєвого простору, наявність підтримуючого соціального середовища, доступ до праці та медичних послуг — компоненти, що виступають не лише зовнішніми обставинами, а психологічно значущими факторами самосприйняття та внутрішньої безпеки.

Емпіричне дослідження підтвердило гіпотезу про системну психоемоційну вразливість ВПО, яка проявляється у високому рівні психічного напруження, дезадаптації та виражених труднощах з відновленням психологічної рівноваги після пережитих травматичних подій. Особливо постраждалими виявилися жінки віком 30–45 років — соціальна група, яка одночасно несе на собі тягар відповідальності за родину, часто виступає як первинний носій турботи про дітей та літніх родичів, і при цьому зазнає значної втрати стабільності, соціального статусу та підтримуючих зв’язків. Саме ця група демонструє високий рівень коморбідності симптомів тривожності, депресії та соматизації, що вказує на глибину і системність

психологічних порушень. Типовими є скарги на порушення сну, хронічну втому, головний біль, порушення апетиту, а також труднощі з концентрацією уваги та зниження когнітивної ефективності.

Отримані дані свідчать про глибоке емоційне виснаження, яке не є короткочасною реакцією на стрес, а має характер затяжного емоційного вигорання. Це виснаження супроводжується зниженням адаптивного ресурсу, втратами мотивації, втратою здатності до планування майбутнього та підтримки базового рівня життєвої енергії. У такому стані індивід не лише потребує психологічної підтримки, але й втрачає здатність самостійно шукати та інтегрувати допомогу, що ускладнює процес психосоціальної реабілітації.

У респондентів були виявлені як реактивні форми емоційного реагування — шок, страх, напруження, панічні атаки, гостра тривожність, — так і хронічні прояви, які свідчать про тривале перебування у кризовому, нестабільному середовищі. До останніх належать апатія, втрата сенсу життя, почуття безпорадності, соціальна ізоляція, зниження рівня самоповаги та мотивації до соціальної інтеграції. Ці симптоми часто набувають латентного характеру, що ускладнює їх своєчасне виявлення без залучення фахівців.

Водночас, відзначається залежність емоційного стану ВПО від наявності або відсутності підтримуючого середовища: ті, хто мають змогу залишатися в соціально згуртованих спільнотах або підтримують контакт з рідними, демонструють вищий рівень психологічної резилієнтності. Це підтверджує необхідність не лише індивідуального, але й комунітарного підходу до відновлення психічного здоров’я переміщених осіб.

Ключовим висновком є те, що психологічна підтримка ВПО не може бути епізодичною чи формальною. Вона має бути багаторівневою: від кризової інтервенції до супроводу в процесі інтеграції, від роботи з індивідуальними запитами до зміцнення спільнотної резилієнтності. Ефективною є лише така допомога, яка враховує культурний контекст, ґрунтується на партнерстві, повазі до гідності особи та її права на суб’єктність.

Також критично важливим є розвиток державної політики у сфері психічного здоров’я, спрямованої на інтеграцію психологічних послуг до системи соціального захисту. Це передбачає підготовку фахівців, створення інфраструктури, просвіту населення щодо важливості ментального добробуту. ВПО мають отримувати не лише психологічну допомогу, але й право на почуття безпеки, підтримки, гідності — чинники, що формують фундамент для їхнього психічного відновлення та життєвої стабілізації.

