

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УНІВЕРСИТЕТ МИТНОЇ СПРАВИ ТА ФІНАНСІВ

Факультет управління

Кафедра психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

За першим (бакалаврським) рівнем вищої освіти

**«ДІАГНОСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ У
ВИМУШЕНО ПЕРЕМІЩЕНИХ УКРАЇНЦІВ ПІД ЧАС ВІЙСЬКОВОГО
КОНФЛІКТУ»**

Спеціальність: 053 Психологія

Освітня програма: психологія

ВИКОНАВ:

студент групи ПС22-1

Данілін Нікіта Володимирович _____

КЕРІВНИК:

Д. психологічних наук, професор кафедри психології

Деркач Лідія Миколаївна _____

РЕЦЕНЗЕНТ:

Кандидатка педагогічних наук, доцент, декан факультету психології та спеціальної освіти; доцент кафедри педагогіки, дошкільної та спеціальної освіти.

Бондаренко Зоя Петрівна _____

ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ:

В.о. завідувача кафедри психології

Склянська Ольга Вадимівна _____

м. Дніпро

2026

АНОТАЦІЯ

Данілін Н. В. ДІАГНОСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ У ВИМУШЕНО ПЕРЕМІЩЕНИХ УКРАЇНЦІВ ПІД ЧАС ВІЙСЬКОВОГО КОНФЛІКТУ. – Рукопис.

Робота на здобуття освітнього ступеня бакалавр за спеціальністю 053 «Психологія». Університет митної справи та фінансів, Дніпро, 2025.

У дослідженні проведено аналіз українських та зарубіжних наукових джерел, присвячених феномену посттравматичного зростання. Використання комплексу психодіагностичних методик (PCL-5, HADS, MSPSS, ECR-R, AHS, PWB-18) дало змогу виявити рівень посттравматичної симптоматики, міжособистісні ресурси адаптації та внутрішні ресурси зростання у вимушено переміщених українців. Досліджено взаємозв'язки між клінічними показниками та ресурсними чинниками, проведено порівняльний аналіз внутрішньо переміщених і закордонних учасників.

У роботі розкрито роль соціальної підтримки, стилю прив'язаності та надії як ресурсів психологічної адаптації. Розроблено методичні рекомендації для психологів і психотерапевтів, що працюють із вимушено переміщеними особами, зокрема щодо діагностики стилю прив'язаності, активізації ресурсного потенціалу та підтримки осіб з тимчасово окупованих територій.

Ключові слова: посттравматичне зростання, вимушено переміщена особа, ПТСР, тривога, депресія, соціальна підтримка, стиль прив'язаності, надія, психологічне благополуччя, кореляційний аналіз, ресурси адаптації.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ АНАЛІЗУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ У ВИМУШЕНО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ПІД ЧАС РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ	
1.1. Визначення поняття «вимушено переміщені особи» та «посттравматичне зростання» за енциклопедичними та словниковими джерелами	9
1.2. Психологічні аспекти травматичного досвіду вимушених переселенців під час когнітивної війни в Україні	15
1.3. Психологічні закономірності та фактори негативного впливу на посттравматичне зростання	18
1.4. Стан розробленості діагностики посттравматичного зростання під час воєнного стану в країні: невирішені проблеми	22
Висновки до розділу 1	25
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ОПИСОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ УКРАЇНЦІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ	
2.1. Дизайн та процедура проведення дослідження	27
2.2. Використані методи дослідження та особливості їх застосування	29
2.3. Параметри вибірки та її характеристика	35
Висновки до розділу 2	40
РОЗДІЛ 3. ІНТЕРПРЕТАЦІЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ	
3.1. Аналіз отриманих даних та їх узагальнення	42
3.2. Рекомендації для психологів і психотерапевтів, які працюють із вимушеними переселенцями під час війни	52
Висновки до розділу 3	56
ВИСНОВКИ	58
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	61
ДОДАТКИ	68

ВСТУП

Повномасштабне російське вторгнення в Україну, розпочате 24 лютого 2022 року, спричинило одну з найбільших гуманітарних криз сучасності. За даними УВКБ ООН, станом на кінець 2022 року понад 5,7 мільйона українців виїхали за кордон, а ще 11,6 мільйона стали вимушено переміщеними особами (ВПО) всередині країни [40, 41]. Ці люди змушені переживати не лише фізичні втрати й соціальну дезадаптацію, але й глибокі психологічні наслідки травматичного досвіду. На думку *R. G. Tedeschi та L. G. Calhoun*, засновників концепції посттравматичного зростання, саме в умовах крайнього випробування особистість отримує потенціал для глибоких позитивних трансформацій [28, 29]. Водночас, як зазначається в наукових розвідках *А. Kurapov та співавторів* (2023), проведених на загальноукраїнській вибірці, рівні стресу, тривоги та симптомів ПТСР серед ВПО залишаються критично високими, що актуалізує необхідність вивчення захисних психологічних механізмів, зокрема посттравматичного зростання (ПТЗ) [39].

Ступінь дослідження проблеми. Питання посттравматичного зростання постає в наукових працях зарубіжних і вітчизняних дослідників у різних контекстах. Зокрема, наукові здобутки *G. Sultani et al.* (2024) у систематичному огляді 47 досліджень окреслюють напрямки аналізу ПТЗ серед біженців різних культур, підкреслюючи роль соціальної підтримки, проблемно-орієнтованого копінгу та релігійності як ключових фасилітаторів зростання [33]. У контексті аналізу українського феномену оригінально це питання постає в праці *А. Maftai та I. M. Butnariu* (2024), які вперше дослідили ПТЗ серед молодих українських біженців у Румунії та встановили, що надія повністю медіює зв'язок між резильєнтністю та зростанням [34]. Серед українських фахівців дослідженням ПТЗ займалися *Г. П. Лазос* (2016), *О. А. Шелюг* (2014), *Н. Харитонов* (2023). Проте систематичний аналіз ПТЗ у вимушено переміщених українців в умовах повномасштабної війни 2022–

2025 рр. залишається недостатньо дослідженим і потребує подальшого наукового вивчення.

Актуальність теми зумовлена масштабами гуманітарної катастрофи в Україні та нагальною потребою у розробці науково обґрунтованих програм психологічної реабілітації. Згідно з дослідженнями *T. Karatzias et al.* (2023), серед батьків — ВПО в Україні виявлено критично високі рівні ПТСР та комплексного ПТСР [43]. Водночас наукові дослідження *Z. Ersahin* (2022) та *Şimşir Gökalp i Haktanir* (2022) переконливо засвідчують, що навіть в умовах найважчих травм частина осіб демонструє позитивні психологічні зміни [46, 49]. Розуміння факторів, що сприяють ПТЗ у ВПО, є критично важливим для фахівців у галузі психології, соціальної роботи та гуманітарної допомоги.

Теоретико-методологічну основу дослідження становлять: гуманістичний підхід (Р. Мей, В. Франкл) та екзистенційна психологія (І. Ялом); концепції позитивної психології (М. Селігман); когнітивна модель психологічної травми (Р. Янофф-Бульман); функціонально-дескриптивна модель посттравматичного зростання (L. G. Calhoun, R. G. Tedeschi, 1999, 2004) [18, 28]; системний та комплексний підходи до аналізу психологічного розвитку особистості (Б. Ананьєв, Г. Балл, Г. Костюк, Б. Ломов, С. Максименко); а також сучасна концепція когнітивних трансформацій особистості в умовах когнітивно-інформаційної війни (С. Максименко, Л. Деркач, 2022, 2023) [9, 45].

Метою дослідження є діагностика рівня посттравматичного зростання у вимушено переміщених українців під час військового конфлікту та виявлення психологічних факторів, що його обумовлюють.

Для досягнення поставленої мети визначено такі **завдання**:

1. Дослідити теоретичні засади посттравматичного зростання у вимушено переміщених осіб під час військового конфлікту, з урахуванням сучасного стану наукової розробленості проблеми.

2. Розробити та обґрунтувати методологію описового дослідження ПТЗ серед вимушено переміщених українців під час війни.
3. Провести емпіричне дослідження, проаналізувати отримані дані та узагальнити результати.
4. Розробити методичні рекомендації для психологів і психотерапевтів, які працюють із вимушено переміщеними особами.

Об'єктом дослідження є вимушено переміщені українці, які пережили військовий конфлікт та були змушені залишити постійне місце проживання після 24.02.2022 р.

Предметом дослідження є рівень та специфіка посттравматичного зростання у вимушено переміщених осіб, а також психологічні фактори, що його детермінують.

У дослідженні використано такі **методи**: теоретичний аналіз наукової літератури, метод анкетування, психодіагностичний метод. Зокрема застосовувалися: Опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5, Weathers et al., 2013) [30]; Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS, Zigmond, Snaith, 1983); Багатовимірна шкала сприйняття соціальної підтримки (MSPSS, Zimet et al., 1988); Опитувальник переживання близьких стосунків — переглянутий (ECR-R, Fraley et al., 2000); Шкала надії дорослої людини (AHS, Snyder et al., 1991); Шкала психологічного благополуччя К. Рифф (PWB-18, Ryff & Keyes, 1995).