Таким чином, збереження психічного здоров’я внутрішньо переміщених осіб — це не лише завдання психологів, а й стратегічна проблема національного масштабу, яка потребує міждисциплінарного, гуманістичного та системного підходу. Лише через комплексні втручання можна забезпечити не лише виживання, а й гідне, суб’єктне існування мільйонів громадян у нових умовах.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Бек А. Т. Когнітивна терапія і емоційні розлади / пер. з англ. Київ : Видавництво «Ніка-Центр», 2021. 324 с.
2. Всесвітня організація охорони здоров'я. Психічне здоров'я в умовах кризи. Женева: ВООЗ, 2022. URL: https:.www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies
3. Всесвітня організація охорони здоров'я. Психічне здоров'я: посібник із визначення та вимірювання. Женева : ВООЗ, 2004. 86 с.
4. Грінь О. О. Механізми психологічної адаптації внутрішньо переміщених осіб. *Практична психологія та соціальна робота*. 2021. № 11. С. 23–29.
5. Губеладзе І. Внутрішньо переміщені особи: психологічні механізми адаптації. Психологія і суспільство. 2020. № 3. С. 78–89.
6. Губеладзе І. О. Життєві перспективи внутрішньо переміщених осіб в Україні: соціально-психологічний вимір. *Соціальна психологія*. 2020. № 1(75). С. 83–91.
7. Губеладзе І. Психологічна допомога внутрішньо переміщеним особам: виклики та напрями. *Психологія і суспільство*. 2021. № 3. С. 47–55.
8. Губеладзе І. Психосоціальна адаптація внутрішньо переміщених осіб: механізми, виклики, стратегії . Практична психологія та соціальна робота. – 2021. – № 4. – С. 12–18.
9. Державна служба статистики України. Демографічна ситуація та міграційні процеси в Україні у 2023 році. URL: https:.ukrstat.gov.ua
10. Закон України "Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб". Відомості ВР, 2015, № 1, ст. 1. URL: https:.zakon.rada.gov.ua/laws/show/1706-18
11. Закон України «Про правовий статус осіб, переміщених у межах країни» від 20.10.2014 №1706-VII. Відомості Верховної Ради України. 2014. № 52. Ст. 2200.

12. Ковальчук О. Психологічний стан ВПО в умовах війни: емпіричне дослідження. Науковий вісник ХНПУ. Психологія. 2023. № 60. С. 122–129.

13. Кравченко О. М. Психологічні особливості внутрішньо переміщених осіб в Україні: адаптаційні виклики. *Психологічний журнал*. 2023. № 2. С. 24–34.

14. Лебедєва Н. В. Психологічні аспекти адаптації ВПО в умовах соціальної невизначеності. *Актуальні проблеми психології*. 2020. Т. 3(19). С. 102–111.

15. Лебедєва Н. М. Психосоціальні чинники адаптації внутрішньо переміщених осіб. *Актуальні проблеми психології*. 2021. Т. 16. Вип. 3. С. 61–69.

16. Лебедєва Н. Психологічне благополуччя внутрішньо переміщених осіб: ризики та ресурси. Вісник НАПН України. 2021. №1. С. 45–52.

17. Лебедєва Н. Соціальна підтримка як чинник збереження психічного здоров'я ВПО . Психологія і суспільство. – 2020. – № 2. – С. 45–51.

18. Маслоу А. Мотивація і особистість / пер. з англ. Київ : Видавництво «Юніверс», 2006. 254 с.

19. Міжнародна організація з міграції (МОМ). Ukraine Internal Displacement Report Round 9 2022 URL: https:.displacement.iom.int

20. Міжнародна організація з міграції. *Ukraine Internal Displacement Report. Round 13*. 2023. URL: https:.iom.org.ua

21. Міністерство охорони здоров'я України. План дій щодо психічного здоров'я. Київ: МОЗ, 2022. URL: https:.moz.gov.ua/psihichne-zdorovja

22. Міністерство соціальної політики України. Національний план заходів щодо підтримки ВПО. 2023. URL: https:.www.msp.gov.ua

23. МОЗ України. Психічне здоров'я населення в умовах війни: аналітична записка. Київ, 2022. URL: https:.moz.gov.ua.

24. МОМ. Психосоціальні інтервенції для ВПО в Україні. Методичні рекомендації. Київ, 2021. URL: https:.iom.org.ua

25. НаУКМА. Центр психічного здоров'я. Звіт за результатами опитування ВПО. Київ, 2023. URL: https:.www.ukma.edu.ua/research/mental-health-vpo.

26. Офіс ООН з питань координації гуманітарної допомоги (OCHA). Звіт про ситуацію в Україні. Жовтень 2023. URL: https:.reliefweb.int

27. Роджерс К. Погляд на психотерапію. Становлення людини / пер. з англ. Київ : Либідь, 1994. 240 с.

28. Тягло Л. В. Війна і психологічна ідентичність: виклики для ВПО. *Гуманітарний вісник*. 2022. № 7. С. 45–52.

29. Тягло Л. В. Психосоціальна допомога як інструмент підтримки ВПО. *Соціальна робота і сучасність*. 2022. № 2. С. 89–97.

30. Тягло Л. Війна і деформація ідентичності: соціально-психологічний аналіз . Психологічний журнал. 2022. № 3. С. 27–34.

31. Тягло Л. Соціальна ідентичність і психологічна адаптація ВПО. Соціальна психологія. 2022. № 2. С. 38–47.

32. Шевлін М., Хайленд П., Карацяс Т. Психічне здоров'я внутрішньо переміщених осіб: виклики війни. *Український журнал психічного здоров'я*. 2022. № 4. С. 55–68.

33. Юрценюк О. А., Сумарюк Н. В. Соціально-психологічні наслідки переміщення внаслідок війни: результати опитування ВПО. *Психологічні перспективи*. 2023. № 42. С. 12–21.

34. Юрценюк С., Сумарюк О. Психологічний стан ВПО в Україні: результати моніторингу. *Збірник наукових праць ІСПП НАПН України*. 2023. № 1. С. 12–25.

35. Юрценюк С., Сумарюк О. Психологічні наслідки соціальної ізоляції ВПО в Україні . Науковий вісник Інституту соціальної та політичної психології НАПН України. 2023.– Вип. 4 (27). С. 98–108.

36. Bessel van der Kolk. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma. New York: Penguin Books, 2015. 464 p.

37. Engel G. L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science. 1977. Vol. 196(4286). P. 129–136.

38. Evans G. W., Wells N. M., Moch A. Housing and mental health: a review of the evidence and a methodological and conceptual critique . Journal of Social Issues.

2003. Vol. 59, № 3. P. 475–500.

39. Evans G. W., Wells N. M., Moch A. Overcrowding and the mental health of children. *Environmental Behavior*. 2003. Vol. 35(3). P. 315–336.

40. Hino M., Hayashi K., Yuda T. Mental health and resilience of internally displaced people in Ukraine: a survey in Ternopil. International Journal of Disaster Risk Reduction. 2023. Vol. 91. 103737.

41. Hino M., Ivanova O., Tkachenko L. Mental health needs of Ukrainian IDPs in western regions: evidence from a multisite cross-sectional survey . The Lancet Regional Health – Europe. – 2023. – Vol. 28. – Article 100578.

42. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. *Psychosocial Support in Emergencies*. Geneva, 2019. URL: https:.pscentre.org

43. International Organization for Migration (IOM). Ukraine Internal Displacement Report, General Population Survey, Round 13. December 2022. URL: https:.dtm.iom.int/reports/ukraine-internal-displacement-report-general-population-survey-round-13-december-2022.

44. Kirmayer L. Cultural psychiatry and the biopsychosocial model. Transcultural Psychiatry. 2017. Vol. 54(4). P. 587–594.

45. Kirmayer L. J. Cultural competence and evidence-based practice in mental health: epistemic communities and the politics of pluralism. *Social Science & Medicine*. 2017. Vol. 172. P. 215–224.

46. Kirmayer L. J. Cultural psychiatry in historical perspective . Cultural Psychiatry: International Perspectives. – Cambridge : Cambridge University Press, 2017. P. 3–26.

47. Kravchenko I. Mental health status of internally displaced persons in Uman during the Russian-Ukrainian war: empirical evidence and social interventions . Ukrainian Journal of Social and Behavioral Sciences.2023. Vol. 9, № 1. P. 54–65.

48. Lazarus R. S. Stress and emotion: A new synthesis. New York : Springer, 1999. 256 p.

49. Lorant V., Deliege D., Eaton W., Robert A., Philippot P., Ansseau M. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis . American Journal of Epidemiology. 2003. Vol. 157, № 2. – P. 98–112.

50. McGorry P. D. Early intervention and youth mental health: the need for a paradigm shift. World Psychiatry. 2018. Vol. 17(3). P. 233–235.

51. Mizuki Hino, Yasuto Kunii, B. Gerashchenko, Y. Hamaie, S. Egawa, Shinichi Kuriyama, O. O. Shevchuk, M. Korda, Olena P. Venher, H. Tomita On the Mental Health Needs Under the Russian Invasion in Ternopil, Ukraine: A Preliminary Report on the Provision of Mental Health Service https:.www.semanticscholar.org/paper/On-the-Mental-Health-Needs-Under-the-Russian-in-A-Hino-Kunii/3d20d5b75b64c9f47d0d65c6b462c35f9eee6271

52. Porter M., Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. JAMA. 2005. Vol. 294(5). P. 602–612.

53. Roberts B, Makhashvili N, Javakhishvili J, Karachevskyy A, Kharchenko N, Shpiker M, Richardson E. Mental health care utilisation among internally displaced persons in Ukraine: results from a nation-wide survey. Epidemiol Psychiatr Sci. 2019 Feb;28(1):100-111. doi: 10.1017/S2045796017000385

54. Rodak L. Re-defining mental health through a socio-ecological lens. European Journal of Mental Health. 2020. Vol. 15(2). P. 97–109.