Гіпотеза дослідження: сприйнята соціальна підтримка, надійний стиль прив'язаності, високий рівень надії та психологічного благополуччя виступають внутрішніми та зовнішніми ресурсами адаптації, які знижують вираженість клінічної симптоматики у вимушено переміщених осіб і створюють передумови для посттравматичного зростання.

Теоретичне значення роботи полягає у систематизації та актуалізації знань про посттравматичне зростання з урахуванням сучасних наукових здобутків (2022–2025 рр.); у виявленні специфіки ПТЗ в умовах повномасштабної війни та масових переселень; у розширенні теоретичної бази для розуміння психологічних трансформацій ВПО в українському контексті.

Практичне значення роботи полягає у можливості застосування отриманих результатів для розробки програм психологічної підтримки та реабілітації вимушено переміщених осіб. Розроблені рекомендації можуть бути використані фахівцями у сфері психології, соціальної роботи, а також психологічними службами закладів освіти та організацій гуманітарної допомоги.

Апробація роботи. Основні положення та результати дослідження обговорювалися на засіданнях кафедри психології Університету митної справи та фінансів.

Структура даної роботи складається зі вступу, трьох основних розділів, висновків, списку використаних джерел (56) та додатків (7). Загальний обсяг – 75 сторінок, основного тексту – 55 сторінок, містить 8 таблиць та 9 рисунків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ АНАЛІЗУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ У ВИМУШЕНО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ПІД ЧАС РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ

1.1. Визначення поняття «вимушено переміщені особи» та «посттравматичне зростання» за енциклопедичними та словниковими джерелами

Розуміння феномену посттравматичного зростання у вимушено переміщених осіб потребує насамперед чіткого визначення базових понять та огляду ключових теоретичних підходів. Саме термінологічна точність дозволяє коректно окреслити предметне поле дослідження та співвіднести здобутки вітчизняної й зарубіжної наукової думки.

Розкриття психологічної сутності теми передбачає передусім термінологічне розмежування ключових понять. Відповідно до «Енциклопедії сучасної України», вимушено переміщені особи — це громадяни, які були змушені залишити місця постійного проживання внаслідок збройного конфлікту, окупації, систематичних порушень прав людини або надзвичайних ситуацій природного чи техногенного характеру, перемістившись у межах країни або за її кордон. Міжнародна організація з міграції (МОМ) диференціює цю категорію на внутрішньо переміщених осіб (ВПО) — тих, хто залишився в межах державних кордонів, — та біженців, які перетнули державний кордон [3]. Для українського контексту після 24 лютого 2022 року ця термінологічна диференціація має принципове значення, оскільки обидві категорії демонструють специфічні психологічні паттерни адаптації [15, 41].

У «Словнику-довіднику з психології» поняття посттравматичного зростання тлумачиться як позитивні психологічні зміни, що виникають у людини внаслідок боротьби з високостресовими або травматичними подіями. Це визначення принципово відрізняється від поняття «резильєнтності» —

здатності швидко відновлювати психічний стан до дотравматичного рівня. Якщо резильєнтність забезпечує повернення до попереднього рівня функціонування, то посттравматичне зростання передбачає якісну трансформацію особистості — вихід на новий рівень психологічної зрілості [6, 12, 29]. Саме ця відмінність є ключовою для розуміння феномену ПТЗ у контексті вимушеної міграції: переселенці, які пережили травматичний досвід, не просто адаптуються, а переосмислюють власну ідентичність, систему цінностей і життєвих пріоритетів.

У вітчизняних психологічних дослідженнях проблематика посттравматичного зростання у вимушено переміщених осіб активно розроблялася протягом 2022–2026 років. Г. П. Лазос [6] одна з перших в українській психологічній науці здійснила систематизацію теоретичних моделей ПТЗ і визначила нові перспективи їх практичного застосування в умовах кризової психологічної допомоги. Дослідниця наголошує, що для українського наукового середовища характерний інтегрований підхід, який поєднує здобутки гуманістичної, екзистенційної та когнітивно-поведінкової традицій.

О. А. Шелюг [12] запропонувала розглядати ПТЗ як багатовимірний феномен, що охоплює біологічний, психологічний і соціокультурний рівні особистісних трансформацій. За її концепцією, біологічний рівень пов'язаний із нейрофізіологічними механізмами адаптації до стресу, психологічний — з когнітивно-емоційним переосмисленням травматичного досвіду, соціокультурний — із переглядом ролей і цінностей у межах нової соціальної ситуації. Такий багатовимірний підхід дозволяє побачити ПТЗ як цілісний феномен, що розгортається одночасно на кількох рівнях функціонування особистості.

Н. Харитонova (2023) [11] присвятила свою увагу специфіці посттравматичного зростання серед ветеранів російсько-української війни, що становить важливе доповнення до наявних даних щодо вимушено

переміщених осіб. Хоча ветерани та ВПО перебувають у різних соціальних контекстах, механізми їхнього посттравматичного зростання багато в чому подібні: обидві категорії проходять через переоцінку базисних переконань, зміну системи цінностей, поглиблення міжособистісних зв'язків.

Важливий внесок у розвиток української психотравматології здійснив П. Лушін [7], який розглянув співвідношення ПТСР та ПТЗ у діалектичній перспективі. Автор переконливо обґрунтовує тезу, що посттравматичний стрес і посттравматичне зростання не є взаємовиключними станами — вони можуть співіснувати в межах однієї особистості, утворюючи складну динамічну систему психологічного реагування на травму.

Концепція когнітивно-інформаційної гібридної війни, розроблена С. Д. Максименком та Л. М. Деркач [9, 10, 45], дозволяє по-новому осмислити специфіку травматичного досвіду українських ВПО. На відміну від класичних моделей воєнної травми, українські дослідники наголошують на ролі когнітивно-інформаційного впливу, який спричиняє не лише безпосередню травматизацію, але й порушення когнітивних схем на рівні цілих соціальних груп. Праці О. Є. Близової [1] розкривають соціально-психологічні аспекти адаптації вимушених мігрантів, зокрема процес акультурації та його вплив на формування нової ідентичності. Колективна монографія «Внутрішньо переміщені особи: від подолання перешкод до стратегії успіху» [3] систематизує практичні підходи до супроводу ВПО в Україні.

У зарубіжних дослідженнях концепція посттравматичного зростання була оригінально розроблена Р. Тедескі та Л. Калхуном у 1996 році, коли ці автори вперше запропонували термін «posttraumatic growth» та розробили однойменний інструмент вимірювання — Опитувальник посттравматичного зростання (PTGI) [29]. Функціонально-дескриптивна модель Тедескі та Калхуна [28] описує п'ять основних доменів особистісних трансформацій після травми: зміни у самосприйнятті, поглиблення міжособистісних

стосунків, відкриття нових можливостей, зростання особистісної сили та зміни у філософії життя й духовному розвитку.

Значним внеском у теорію ПТЗ стали праці С. Джозефа [22, 23], який розробив особистісно-центровану модель, що ґрунтується на концепції трансформації Я-концепції через позитивну акомодацию травматичного досвіду. За його підходом, обробка нової інформації після травматичної події може відбуватися через асиміляцію (коли новий досвід вбудовується у наявні когнітивні схеми) або через акомодацию (коли самі схеми зазнають глибокої перебудови). Саме акомодацийний шлях створює психологічні передумови для ПТЗ.

Біопсихосоціально-еволюційна модель М. Крістофера [19] розглядає реакцію на травму як еволюційно закладений механізм метаучіння. Автор виокремлює три рівні: стрес як початкову форму біопсихологічного зворотного зв'язку; ПТЗ як природний позитивний вихід із травматичного досвіду; раціональність як один із найновіших механізмів подолання стресу.

Психолого-філософська концепція Р. Пападопулоса [26] акцентує увагу на подвійності самого терміна «травма», який може означати як закарбовування події в свідомості, так і «стирання» попередніх переконань та цінностей. Відповідно, класифікація наслідків травми за Пападопулосом включає три групи: негативні (психічні розлади, ПТСР), нейтральні (резильєнтність) та позитивні (ПТЗ).

Т. Цьольнер і А. Меркер [31] запропонували двокомпонентну модель ПТЗ, що розрізняє справжнє зростання та ілюзорне. Адаптивний компонент відображає реальні позитивні зміни, тоді як захисний виступає когнітивною стратегією мінімізації болю. Це розрізнення має ключове значення для клінічної практики.

Систематичний огляд Г. Султані та колег [33] на матеріалі 47 досліджень серед біженців різних культур підтвердив, що проблемно-

орієнтований копінг, позитивна реінтерпретація, релігійність і соціальна підтримка є ключовими фасилітаторами ПТЗ. А. Мафтей та І. Бутнаріу [34] вперше дослідили ПТЗ серед молодих українських біженців у Румунії та встановили, що надія повністю медіює зв'язок між резильєнтністю та зростанням. А. фон Аркосі та співавтори [35] провели систематичний огляд і метааналіз досліджень серед біженців і ВПО, показавши, що якість соціальних зв'язків є одним із найсильніших предикторів ПТЗ. Л. Стасєлович [36] у скопінг-огляді 43 досліджень продемонструвала поширеність ПТЗ серед переміщених осіб. С. М. Хірад і співавтори [37] застосували методологію обґрунтованої теорії для опису специфіки ПТЗ біженців. Дослідження З. Ершахін [49] серед сирійських біженців у Туреччині встановило роль релігійних копінг-стратегій, а З. Шімшир Гьокалп і А. Хактанір [46] у метасинтезі якісних досліджень виокремили про-соціальну поведінку, духовний розвиток і переосмислення ідентичності як центральні теми ПТЗ у біженців. Окремі дослідження [48] серед сирійських жінок-біженок підтверджують важливу медіативну роль соціальної підтримки та посттравматичного зростання у захисті психічного здоров'я жертв конфлікту.

Порівняльний аналіз вітчизняних та зарубіжних підходів до основних теоретичних моделей посттравматичного зростання дозволяє виокремити як спільні риси, так і важливі відмінності. Спільним для обох традицій є визнання того, що ПТЗ є результатом активної когнітивної та емоційної роботи з травматичним досвідом, а не його автоматичним наслідком. Обидві традиції визнають п'ятивимірну структуру ПТЗ, запропоновану Тедескі й Калхуном [28, 29], та погоджуються з положенням про необхідність достатньої інтенсивності травматичного впливу для запуску процесу переосмислення.

Водночас між вітчизняним і зарубіжним підходами існують принципові відмінності. По-перше, українські дослідники значно більшу увагу приділяють колективним аспектам травматизації та зростання —

розглядають ПТЗ не лише як індивідуальний, але й як соціально-груповий феномен, що особливо актуально в умовах війни [8, 9, 45]. Зарубіжні автори переважно зосереджуються на індивідуальних механізмах. По-друге, українська наукова традиція акцентує увагу на феномені когнітивно-інформаційної війни як специфічному чиннику травматизації, що не має прямих аналогів у зарубіжних роботах [10, 45]. По-третє, вітчизняні дослідники активно інтегрують екзистенційно-смысловий підхід (В. Франкл, І. Ялом) у теорію ПТЗ, тоді як у зарубіжних дослідженнях домінує когнітивно-поведінкова парадигма. По-четверте, зарубіжні дослідження традиційно мають сильнішу емпіричну базу з використанням масштабних вибірок і стандартизованих інструментів, тоді як українські праці частіше ґрунтуються на якісних методах і теоретичному аналізі.

Класифікація наслідків травматичних подій, запропонована Р. Пападопулосом у зіставленні з поглядами українського дослідника С. Г. Сукіасяна [42], дає змогу інтегрувати зарубіжний та вітчизняний підходи (табл. 1.1). Такий синтез двох традицій відкриває можливості для формування інтегрованої моделі ПТЗ, адекватної українському контексту.

Таблиця 1.1

Негативні групи наслідків травми (за R. K. Papadopoulos)

Наслідки	Опис
1. Звичайні людські страждання (ЗЛС)	Страждання є частиною життя і не завжди спричиняє патологічний стан. Не завжди доцільно застосовувати фармакологію та патологізувати проблему людини.
2. Травматичні психологічні реакції (ТПР)	Афект, що не завжди потребує уваги спеціалістів. Звичайна людська стійкість здатна подолати цей тип афекту.
3. Психіатричні розлади (ПР)	Найпоширенішим типом є ПТСР. Потребує професійного втручання лікарів-психіатрів і

	психотерапевтів.
--	------------------

Джерело: розроблено автором на основі [26, 42]

1.2. Психологічні аспекти травматичного досвіду вимушених переселенців під час когнітивної війни в Україні

Психологічна сутність травматичного досвіду вимушених переселенців в Україні може бути розкрита лише з урахуванням специфіки сучасної когнітивно-інформаційної війни, розгорнутої Російською Федерацією проти України. На відміну від класичних воєнних конфліктів, сучасна гібридна війна спрямована не лише на фізичне ураження, але й на систематичне порушення когнітивних схем, смислових структур та базисних переконань цілих суспільств [9, 10, 45].

Психотравму слід розглядати одночасно як стан і як подію або ситуацію, що її спричиняє. Як стан, психотравма — це переживання дисбалансу між загрозливими чинниками та особистісними ресурсами подолання. Цей стан супроводжується відчуттям безпорадності, інтенсивним страхом, втратою контролю, когнітивними порушеннями та дисрегуляцією емоцій. На фізіологічному рівні змінюється мозкова діяльність: порушується міжпівкульна передача сигналів, змінюється біохімічний баланс, страждають зони мозку, відповідальні за контроль агресії та регуляцію циклу сну [1].

Як подія, психотравма — це значущий життєвий момент із негативним емоційним впливом на психіку. Згідно з класифікацією Д. Бріера та К. Скота [2], травматичні події поділяються на монотравму (одинична подія), мультитравму (одночасний вплив кількох травматичних подій), повторювану травму (систематичне насильство або військові дії) та політравму (комбінована травма з порушенням життєво важливих функцій). Для українських ВПО характерним є саме мультитравматичний та повторюваний характер досвіду: обстріли, окупація, втрата близьких, вимушена зміна місця

проживання, руйнування побуту — усе це накладається одне на одне, створюючи складну травматичну картину.

С. Г. Сукіасян [42] виокремлює три основні типи життєвих ситуацій за їхнім впливом на психічне здоров'я: комфортні, повсякденні проблемні та важкі (екстремальні, надзвичайні). Важкі ситуації створюють значні психологічні навантаження через небезпеку, невизначеність, фізичне й інтелектуальне перенапруження. Залежно від наявності ресурсів саморегуляції, ці ситуації можуть призвести до швидкого виснаження або, навпаки, стимулювати зростання. Порівняльну характеристику надзвичайних та екстремальних ситуацій подано у таблиці 1.2.

Таблиця 1.2

Порівняльна характеристика надзвичайних та екстремальних ситуацій

Критерій	Надзвичайні ситуації	Екстремальні ситуації
Поняття	Масштабні небезпечні ситуації, що загрожують тяжкими наслідками: людські жертви, шкода здоров'ю, значні матеріальні втрати	Сукупність незвичайних умов, що ускладнюють або унеможливають життєдіяльність індивідів чи соціальних груп, вимагають напруження всіх сил людини
Джерело травмування	Аварії, небезпечні природні явища, техногенні катастрофи	Людина чи суспільство
Наслідки	Об'єднання громади	Втрата довіри до людей
Тип психотравми	Колективна	Індивідуальна

Джерело: розроблено автором на основі [40, 41]

Особливістю ситуації в Україні з 2022 року є колективний характер травматизації. Психотравми, що виникають у надзвичайних умовах і зачіпають великі групи людей, визначаються як колективні травми. У 2022

році українське суспільство зазнало повторюваної колективної травми, спричиненої повномасштабним вторгненням Росії, геноцидом, знищенням критичної інфраструктури та насильницьким переселенням мільйонів людей. За даними Д. Рицці та співавторів [41], уже в перші місяці після початку вторгнення близько 10 мільйонів українців були переміщені внутрішньо або за кордон.

Специфіку травматичного досвіду українців посилює когнітивно-інформаційна складова війни. За концепцією С. Максименка та Л. Деркач [45], сучасна гібридна війна передбачає систематичний вплив на інформаційний простір, спрямований на руйнування усталених смислових структур, поширення дезінформації, провокування когнітивного дисонансу. Вимушено переміщені особи перебувають у центрі цього інформаційного тиску: вони одночасно переживають реальні травматичні події та піддаються інтенсивному інформаційному впливу через новини, соціальні мережі, особисті контакти з близькими, які залишилися в зоні ризику.

Серед вимушених переселенців значна частина людей переживає втрату близьких унаслідок воєнних дій. Згідно з дослідженням Р. Джонсона та співавторів [40], серед ВПО прямий вплив травматичних подій конфлікту відзначали 65% опитаних, порівняно з 23% серед міського населення, яке не переміщалося. Окрім особистої трагедії, ВПО стикаються з комплексом втрат: соціальними (робота, освіта, статус), психічними та фізичними, духовними (втрата сенсу життя), матеріальними та психологічними (емоційне виснаження, тривога, депресія) [5].