55. Rodak M. Psychosocial determinants of mental health: a holistic approach . International Journal of Psychology. – 2020. – Vol. 55, № 3. – P. 222–235.

56. Rogers C. A Way of Being. Boston: Houghton Mifflin, 1980. 395 p.

57. Seligman M. E. P. Helplessness: On Depression, Development, and Death. – San Francisco : W. H. Freeman, 1975. – 212 p.

58. Shevlin M., Hyland P., Karatzias T. et al. Symptoms of posttraumatic stress disorder and complex PTSD in internally displaced persons in Ukraine. Journal of Traumatic Stress. 2022. Vol. 35(1). P. 46–58.

59. Shevlin M., Hyland P., Karatzias T. Examining the psychological impact of forced displacement in Ukraine: prevalence and predictors of PTSD, depression, and

somatic symptoms . Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. – 2022. – Vol. 14, № 5. – P. 891–900.

60. Shevlin M., Hyland P., Karatzias T. The psychological impact of internal displacement in Ukraine: prevalence of PTSD and depression. *Journal of Traumatic Stress*. 2022. Vol. 35(5). P. 910–923. DOI: https:.doi.org/10.1002/jts.22894.

61. Silove D., Ventevogel P., Rees S. The contemporary refugee crisis: an overview of mental health challenges. World Psychiatry. 2017. Vol. 16(2). P. 130–139.

62. Steel Z. et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis. International Journal of Epidemiology. 2009. Vol. 38(4). P. 1234–1243.

63. Steel Z., Chey T., Silove D., Marnane C., Bryant R. A., van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis . JAMA. 2009. Vol. 302, № 5. P. 537–549.

64. UNHCR Ukraine. Displacement Trends & Mental Health. 2023. URL: https:.www.unhcr.org/ua

65. UNICEF. Психосоціальна підтримка дітей та підлітків в Україні. Аналітичний звіт. 2023. URL: https:.unicef.org/ukraine

66. Van der Kolk B. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma. New York : Penguin, 2015. 443 p.

ДОДАТОК А

Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)

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.

Госпітальна шкала тривоги і депресії: опис

Шкала складена з 14 тверджень, які обслуговують дві підшкали:

- підшкала A – «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 І ДЕПРЕСІЇ (HADS): бланк опитувальника

Госпітальна шкала тривоги і депресії: клінічна значимість

Шкала HADS відноситься до суб'єктивних методик і призначена для скринінгового виявлення тривоги і депресії у пацієнтів стаціонару. Госпітальна шкала тривоги і депресії стала популярною, в основному, за рахунок того, що вона відрізняється простотою застосування і обробки (заповнення опитувальника не вимагає тривалого часу і не викликає ускладнень у пацієнта).

Лаконічність і простота HADS дозволяє рекомендувати її до використання у загальномедичній практиці для первинного виявлення проявів тривоги і депресії у пацієнтів (скринінгу).

Рекомендації щодо застосування шкали. Для детальнішої діагностики та відстеження динаміки стану пацієнта рекомендується використовувати чутливіші методики, такі як «Шкала депресії Гамільтона», «Шкала

Монтгомері – Асберга для оцінки депресії», «Опитувальник депресії Бека» і т.д.

FB MESSENGER

1. Я перебуваю у стані напруги або у «заведеному» стані
- Більшу частину часу
- Значну частину часу
- Час від часу, від випадку до випадку
- Ніколи

2. Я відчуваю себе загальмованим (-ою) і роблю все повільно
- Майже весь час
- Дуже часто
- Іноді
- Абсолютно ні

3. У мене присутнє відчуття переляку, подібне до «метеликів у животі» (внутрішнє тремтіння)
- Абсолютно немає
- Від випадку до випадку
- Досить часто
- Дуже часто

4. Я можу отримувати задоволення від того ж самого, як і раніше
- Безумовно, в такому самому обсязі
- Так, але не настільки, як і раніше
- Лише трохи
- Лише трохи ні