Більшість дослідників наголошують на подвійній травматизації переселенців. Перша травма виникає внаслідок безпосередньої участі або свідчення травматичних подій, що спричинили переселення. Друга — пов'язана з необхідністю адаптуватися до нового середовища. За даними С. Г. Сукіасяна [42], перший період проживання в новому середовищі може мати сильніший травматичний вплив, ніж самі події, що змусили людину

переселитися. Наукові розвідки А. Курапова та співавторів [39] на загальноукраїнській вибірці через 9–12 місяців після початку повномасштабного вторгнення зафіксували серед ВПО 47% осіб з ознаками ПТСР та 65% — з помірним і вище рівнем стресу.

На мікрорівні травматичний досвід переселенців охоплює кілька ключових вимірів. Когнітивний вимір передбачає порушення базисних переконань — у безпечності світу, передбачуваності життя, власному контролі над подіями. Емоційний вимір характеризується тривалим переживанням страху, тривоги, провини, гніву, безпорадності. Поведінковий вимір включає зміни харчових звичок, порушення сну, уникання нагадувань про травматичний досвід, труднощі з плануванням майбутнього. Соціальний вимір охоплює руйнування усталених зв'язків, конфлікти в родині, труднощі формування нових соціальних мереж у приймаючому середовищі.

На макрорівні травматичний досвід українських ВПО безпосередньо пов'язаний зі станом здоров'я нації в умовах війни [8]. Масштабні переміщення населення, хронічний стрес, обмежений доступ до медичної та психологічної допомоги створюють комплексний виклик для системи охорони психічного здоров'я. Зокрема, дослідження W. Ху та співавторів [44] показали, що вже у перші місяці повномасштабного вторгнення в Україні фіксувалися критично високі рівні тривожних і депресивних симптомів, а також формувалися типові для воєнного часу копінг-стратегії. Т. Каратзіас та колеги [43] у дослідженні серед батьків-ВПО в Україні встановили критично високі рівні ПТСР та комплексного ПТСР, що свідчить про глибину психологічної кризи в цій категорії переселенців.

1.3. Психологічні закономірності та фактори негативного впливу на посттравматичне зростання

Посттравматичне зростання не є автоматичним наслідком травматичного досвіду — воно формується за певних умов і може

гальмуватися низкою чинників. Розуміння цих закономірностей та факторів негативного впливу є критично важливим для ефективного супроводу вимушено переміщених осіб.

Серед фундаментальних закономірностей ПТЗ науковці виокремлюють криволінійний характер його зв'язку з інтенсивністю травматичного впливу. Згідно з метааналізом В. С. Хелгесон та співавторів [21] на основі 87 досліджень, надмірна інтенсивність травми може блокувати когнітивну переробку досвіду та перешкоджати зростанню, тоді як помірна інтенсивність, навпаки, запускає процеси переосмислення. П. Лінлі та С. Джозеф [25] в огляді 39 досліджень підтвердили, що ключовими фасилітаторами ПТЗ є когнітивна оцінка контрольованості ситуації, фокусування на проблемі, позитивна реінтерпретація, оптимізм, релігійність і когнітивне опрацювання травматичних спогадів.

Серед особистісних факторів, що мають негативний вплив на формування ПТЗ, особливу роль відіграє переважання стратегій уникання. Коли людина систематично уникає думок, емоцій чи ситуацій, пов'язаних із травмою, це перешкоджає когнітивному опрацюванню досвіду та унеможлиблює його інтеграцію в життєву історію. Натомість конструктивна рефлексивна румінація — свідоме обдумування пережитого — сприяє зростанню. За дослідженнями М. Брукса та співавторів [17], саме розрізнення рефлексивної та нав'язливої румінації є ключовим для прогнозування напрямку посттравматичних змін.

Другим значущим фактором негативного впливу є низький рівень диспозиційного оптимізму та переважання зовнішнього локусу контролю. Особи, які сприймають себе як пасивних об'єктів обставин, а не активних суб'єктів власного життя, мають суттєво нижчі шанси на розвиток ПТЗ. Натомість оптимізм та внутрішній локус контролю створюють психологічні передумови для сприйняття травматичного досвіду як виклику, а не як безнадійної ситуації [25, 52].

Третім критичним фактором є якість соціальної підтримки. А. фон Аркосі та співавтори [35] у систематичному огляді та метааналізі досліджень серед біженців і ВПО продемонстрували, що недостатня або неякісна соціальна підтримка є одним із найсильніших негативних предикторів ПТЗ. Для вимушено переміщених українців це має особливе значення: переселення часто супроводжується руйнуванням усталених соціальних мереж, а формування нових зв'язків у приймаючому середовищі натрапляє на культурні, мовні та правові бар'єри.

Значний негативний вплив на ПТЗ має переживання вторинної травматизації в приймаючому середовищі. За даними Н. Цибуляк та співавторів [15], соціальна ізоляція внутрішньо переміщених осіб в Україні під час воєнного часу є системною проблемою, що підсилюється стигматизацією, економічними труднощами, відсутністю стабільного житла та доступу до психологічної допомоги. Вторинна травматизація блокує процеси відновлення й посттравматичного зростання, переводячи людину в стан хронічного стресу. Важливо розрізняти психологічне відновлення (recovery), опір (resistance) і реконфігурацію (reconfiguration) як три принципово різні траєкторії реагування на травму [24].

Наявність коморбідних психічних розладів — депресії, генералізованого тривожного розладу, комплексного ПТСР — є ще одним суттєвим фактором негативного впливу. Дослідження Т. Каратзіаса та співавторів [43] серед батьків-ВПО в Україні показали, що частота комплексного ПТСР у цій категорії є критично високою. За таких умов формування ПТЗ утруднюється, оскільки психічні ресурси особистості витрачаються на підтримання мінімальної функціональності, а не на переосмислення досвіду. Натомість, як показали дослідження С. Дікель [20], позитивна динаміка симптоматики ПТСР корелює з кращою гормональною адаптацією до стресу та вищими показниками ПТЗ.

Окремим фактором негативного впливу є хронічна невизначеність життєвої ситуації. Відсутність стабільного місця проживання, невизначеність щодо можливості повернення додому, нестабільність правового статусу створюють стан перманентного психологічного напруження. Як зазначає С. О. Лукомська у спільному виданні з В. Л. Зливковим та О. В. Федан [5], психодіагностика особистості в кризових ситуаціях повинна враховувати цей фактор як системну передумову багатьох негативних психологічних наслідків.

Важливе значення має також специфічний український контекст когнітивно-інформаційної війни. Систематичний вплив дезінформації, маніпулятивні наративи, тиск інформаційного простору можуть гальмувати формування ПТЗ, оскільки унеможливлюють стабілізацію когнітивних схем і формування цілісного наративу пережитого досвіду [9, 45]. Дж. Герман [4] у класичній праці про психологічну травму підкреслювала, що інтеграція травматичного досвіду можлива лише за умови наявності безпечного соціального простору для його проговорювання та осмислення — а саме цього простору часто бракує в умовах триваючої війни.

Нарешті, вікові та гендерні особливості формують специфічні профілі ризику. Літні переселенці переживають травму найважче через втрату не лише матеріальних ресурсів, але й звичного життєвого простору та системи соціальних зв'язків [15, 42]. Чоловіки, які за даними систематичних оглядів демонструють нижчі рівні ПТЗ порівняно з жінками, часто використовують деструктивні стратегії копіngu — зокрема, зловживання психоактивними речовинами, уникнення емоційної рефлексії, агресивну поведінку [33]. Ці особливості необхідно враховувати при розробці диференційованих програм психологічного супроводу. Як показують дослідження К. Беллізі та Т. Бланка [53], ПТЗ має багатокомпонентну структуру, в якій різні домени (міжособистісні стосунки, духовність, особистісна сила) можуть розвиватися

нерівномірно — людина може демонструвати значне зростання в одній сфері при мінімальних змінах в іншій.

Важливо зазначити, що між ПТСР та ПТЗ може існувати складна діалектична взаємодія. Дослідження С. Р. Брюїна та співавторів [50], спрямоване на метааналіз факторів ризику ПТСР, свідчить про те, що негативні наслідки травматичних подій можуть співіснувати з позитивними трансформаційними змінами. Таким чином, виявлення негативних симптомів не виключає формування посттравматичного зростання — вони можуть розгортатися паралельно у межах однієї особистості.

1.4. Стан розробленості діагностики посттравматичного зростання під час воєнного стану в країні: невирішені проблеми

Стан розробленості діагностики посттравматичного зростання в умовах воєнного стану в Україні залишається важливою проблемою, що потребує системного осмислення. Попри наявність валідизованих зарубіжних інструментів і перших українських розробок, існує низка невирішених питань, що суттєво обмежують можливості ефективної психодіагностичної роботи.

На сьогодні базовим інструментом діагностики ПТЗ залишається Опитувальник посттравматичного зростання (Posttraumatic Growth Inventory, PTGI), розроблений Р. Тедескі та Л. Калхуном у 1996 році [29]. Методика складається з 21 твердження, розподілених за п'ятьма шкалами: ставлення до інших, нові можливості, сила особистості, духовні зміни та підвищення цінності життя. Досліджувані оцінюють кожне твердження за шестибальною шкалою, що відображає рівень змін у житті внаслідок травматичного досвіду [47].

Для комплексної оцінки ПТЗ у вимушено переміщених осіб недостатньо застосовувати лише PTGI — необхідним є поєднання кількох методик. Контрольний перелік життєвих подій (Life Events Checklist for

DSM-5, IEC-5) Ф. Везерса та співавторів [30] дозволяє ідентифікувати спектр травматичних подій. Методика визначення рівня стресостійкості Т. Холмса і Р. Прає (SRRS) оцінює загальне стресове навантаження. Шкала задоволеності життям Е. Дінера та співавторів (SWLS) [32] вимірює когнітивний компонент суб'єктивного благополуччя. Опитувальник сенсу життя М. Стегера (MLQ) [27, 51] оцінює усвідомлення та пошук сенсу. Лише комплексне застосування стандартизованих інструментів дозволяє отримати цілісну картину психологічного стану ВПО.

Попри наявність зазначених методик, діагностика ПТЗ в українському воєнному контексті стикається з низкою невирішених проблем.

Перша проблема — відсутність повноцінної україномовної адаптації та стандартизації PTGI для умов воєнного стану. Хоча переклади методики доступні, систематична психометрична валідизація на репрезентативних українських вибірках ще не завершена. Це створює ризик некоректної інтерпретації результатів, особливо в тих випадках, коли культурний контекст суттєво впливає на розуміння окремих тверджень (зокрема, пов'язаних із духовністю та релігійністю).

Друга проблема — недостатня розробленість диференційованих діагностичних процедур для різних категорій ВПО. Внутрішньо переміщені особи, які залишилися в межах країни, і біженці, які виїхали за кордон, перебувають у суттєво різних соціальних контекстах. Так само різняться адаптаційні траєкторії молодих дорослих, осіб середнього віку, літніх переселенців, ветеранів, сімей із дітьми. Універсальні діагностичні протоколи не враховують цих відмінностей, що знижує точність психологічного оцінювання.

Третя проблема — складність диференціації справжнього й ілюзорного ПТЗ [31]. Наявні методики не дозволяють з достатньою чіткістю розрізнити адаптивне зростання, що спирається на реальні особистісні зміни, та захисне

конструювання позитивного наративу, що виконує функцію мінімізації психологічного болю. Ця диференціація потребує розробки додаткових діагностичних інструментів, зокрема проєктивних методик та якісних інтерв'ю.

Четверта проблема — обмеженість можливостей лонгітюдного дослідження в умовах триваючої війни. Оскільки ПТЗ формується протягом тривалого часу (18–24 місяці й більше після травматичної події) [20], для його адекватної діагностики необхідні повторні виміри. Проте в умовах триваючого конфлікту та нестабільної ситуації з вибіркою забезпечення лонгітюдного дизайну є складним завданням. Як наслідок, більшість досліджень, зокрема те, що презентоване в цій роботі, спираються на перехресні дані, які дають лише «знімок» стану ВПО в конкретний момент часу.

П'ята проблема — необхідність урахування впливу триваючого воєнного стану на саму процедуру діагностики. У звичайних умовах ПТЗ вимірюється після завершення травматичної події. Проте для українських ВПО травматичний досвід фактично триває: військові дії продовжуються, ризик нових ракетних ударів зберігається, соціально-економічна ситуація нестабільна. Це створює унікальну ситуацію, коли діагностика ПТЗ здійснюється в умовах хронічної травматизації, що потребує спеціальних методологічних підходів [38].

Шоста проблема — брак інструментів для оцінки групових і колективних аспектів ПТЗ. Наявні методики зорієнтовані переважно на індивідуальні трансформації, однак в українському контексті ПТЗ часто розгортається у формі колективного переосмислення національної ідентичності, цінностей, майбутнього. Як зазначають С. Максименко та Л. Деркач [9, 10], концепція посттравматичного зростання в умовах когнітивно-інформаційної війни має охоплювати не лише індивідуальний, але й соціально-груповий рівні.

Сьома проблема — інтеграція діагностики ПТЗ у практику психологічної допомоги. Навіть за наявності валідних інструментів, результати психодіагностики не завжди ефективно використовуються в роботі з клієнтами. Часто діагностика й інтервенція залишаються розділеними процесами, тоді як оптимальним є модель, за якої результати діагностики безпосередньо інформують вибір психотерапевтичних технік та формат супроводу.

Перспективними напрямками подолання зазначених проблем є: розробка повноцінно адаптованих україномовних версій PTGI та суміжних методик; створення диференційованих діагностичних протоколів для різних категорій ВПО; організація лонгітюдних досліджень із використанням онлайн-платформ; інтеграція практик усвідомленості у діагностичні процедури [38]; розробка групових та колективних методик оцінки ПТЗ; формування системи безперервного моніторингу психологічного стану ВПО через партнерство з громадськими організаціями та волонтерами; впровадження цифрових технологій для масового скринінгу та самодіагностики. Реалізація цих напрямів створить науково обґрунтовану основу для ефективного психологічного супроводу вимушено переміщених українців в умовах триваючої війни та повоєнного відновлення.

Висновки до розділу 1

У першому розділі здійснено комплексний теоретико-методологічний аналіз феномену посттравматичного зростання у вимушено переміщених осіб під час військового конфлікту в Україні. Результати аналізу дозволяють сформулювати такі висновки.

По-перше, термінологічне розмежування понять «вимушено переміщені особи» та «посттравматичне зростання» є необхідною основою для подальшого емпіричного дослідження. Енциклопедичні та словникові джерела визначають ВПО як громадян, змушених залишити постійне місце

проживання внаслідок збройного конфлікту або надзвичайних ситуацій, а ПТЗ — як позитивні психологічні зміни, що виникають у результаті боротьби з високостресовими або травматичними подіями. Посттравматичне зростання принципово відрізняється від резильєнтності: якщо остання забезпечує повернення до дотравматичного рівня функціонування, то ПТЗ передбачає якісну трансформацію особистості.

По-друге, вітчизняні дослідження 2022–2026 років (праці Г. П. Лазос, О. А. Шелюг, Н. Харитоновой, П. Лушіна, С. Максименка, Л. Деркач) демонструють активний розвиток української наукової традиції в царині посттравматичного зростання. Українські дослідники приділяють значну увагу колективним аспектам травматизації, інтегрують екзистенційно-смысловий підхід і розробляють концепцію когнітивно-інформаційної війни як специфічного чинника травматичного досвіду.

По-третє, зарубіжна наукова традиція, започаткована працями Р. Тедескі та Л. Калхуна, пропонує низку теоретичних моделей ПТЗ — функціонально-дескриптивну, особистісно-центровану, біопсихосоціально-еволюційну, двокомпонентну. Спільним для вітчизняних і зарубіжних підходів є визнання ПТЗ результатом активної когнітивної роботи з травмою, а відмінним — акценти на індивідуальних (зарубіжна традиція) чи колективних (вітчизняна традиція) механізмах зростання.

По-четверте, психологічні аспекти травматичного досвіду вимушених переселенців в Україні характеризуються багаторівневим і мультитравматичним характером. Особливістю українського контексту є поєднання класичної воєнної травматизації з впливом когнітивно-інформаційної війни, що створює унікальну картину психологічних наслідків для ВПО.

По-п'яте, серед факторів негативного впливу на ПТЗ провідну роль відіграють: переважання стратегій уникання, низький рівень оптимізму,

зовнішній локус контролю, недостатня соціальна підтримка, вторинна травматизація, коморбідні психічні розлади, хронічна невизначеність, вплив дезінформації, вікові та гендерні особливості. Врахування цих факторів необхідне для розробки ефективних програм психологічного супроводу.

По-шосте, стан розробленості діагностики ПТЗ під час воєнного стану в Україні залишається проблематичним. Серед ключових невирішених проблем — відсутність повноцінної україномовної стандартизації PTGI, недостатня диференціація діагностичних процедур, складність розрізнення справжнього й ілюзорного зростання, обмеженість лонгітюдних досліджень, необхідність адаптації до умов хронічної травматизації, брак інструментів для оцінки колективних аспектів ПТЗ та низька інтеграція діагностики з психологічною практикою [14].

Теоретико-методологічні засади, окреслені в першому розділі, створюють підґрунтя для розробки дизайну емпіричного дослідження, яке представлено у другому розділі. Виявлені проблеми діагностики ПТЗ обґрунтовують обраний нами комплексний підхід — застосування комплексу психодіагностичних методик (PCL-5, HADS, MSPSS, ECR-R, AHS, PWB-18) для отримання багатовимірної психологічної характеристики вимушено переміщених українців в умовах триваючого військового конфлікту.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ УКРАЇНЦІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ

2.1. Дизайн та процедура проведення дослідження

З метою реалізації бакалаврського дослідження було проведено комплексний процес збору та аналізу емпіричних даних, який складався з кількох взаємопов'язаних етапів, кожен з яких був спрямований на вирішення конкретних завдань і формування основи для подальшого емпіричного аналізу. Загальна логіка побудови дослідження відповідає

змішаному (mixed-methods) описово-кореляційному дизайну, який поєднує кількісне вимірювання психологічних змінних за стандартизованими методиками з якісною інтерпретацією соціально-демографічних та біографічних відомостей про досвід вимушеного переміщення.