5. У мене є якесь страшне відчуття, неначе станеться щось жахливе
- Так, є дуже виразне погане передчуття
- Так, але це відчуття не настільки важке
- Трохи, однак це не турбує мене
- Абсолютно немає

6. Я втратив(-ла) цікавість до своєї зовнішності (і не стежу за нею)
- Абсолютно так
- Стежу за собою не наскільки потрібно
- Дещо менше, ніж раніше
- Стежу за собою, як і раніше

7. Я відчуваю неспокій і непосидючість, ніби мені весь час потрібно рухатися
- Дійсно, дуже сильно
- Вельми значно
- Не дуже сильно

- Абсолютно немає

8. Я здатен(-а) сміятися і сприймати смішне
- Такою ж мірою, як і завжди
- Тепер вже не такою мірою
- Безумовно вже не настільки
- Не можу абсолютно

9. У моїй голові крутяться неспокійні думки
- Переважну частину часу
- Значну частину часу
- Час від часу, але не дуже часто
- Лише зрідка

10. Я дивлюся в майбутнє, очікуючи, що можу отримувати радість і задоволення (від роботи, захоплень тощо)
- Такою ж мірою, як і завжди
- Трохи менше, ніж зазвичай
- Набагато менше, ніж зазвичай
- Абсолютно ні

11. Мене охоплює раптове відчуття паніки
- Дійсно, дуже часто
- У цілому часто
- Нечасто
- Абсолютно ні

12. Я почуваюся бадьоро
- Абсолютно ніколи
- Нечасто
- Іноді
- Більшу частину часу

13. Я можу просто сидіти і почуватися розслабленим(-ою)
- Абсолютно так
- Зазвичай так
- Нечасто
- Не можу абсолютно

14. Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо- або телепрограми
- Часто
- Скоріше часто
- Іноді
- Дуже рідко

ДОДАТОК Б

Шкала сприйнятого стресу (PSS)

Головна

(див. також Шкала психологічного дистресу Кесслера (K10))

Шкала сприйнятого стресу (Perceived Stress Scale, PSS) є класичним інструментом оцінки сприйняття стресу, вона допомагає зрозуміти, як різноманітні життєві ситуації впливають на почуття та сприйняття стресу, а також, наскільки непередбачуваним, неконтрольованим і надмірним сприймається життя респондентом.

Запитання шкали стосуються почуттів і думок респондента протягом останнього місяця.

Текст

Як часто протягом останнього місяця Ви...

1. Засмучувалися через щось несподіване?

- (•) Ніколи
- ( ) Рідко
- ( ) Іноді
- ( ) Часто
- ( ) Дуже часто

2. Відчували, що не можете контролювати важливі речі у своєму житті?

- ( ) Ніколи
- ( ) Рідко
- ( ) Іноді
- ( ) Часто
- ( ) Дуже часто

3. Відчували нервозність і «стрес»?

- ( ) Ніколи
- ( ) Рідко
- ( ) Іноді
- ( ) Часто
- ( ) Дуже часто

4. Відчували впевненість у своїй здатності впоратися зі своїми особистими проблемами?

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Дуже часто

5. Відчували, що справи йдуть саме так, як вам хотілося?

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Дуже часто

6. Виявляли, що не можете впоратися з усіма справами, які вам доводилося робити?

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Дуже часто

7. Вдало контролювали почуття роздратування?

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Дуже часто

8. Відчували, що контролюєте ситуацію?

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Дуже часто

9. Гнівалися через речі, які були поза вашим контролем?

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Дуже часто

10. Відчували, що труднощі накопичуються настільки, що ви не можете їх подолати?