На підготовчому етапі було здійснено теоретичний аналіз наукових публікацій щодо феномену посттравматичного зростання, психологічних наслідків вимушеного переміщення та факторів, які можуть сприяти або перешкоджати позитивним психологічним трансформаціям після травми. Уточнено мету, об'єкт, предмет та завдання дослідження, сформульовано гіпотезу про взаємозв'язок між соціальною підтримкою, стилем прив'язаності, рівнем надії та психологічним благополуччям, з одного боку, та проявами посттравматичної симптоматики (ПТСР, тривоги, депресії) — з іншого боку. Робоча гіпотеза дослідження сформульована таким чином: сприйнята соціальна підтримка, надійний стиль прив'язаності, високий рівень надії та психологічного благополуччя виступають внутрішніми та зовнішніми ресурсами адаптації, які знижують вираженість клінічної симптоматики у вимушено переміщених осіб і створюють передумови для посттравматичного зростання.

На основі огляду наукової літератури обрано основні методи дослідження та визначено психодіагностичний інструментарій. Критеріями добору методик слугували:

- валідність та надійність — наявність підтверджених психометричних характеристик, у тому числі для україномовних адаптацій або їхніх аналогів;
- релевантність — відповідність методики предмету дослідження та специфіці вибірки вимушено переміщених осіб;
- доступність та компактність — можливість проведення в онлайн-форматі без надмірного навантаження на досліджуваного;

- сучасність — пріоритет надавався методикам, які активно використовуються у дослідженнях психологічних наслідків війни та переміщення на міжнародному рівні;
- відсутність надмірних соматичних пунктів — особливо важливо при роботі з людьми у складних життєвих обставинах, де фізіологічні симптоми можуть бути зумовлені реальними побутовими умовами, а не психопатологією.

На основному (емпіричному) етапі було сформовано вибірку дослідження та проведено психодіагностику. Опитування проводилось в онлайн-форматі з використанням Google Форм, що забезпечило: оперативність збору даних; широке географічне охоплення (учасники з різних областей України та з країн перебування біженців); анонімність досліджуваних і, як наслідок, зниження ефекту соціальної бажаності; стандартизованість умов проведення. Поширення посилання здійснювалося через соціальні мережі (Facebook, Telegram), у тематичних спільнотах вимушено переміщених осіб, а також через особисті контакти та сторінки громадських ініціатив, що працюють із ВПО та біженцями.

Перед початком опитування досліджувані отримували інформацію про мету дослідження, його анонімний характер та можливість у будь-який момент припинити участь. Заповнення анкети займало в середньому 30–40 хвилин. Окремо було передбачено інформацію про те, що окремі питання (зокрема ті, що стосуються травматичних подій, симптомів ПТСР та переживань, пов'язаних із втратами) можуть бути емоційно складними; досліджуваногом рекомендувалося звернутися по психологічну допомогу за потреби, а в анкеті наводилися контакти безкоштовних служб психологічної підтримки в Україні.

На завершальному (аналітичному) етапі здійснено кількісну та якісну обробку отриманих даних. Кількісний аналіз включав: розрахунок описових статистик (середні значення, стандартні відхилення, мінімум, максимум,

частотні розподіли); кореляційний аналіз з використанням коефіцієнта рангової кореляції Спірмена (ρ) як менш чутливого до відхилень від нормальності розподілу; порівняльний аналіз груп з використанням U-критерію Манна-Уїтні (як непараметричного аналога t-критерію Стюдента) для зіставлення показників досліджуваних, які виїхали за кордон, та досліджуваних, що залишилися в Україні. Якісний аналіз передбачав інтерпретацію отриманих даних у контексті теоретичних моделей посттравматичного зростання (R. G. Tedeschi, L. G. Calhoun) та з урахуванням специфіки переживання повномасштабної війни в Україні. Статистична обробка даних виконувалася у середовищі Python (бібліотеки SciPy, NumPy) із додатковою візуалізацією результатів засобами Matplotlib.

Етичні засади дослідження. Робота побудована на принципах добровільної інформованої згоди, анонімності, конфіденційності та права на припинення участі. Жодних персональних ідентифікаторів (ім'я, контактні дані, точна адреса проживання) не збиралося. Доступ до бази даних обмежено автором дослідження. Дані досліджуваних, які виявили виражену симптоматику ПТСР або депресії, не передаються третім сторонам — згідно з принципом анонімності їх психологічна допомога може бути забезпечена лише на загальному рекомендаційному рівні через інформаційні матеріали, надані в анкеті.

2.2. Використані методи дослідження та особливості їх застосування

Психодіагностика виконує ключову функцію у вивченні психологічних наслідків травматичного досвіду, надаючи об'єктивні дані для розуміння внутрішнього світу людини та обґрунтування подальших напрямів психологічної допомоги. У межах цього дослідження психодіагностичний комплекс було сформовано з огляду на сучасні підходи до вивчення посттравматичного зростання у вимушено переміщених осіб.

Дослідницька стратегія базується на припущенні, що посттравматичне зростання у ВПО не може бути зрозумілим у відриві від трьох взаємопов'язаних груп психологічних чинників: (а) клінічної симптоматики, що відображає глибину травматичних переживань (ПТСР, тривога, депресія); (б) міжособистісних ресурсів адаптації (сприйнята соціальна підтримка, стиль прив'язаності); (в) внутрішніх когнітивно-мотиваційних ресурсів зростання (надія, психологічне благополуччя). Відповідно, для діагностики цих груп було підібрано шість стандартизованих психодіагностичних методик, доповнених авторською демографічною анкетою.

Для збору соціально-демографічних даних та інформації, специфічної для вимушеного переміщення (регіон попереднього проживання, обставини виїзду, склад супутників, умови тимчасового перебування, плани щодо повернення, наявність втрат серед близьких, попередній досвід звернення по психологічну допомогу тощо), було розроблено авторську демографічну анкету (Додаток А). Анкета охоплювала індивідуальні характеристики досліджуваних (стать, вік, сімейний статус, кількість дітей, рівень освіти, працевлаштування, матеріальний стан) та ситуативні фактори переміщення, які за даними попередніх досліджень можуть впливати на психологічну адаптацію після травматичного досвіду. Структура анкети дозволяє виокремити підгрупи, важливі для подальшого порівняльного аналізу: за напрямом переміщення (внутрішньо переміщені особи vs ті, хто виїхав за кордон), за характером травматичного контексту (мешканці тимчасово окупованих територій vs підконтрольної території), за наявністю втрат у війні та інші.

«Опитувальник посттравматичного стресового розладу» (PCL-5, PTSD Checklist for DSM-5; F. W. Weathers та співавт., 2013) — стандартизована скринінгова методика для самозвітної оцінки симптомів ПТСР відповідно до критеріїв DSM-5 (Додаток Б). Опитувальник містить 20 пунктів, що оцінюються за 5-бальною шкалою Лайкерта (0 — «зовсім ні» до 4 — «дуже сильно»). Загальний бал коливається від 0 до 80; cut-off для попередньої

клінічної діагностики ПТСР становить 31–33 бали (у цьому дослідженні використовувався поріг 31 бал). Методика дозволяє оцінити вираженість симптомів за чотирма кластерами: інтрузивні переживання (В; пункти 1–5), уникнення (С; пункти 6–7), негативні зміни у когнітивно-емоційній сфері (D; пункти 8–14) та зміни у реактивності та збудженні (Е; пункти 15–20). PCL-5 є золотим стандартом у дослідженнях психологічних наслідків війни та широко використовується в українському науковому контексті (Т. Karatzias et al., 2023; А. Kurapov et al., 2023).

«Госпітальна шкала тривоги та депресії» (HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; А. S. Zigmond, R. P. Snaith, 1983) — короткий, високовалідний інструмент для скринінгу симптомів тривоги та депресії у непсихіатричних популяціях (Додаток В). Шкала містить 14 пунктів, що утворюють дві субшкали по 7 пунктів: тривога (HADS-A) та депресія (HADS-D). Кожен пункт оцінюється за 4-бальною шкалою (0–3). Інтерпретація: 0–7 балів — норма, 8–10 — субклінічний рівень, 11–21 — клінічно виражений рівень. Перевагою HADS у роботі з ВПО є її стислість, відсутність соматичних пунктів (що особливо важливо при обстеженні людей у складних життєвих обставинах, де соматичні симптоми можуть бути зумовлені побутовими, а не психопатологічними чинниками) та висока чутливість до помірних рівнів дистресу. На відміну від PCL-5, який фіксує специфічну посттравматичну симптоматику, HADS дає змогу оцінити загальний афективний фон — неспецифічну тривожно-депресивну реактивність, яка може супроводжувати посттравматичне переживання чи існувати незалежно від нього.

«Багатовимірна шкала сприйняття соціальної підтримки» (MSPSS, Multidimensional Scale of Perceived Social Support; G. D. Zimet та співавт., 1988) призначена для вимірювання суб'єктивної оцінки доступної соціальної підтримки (Додаток Г). Опитувальник містить 12 пунктів, що оцінюються за 7-бальною шкалою Лайкерта, та виокремлює три джерела підтримки: значуща особа (Significant Other), сім'я (Family) та друзі (Friends). За кожною

субшкалою розраховується середній бал (1,0–7,0), де значення 1,0–2,9 інтерпретуються як низький рівень сприйнятої підтримки, 3,0–5,0 — середній, 5,1–7,0 — високий. Принципово важливим є саме акцент на «сприйнятій» підтримці — не на її об'єктивній наявності, а на тому, наскільки досліджуваний відчуває її доступною. Це робить MSPSS особливо релевантним інструментом для вивчення ВПО, у яких об'єктивна структура соціальних зв'язків зазвичай зруйнована, але суб'єктивне відчуття підтримки може зберігатися або, навпаки, бути сильно деформованим.

«Опитувальник переживання близьких стосунків — переглянутий» (ECR-R, Experiences in Close Relationships – Revised; R. C. Fraley, N. G. Waller, K. A. Brennan, 2000) у скороченій 12-пунктній версії застосовувався для оцінки стилю прив'язаності у дорослих (Додаток Д). Методика виокремлює два ортогональні виміри: тривожну прив'язаність (страх відторгнення, прагнення до злиття) та унікальну прив'язаність (дискомфорт від близькості, прагнення до незалежності). Кожен пункт оцінюється за 7-бальною шкалою. Поєднання двох вимірів дозволяє визначити чотири типи прив'язаності: надійний (низькі показники за обома вимірами), тривожно-стурбований (висока тривожна, низька унікальна), відсторонено-унікальний (висока унікальна, низька тривожна) та тривожно-унікальний або дезорганізований (високі показники за обома вимірами). Стиль прив'язаності розглядається як важливий внутрішній чинник, який опосередковує здатність людини використовувати наявну соціальну підтримку та переробляти травматичний досвід — надійно прив'язані особи здатні просити по допомогу та приймати її, тоді як дезорганізовані можуть навіть за наявності підтримки залишатися ізольованими.

«Шкала надії дорослої людини» (AHS, Adult Hope Scale; C. R. Snyder та співавт., 1991) використовується для оцінки надії як когнітивно-мотиваційного конструкту (Додаток Е). Опитувальник містить 12 пунктів (8 робочих та 4 маскувальні), що оцінюються за 8-бальною шкалою. Методика дозволяє виокремити два компоненти надії: «шляхи» (pathways thinking —

здатність бачити шляхи досягнення цілі) та «дію» (agency thinking — мотиваційна впевненість у своїх силах). Загальний бал коливається від 8 до 64. У теорії Снайдера надія розглядається не як емоційний оптимізм, а як когнітивна здатність генерувати реалістичні шляхи до цілі та підтримувати мотиваційну енергію для їх реалізації. Такий конструкт є особливо ресурсним для людей, що пережили травматичну подію: він не вимагає заперечення реальності, а навпаки, спирається на її прийняття та активне планування. Надія за Снайдером підтверджена як один із ключових предикторів адаптації після травматичних подій, у тому числі у дослідженнях українських біженців у Європі (А. Maftai, I. M. Butnariu, 2024).

«Шкала психологічного благополуччя К. Рифф» (Ryff Psychological Well-Being Scale, PWB-18; C. D. Ryff, C. L. M. Keyes, 1995) у короткій 18-пунктній версії застосовувалась для оцінки еудемонічного благополуччя за шістьма вимірами (Додаток Ж): автономія, управління середовищем, особистісне зростання, позитивні стосунки з іншими, мета у житті, самоприйняття. Кожен пункт оцінюється за 6-бальною шкалою. Особливість PWB полягає у тому, що вона вимірює не просто задоволеність життям (гедонічний компонент), а активне реалізування людиною свого потенціалу — здатність формулювати цілі, керувати обставинами, зростати як особистість попри труднощі. Це робить PWB концептуально найближчим інструментом до власне посттравматичного зростання: тоді як концепт ПТЗ за Тедескі та Калгуном описує психологічну трансформацію після травми як таку, PWB вимірює окремі виміри тієї конфігурації благополуччя, в напрямку якої така трансформація розгортається.

Комплексне застосування зазначених методик дозволяє отримати багатовимірну психологічну характеристику вимушено переміщених українців та простежити взаємозв'язки між клінічною симптоматикою, ресурсами соціальної підтримки та внутрішніми ресурсами особистісного зростання. Така архітектура інструментарію забезпечує не лише фіксацію

психопатологічних проявів, а й виявлення тих ресурсів, які потенційно сприяють адаптації та зростанню.

2.3. Параметри вибірки та її характеристика

Для проведення дослідження було сформовано вибірку сукупність з числа вимушено переміщених українців, які залишили постійне місце проживання внаслідок повномасштабного російського вторгнення 24 лютого 2022 року або пізніше. Критеріями включення до вибірки були: (1) український громадянин; (2) досвід вимушеного переміщення (внутрішнього або за кордон) після 24.02.2022; (3) повнолітній вік (18 років і старше); (4) добровільна згода на участь у дослідженні. Досліджувані, які не відповідали хоча б одному з цих критеріїв (зокрема, неповнолітні особи), були виключені з аналізу.

Опитування проводилось у період з квітня по травень 2026 року в онлайн-форматі з використанням платформи Google Forms. Посилання на анкету поширювалося через соціальні мережі (Facebook, Telegram), у спільнотах та групах вимушено переміщених осіб, через сторінки громадських організацій та волонтерських ініціатив, які працюють із ВПО та біженцями. Загалом у дослідженні валідно взяли участь 56 осіб, що відповідає мінімальній рекомендації для кореляційних досліджень середньої статистичної потужності ($n \geq 50$).

Серед учасників — **39 жінок (69,6 %)** та **17 чоловіків (30,4 %)**. Віковий діапазон становить від 16 до 44 років (середній вік $M = 21,6$ років; $SD = 4,7$). Переважання осіб віком 18–25 років зумовлене особливостями каналу поширення анкети (студентські та молодіжні спільноти), що, з одного боку, обмежує можливість екстраполяції результатів на загал ВПО, а з іншого — дозволяє детально дослідити психологічний стан тієї вікової когорти, яка пережила травматичні події у періоді активного формування особистісної ідентичності та життєвих перспектив. Розподіл досліджуваних за статтю і віком наведено в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Характеристика вибірки за статтю та віковими групами

Стать	18–25	26–40	41–55	56–70	70+	Всього
Жінки	35	3	1	0	0	39
Чоловіки	17	0	0	0	0	17
Разом	52	3	1	0	0	56

Джерело: розроблено автором на основі емпіричних даних.

За сімейним станом учасники розподілилися наступним чином: неодружені (незаміжні) — 42 особи (75,0 %), у цивільному шлюбі — 8 осіб (14,3 %), офіційно у шлюбі — 5 осіб (8,9 %), вдові/вдівці — 1 особа (1,8 %). Розлучених у вибірці не зафіксовано. Переважна неодруженість пов'язана з молодим віком більшості досліджуваних. Серед усіх 56 учасників лише троє вказали наявність дітей (двоє мають одну дитину, одна особа — двох дітей), що додатково підкреслює молодий профіль вибірки.

За рівнем освіти переважають особи з вищою освітою — 27 осіб (48,2 %), що, поряд з 16 досліджуваними з незакінченою вищою (28,6 %), формує освітньо однорідну сукупність переважно з університетським бекграундом (76,8 % сумарно). Професійно-технічну освіту мають 6 осіб (10,7 %), неповну середню — 7 осіб (12,5 %; це переважно неповнолітні віком 16–17 років, які натомість підпадають під вимогу повнолітнього віку — уточнення: у фінальну вибірку увійшли лише особи 18+ років, які станом на момент опитування не встигли завершити середню освіту з причин, пов'язаних з перериванням навчання внаслідок війни). Носіїв наукового ступеня у вибірці немає.

Працевлаштування досліджуваних демонструє типовий для ВПО профіль адаптивного дисбалансу: 36 осіб (64,3 %) працюють, але не за фахом, 12 осіб (21,4 %) працевлаштовані за здобутою спеціальністю, 6 осіб (10,7 %) перебувають у статусі здобувача освіти (навчаються), 2 особи (3,6

%) активно шукають роботу. Відсутність досліджуваних, які «не шукають роботу», підкреслює загальну активну адаптивну позицію вибірки. Водночас більше ніж половина опитаних змушені працювати поза межами своєї професії, що є важливим контекстом для інтерпретації подальших показників психологічного благополуччя — ситуація професійного дисбалансу типово знижує суб'єктивну оцінку життєвих досягнень.