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Дуже часто

PSS-10 показав хорошу паралельну валідність. Він позитивно корелює з показниками тривоги і депресії у дорослих і студентів (Lee, 2012), а також у підлітків (наприклад, Liu та ін., 2020; Sood та ін., 2013). Власне тому, у системі START ми використовуємо саме фінальну версію PSS із 10 пунктів. У іншому дослідженні Taylor J. M. у 2015 році виявив, що 2-факторна модель найкраще описує PSS-10: 1. Сприйняття безпорадності 2. Брак самоефективності Норми були визначені для загального балу (за віком) для вибірки з 2 000 респондентів на рівні громади в США (Cohen & Janicki-Deverts, 2012): < 25 років (середнє значення = 16,78, SD = 6,86) 25-34 роки (середнє значення = 17,46, SD = 7,31) 4/6 35-44 роки (середнє значення = 16,38, SD = 7,07) 45-54 роки (середнє значення = 16,94, SD = 7,83) 55-64 роки (середнє значення = 14,50, SD = 7,20) > 64 років (середнє значення = 11,09, SD = 6,77) Формат проведення Адміністрування PSS здійснюється за допомогою системи START, платформи онлайн-оцінювання UA-TEST. Це опитувальник для самозвіту, який може бути заповнений респондентом онлайн, або зачитаний йому особисто чи по телефону. Його можна заповнити приблизно за 3-5 хвилин. Важливо, щоб респондент самостійно відповідав на питання PSS. Респонденти можуть виконати оцінку вдома перед зустріччю з психологом або лікарем, на початку зустрічі, або після закінчення зустрічі. В опитувальнику PSS респондентам пропонується оцінити як часто вони відчували певного роду переживання,

пов’язані зі стресом протягом останнього місяця. При цьому використовуються такі оцінки як «Ніколи», «Майже ніколи», «Іноді», «Досить часто», «Дуже часто». Опитувальник складається з 10 питань.

При багаторазовому проведенні опитування на початку, в середині та наприкінці терапії відповіді можуть бути використані для відстеження прогресу. Інтерпретація результатів Опис вираженості сприйнятого стресу представлений на основі сирих балів: Отримані бали: Рівень сприйнятого стресу Опис: 0 – 13 Низький Слабо сприйнятий стрес 14 – 26 Помірний Помірно сприйнятий стрес 27 – 40 Високий Сильно сприйнятий стрес Індивідуальні бали за PSS можуть варіюватися від 0 до 40, причому вищі бали вказують на вищий рівень стресу. Для додатково аналізу спеціаліст може використовувати не лише загальний бал PSS. У матриці відповідей можна проаналізувати найвищі бали (3 та 4) 5/6 окремих пунктів. У 2015 році дослідник John M. Taylor виявив двохфакторну модель опитувальника PSS, а отже, додатково можна проаналізувати ці підшкали: • Сприйняття безпорадності (питання 1, 2, 3, 6, 9, 10) – вимірює відчуття відсутності контролю над обставинами, власними емоціями та реакціями. • Брак самоефективності (питання 4, 5, 7, 8) – вимірює сприйняття людиною своєї нездатності впоратися з проблемами. У своєму дослідженні John M. Taylor підкреслює, що багатовимірність PSS може ускладнити інтерпретацію результатів, якщо стрес насправді сприймається як одновимірний і глобальний конструкт. Власне тому ці фактори найкраще розглядати окремо, як додатковий якісний аналіз відповідей респондента.

Існує значний зв'язок між самоефективністю, сприйняттям стресу та психологічним благополуччям. Висока самоефективність була пов'язана з підвищеним психологічним благополуччям (Cheung & Sun, 2000; Endler, Kocovski & Macrodimitris, 2001; Schiaffino & Revenson, 1992; Shelly & Pakenham, 2004). Вищий рівень психологічного стресу, виміряний за допомогою PSS, асоціюється з підвищеними маркерами біологічного старіння, вищим рівнем кортизолу, а також пригніченою імунною функцією, більшим

вивільненням прозапальних цитокінів, спричинених інфекцією, більшою сприйнятливістю до інфекційних захворювань, повільнішим загоєнням ран і вищим рівнем простат-специфічного антигену (Cohen & Janicki-Deverts, 2012). Люди з вищими показниками PSS також повідомляють про гірші практики здоров'я, наприклад, менше сплять, пропускають сніданок і вживають більшу кількість алкоголю (Cohen &Williamson, 1988). Шкала сприйняття стресу є цікавою і важливою, оскільки сприйняття респондента того, що відбувається у його житті, є найбільш важливим (наприклад, для планування певних інтервенцій чи відслідковування динаміки психотерапії). До прикладу: в теорії, дві людини можуть мати абсолютно однакові події та переживання у своєму житті за останній місяць. Проте залежно від їхнього сприйняття, загальний бал PSS може віднести одну з цих осіб до категорії низького рівня стресу (слабо сприйнятий стрес), а другу - до категорії високого рівня стресу (сильно сприйнятого стресу). Це власне про їх особистісне сприйняття і це може бути корисним для дослідження.

ДОДАТОК В

Шкала симптомного чек-листа SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised)

Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики {Simptom Check List-90-Revised - SCL-90-R)

ІНСТРУКЦІЯ

Нижче наведений перелік проблем і скарг іноді виникають у людей. Будь ласка, чі * цію кожен пункт уважно. Обведіть кружком номер того відповіді, який наиболе (точно описує ступінь Вашого дискомфорту або стривоженості у зв'язку з тією чи іної проблемою Протягом останнього тижня, ВКХІ-чаю сьогодні. Обведіть тільки один з номерів І кожному пункті (так, щоб цифра всередині гуртка була видна), не пропускаючи жодного пункту. Якщо Ви захочете змінити свою відповідь зітріть гумкою Вашу першу позначку. Перш ніж почати, прочитайте нижченаведений приклад, і, якщо у Вас виникнуть питання, а-дайте їх інструкторові.

ПРИКЛАД:

Наскільки сильно вас турбували:			зовсім немає	трохи	помірно	сильно	дуже сильно
0	Головні болі	0	0	1	2	3	4

Наскільки сильно вас турбували:			зовсім немає	трохи	помірно	сильно	дуже сильно
1	Головні болі	1	0	1	2	3	4
2	Нервозність або внутрішнє тремтіння	2	0	1	2	3	4
3	Повторювані неприємні невідчепна думки	3	0	1	2	3	4
4	Слабкість або запаморочення	4	0	1	2	3	4
5	Втрата сексуального потягу або задоволення	5	0	1	2	3	4
6	Почуття невдоволення іншими	6	0	1	2	3	4

7	Відчуття, що хтось інший може управляти вашими думками	7	0	1	2	3	4
8	Відчуття, що майже у всіх ваших неприємностях винні інші	8	0	1	2	3	4
9	Проблеми з пам'яттю	9	0	1	2	3	4
10	Ваша недбалість або неохайність	10	0	1	2	3	4
11	Легко виникає досада або роздратування	11	0	1	2	3	4
12	Болі в серці або грудній клітці	12	0	1	2	3	4
13	Почуття страху у відкритих місцях або на вулиці	13	0	1	2	3	4
14	Занепад сил або загальмованість	14	0	1	2	3	4
15	Думки про те, щоб покінчити з собою	15	0	1	2	3	4

Наскільки сильно вас турбували:			зовсім немає	трохи	помірно	сильно	дуже сильно
16	Те, що ви чуєте голоси, яких не чують інші	16	0	1	2	3	4
17	Тремтіння	17	0	1	2	3	4
18	Почуття, що більшості людей не можна довіряти	18	0	1	2	3	4
19	Поганий апетит	19	0	1	2	3	4
20	Сльозливість	20	0	1	2	3	4
21	Сором'язливість або скутість у спілкуванні з особами іншої статі	21	0	1	2	3	4

22	Відчуття, що ви в пастці або спіймані	22	0	1	2	3	4
23	Несподіваний і безпричинний страх	23	0	1	2	3	4
24	Спалахи гніву, які ви не змогли стримати	24	0	1	2	3	4
25	Боязнь вийти з дому одному	25	0	1	2	3	4
26	Почуття, що ви самі багато в чому винні	26	0	1	2	3	4
27	Болі в попереку	27	0	1	2	3	4
28	Відчуття, що щось вам заважає зробити що - або	28	0	1	2	3	4
29	Почуття самотності	29	0	1	2	3	4
30	Пригнічений настрій, «хандра»	30	0	1	2	3	4
31	Надмірне занепокоєння з різних приводів	31	0	1	2	3	4
32	Відсутність інтересу до чого б то не було	32	0	1	2	3	4
33	Почуття страху	33	0	1	2	3	4
34	Те , що ваші почуття легко зачепити	34	0	1	2	3	4
35	Відчуття, що інші проникають у ваші думки	35	0	1	2	3	4
36	Відчуття, що інші не розуміють вас або не співчувають вам	36	0	1	2	. 3	4
37	Відчуття, що люди недружелюбні або ви їм не подобаєтесь	37	0	1	2	3	4

38	Необхідність робити все дуже повільно, щоб не допустити помилки	38	0	1	2	3	4
39	Сильне або прискорене серцебиття	39	0	1	2	3	4
40	Нудота або розлад шлунка	40	0	1	2	3	4
41	Відчуття, що ви гірші за інших	41	0	1	2	3	4
42	Болі в м'язах	42	0	1	2	3	4
43	Відчуття, що інші спостерігають за вами або говорять про вас	43	0	1	2	3	4
44	Те, що вам важко заснути	44	0	1	2	3	4
45	Потреба перевіряти і перевіряти те, що ви робите	45	0	1	2	3	4
46	Труднощі в ухваленні рішення	46	0	1	2	3	4

Наскільки сильно вас турбували:			зовсім немає	трохи	помірно	сильно	дуже сильно
47	Боязнь їзди в автобусах , метро або поїздах	47	0	1	2	3	4
48	Утруднене дихання	48	0	1	2	3	4
49	Напади спека або ознобу	49	0	1	2	3	4
50	Необхідність уникати деяких місць або дій, так як вони вас лякають	50	0	1	2	3	4
51	Те, що ви легко втрачаєте думка	51	0	1	2	3	4
52	Оніміння або поколювання в різних частинах тіла	52	0	1	2	3	4

53	Комок в горлі	53	0	1	2	3	4
54	Відчуття, що майбутнє безнадійно	54	0	1	2	3	4
55	Те, що вам важко зосередитися	55	0	1	2	3	4
56	Відчуття слабкості в різних частинах тіла	56	0	1	2	3	4
57	Відчуття напруженості або напруженості	57	0	1	2	3	4
58	Важкість в кінцівках	58	0	1	2	3	4
59	Думки про смерть	59	0	1	2	3	4
60	Переїдання	60	0	1	2	3	4
61	Відчуття незручності, коли люди спостерігають за вами або говорять про вас	61	0	1	2	3	4
62	Те, що у вас в голові чужі думки	62	0	1	2	3	4
63	Імпульси заподіювати тілесні ушкодження або шкоду кому-небудь	63	0	1	.2	3	4
64	Безсоння вранці	64	0	1	2	3	4
65	Потреба повторювати дії: торкатися, митися, перераховувати і т. п.	65	0	1	2	o '| J	4
66	Неспокійний і тривожний сон	66	0	1	2	. 3	4
67	Імпульси ламати чи трощити небудь	67	0	1	2	3	4
68	Наявність у вас ідей чи вірувань, які не поділяють інші	68	0	1	2	3	4

69	Надмірна сором'язливість при спілкуванні з іншими	69	0	1	2	3	4
70	Почуття ніяковості в людних місцях (магазинах , кінотеатрах)	70	0	1	2	3	4
71	Почуття, що все, що б ви не робили, вимагає великих зусиль	71	0	1	2	3	4
72	Напади жаху або паніки	72	0	1	2	3	4
73	Почуття ніяковості, коли ви їсте або п'єте на людях	73	0	1	2	3	4
74	Те, що ви часто вступаєте в суперечку	74	0	1	2	3	4
75	Нервозність, коли ви залишалися одні	75	0	1	2	3	4
76	Те, що інші недооцінюють ваші досягнення	76	0	1	2	3	4
Наскільки сильно вас турбували:			зовсім немає	трохи	помірно	сильно	дуже сильно
77	Почуття самотності, навіть коли ви з іншими людьми	77	0	1	2	3	4
78	Таке сильне занепокоєння, що Ви не могли всидіти на місці	78	0	1	2	3	4
79	Відчуття власної нікчемності	79	0	1	2	3	4
80	Відчуття, що з вами станеться щось погане	80	0	1	2	3	4
81	Те, що ви кричите і жбурляти речами	81	0	1	2	3	4
82	Боязнь, що ви впадете в обморок на людях	82	0	1	2	3	4

83	Відчуття, що люди зловжити вашою довірою, якщо ви їм дозволите	83	0	1	2	3	4
84	нервувало вас сексуальні думки	84	0	1	2	3	4
85	Думка, що ви повинні бути покарані за ваші гріхи	85	0	1	2	3	4
86	Кошмарні думки або бачення	86	0	1	2	3	4
87	Думки про те, що з вашим тілом що -то не в порядку	87	0	1	2	О у	4
88	Те, що ви не відчуваєте близькості ні до кого	88	0	1	2	3	4
89	Почуття провини	89	0	1	2	3	4
90	Думки про те, що з вашим розумом діється щось недобре	90	0	1	2	3	4