Суб'єктивна оцінка матеріального стану розподілилася так: значно нижче середнього — 4 особи (7,1 %), нижче середнього — 12 осіб (21,4 %), середній рівень — 35 осіб (62,5 %), вище середнього — 4 особи (7,1 %), високий — 1 особа (1,8 %). Кумулятивно близько 29 % досліджуваних оцінюють свій матеріальний стан як нижчий за середній. Це є показником значного матеріального стресу у вибірці, але водночас і свідченням збереження принаймні базової економічної стабільності у більшості (понад дві третини).

Рис. 2.1. Соціально-демографічний портрет вибірки (n = 56)

Як видно з рис. 2.1, найхарактернішими рисами соціально-демографічного профілю вибірки є: (а) переважання жінок співвідношенням

приблизно 7 до 3, що відповідає загальній демографічній структурі українських ВПО та біженців у країнах прийому; (б) концентрація досліджуваних у молодому віковому діапазоні (18–25 років); (в) високий освітній рівень; (г) переважання середнього матеріального становища при значній частці тих, хто оцінює його як нижче за середнє. Ці характеристики формують специфічний контекст інтерпретації подальших психологічних показників: молода, переважно жіноча, освічена аудиторія з помірним матеріальним стресом.

Географічний розподіл досліджуваних за регіоном проживання до 24.02.2022 охоплює переважно південні, центральні та східні області України. Найбільш представлені **Дніпропетровська область (17 осіб; 30,4 %)**, **Одеська область (12 осіб; 21,4 %)** та **Запорізька область (12 осіб; 21,4 %)**. Значну частку складають мешканці **Донецької області (8 осіб; 14,3 %)**. Решта досліджуваних представляють Житомирську (3 особи), Миколаївську (2 особи), Херсонську, Черкаську області (по 1 особі). Загалом 28 досліджуваних (50 %) походять з регіонів, які зазнали прямого впливу бойових дій або були окуповані (тимчасово окуповані території Запорізької області — Мелітополь, Бердянськ; Донецька область — Маріуполь, Краматорськ, Добропілля; прифронтові території Херсонської області). Це принципово важливий контекстний параметр: значна частина вибірки складається з людей, чий досвід вимушеного переміщення поєднується з безпосереднім переживанням окупації, бойових дій, руйнування міст.

За напрямом переміщення розподіл такий: 19 осіб (33,9 %) перемістилися в межах своєї області, 25 осіб (44,6 %) виїхали до іншої області України, 12 осіб (21,4 %) виїхали за кордон. Сумарно **44 особи (78,6 %) залишилися в межах України** — як внутрішньо переміщені особи (ВПО), а **12 осіб (21,4 %) набули статусу біженців** за кордоном. Така структура дозволяє провести порівняльний аналіз психологічного стану цих двох підгруп, який буде представлений у Розділі 3. За кількістю змін місця тимчасового проживання: 20 осіб (35,7 %) не змінювали його жодного разу,

13 осіб (23,2 %) переїздили один раз, 19 осіб (33,9 %) — двічі або тричі, 4 особи (7,1 %) — більше трьох разів. Тобто майже 41 % досліджуваних зазнали кратного повторного переміщення, що додатково навантажує процес адаптації та формування соціального коріння на новому місці.

Період вимушеного виїзду розподілився нерівномірно: до повномасштабного вторгнення (2014–2021 рр.) виїхали 4 особи (7,1 %); у лютому-березні 2022 року — 8 осіб (14,3 %; перша «хвиля» переміщення); у квітні-серпні 2022 року — 10 осіб (17,9 %; найбільша когорта 2022 року); вересень-грудень 2022 — 1 особа; протягом 2023 року — 6 осіб (10,7 %); 2024 — 6 осіб; 2025 — 6 осіб; 2026 — 1 особа. Ще 14 досліджуваних (25 %) не змогли або не захотіли вказати точну дату виїзду (як правило, через те, що виїжджали поетапно або не пам'ятають точного періоду через надмірне емоційне навантаження). Така хронологічна гетерогенність є додатковим контекстним чинником: серед досліджуваних є і ті, для кого з моменту травматичної події минуло кілька років, і ті, хто переживає її гостру стадію.

Умови виїзду розподілилися наступним чином: 30 осіб (53,6 %) планували виїзд заздалегідь, 20 осіб (35,7 %) виїжджали терміново (у тому числі під обстрілами), 6 осіб (10,7 %) скористалися гуманітарними коридорами. Випадків організованої державної евакуації у вибірці не зафіксовано. Той факт, що понад третина досліджуваних покидали домівки в умовах безпосередньої загрози життю, відображає різний рівень травматичності самого моменту переміщення — від відносно контрольованого переїзду до евакуації під вогнем, що, безумовно, впливає на подальшу динаміку психологічної адаптації.

Поточні умови проживання у переважній більшості випадків стабілізувалися: 46 осіб (82,1 %) проживають у власному або орендованому житлі, що свідчить про загальну успішність побутової адаптації. Натомість 5 осіб (8,9 %) живуть у родичів, 4 особи (7,1 %) — у прихистку для переселенців, 1 особа — у знайомих. Деталі географічних та обставинних характеристик переміщення представлено на рис. 2.2.

Рис. 2.2. Географія та обставини вимушеного переміщення (n = 56)

Окремим важливим змістовним зрізом є зв'язок досліджуваних із подіями війни. Більшість опитаних — 44 особи (78,6 %) — мають близьких людей, які залишилися у зоні бойових дій або на тимчасово окупованих територіях. Ще більша частка — 48 осіб (85,7 %) — мають близьких, які беруть безпосередню участь у бойових діях у складі Збройних Сил України. Двадцять досліджуваних (35,7 %) втратили близьких внаслідок війни. Ці цифри принципово важливі: для жодного з опитаних війна не є фоновною подією — кожен має конкретних людей, через яких присутність війни щодня перетворюється на тривогу, очікування новин, переживання втрати. Стан довоєнного житла розподілився наступним чином: повністю не пошкоджене мають 28 осіб (50 %), повністю зруйноване — 8 осіб (14,3 %), суттєво пошкоджене — 3 особи (5,4 %), незначно пошкоджене — 4 особи (7,1 %), невідомо або на тимчасово окупованій території (де перевірка стану неможлива) — 13 осіб (23,2 %). Тобто майже половина досліджуваних або втратили житло, або не знають його стану — ситуація хронічної невизначеності, яка сама по собі є потужним стресовим чинником.

Плани щодо повернення на місце попереднього проживання розподілилися так: 28 осіб (50 %) не планують повертатися; 16 осіб (28,6 %) планують повернутися як тільки буде така можливість; 8 осіб (14,3 %) ще не визначились; 4 особи (7,1 %) планують повернутись, але не зараз. Половина вибірки приймає рішення про неповернення — це принципово важливий показник, який відображає глибину розриву зв'язку з попереднім місцем життя.

Звернення по психологічну допомогу: 8 осіб (14,3 %) продовжують отримувати психологічну допомогу, 7 осіб (12,5 %) звертались, але припинили, 9 осіб (16,1 %) поки не зверталися, але планують це зробити, 32 особи (57,1 %) не зверталися і не планують. Таким чином, понад половина вибірки залишається поза системою професійної психологічної підтримки, що формує важливий контекст для подальшої оцінки клінічної симптоматики: значна частка досліджуваних з імовірно клінічно вираженими симптомами ПТСР, тривоги або депресії може не отримувати необхідної допомоги. Окремою категорією є досліджувані, які звертались, але припинили (12,5 %): аналіз їхніх відповідей у відкритій частині анкети свідчить, що частина з них припинила терапію через переїзди, частина — через те, що «не побачили ефекту», а частина — через економічні обмеження. Інтегровану картину травматичного контексту та подальших планів досліджуваних представлено на рис. 2.3.

Рис. 2.3. Зв'язок з війною та подальші плани досліджуваних (n = 56)

Підгрупа досліджуваних, що виїхали за кордон

Окрему аналітичну увагу варто приділити підгрупі з 12 досліджуваних (21,4 %), які виїхали за кордон. Це переважно жінки молодого віку, які виїздили з південних та південно-східних регіонів України, передусім з Мелітополя, Дніпропетровщини та Запорізької області. У плані переміщення вони відрізняються від внутрішньо переміщених більш стабільними умовами поточного проживання (більшість живе у власному або орендованому житлі) та водночас більш складною траєкторією виїзду — значна частина зробила 2–3 переїзди до того, як стабілізуватися в країні прийому.

Принципово важливим аспектом, який буде детально розкритий у Розділі 3, є те, що психологічні показники цієї підгрупи статистично значущо відрізняються від показників досліджуваних, які залишилися в Україні. Загалом учасники, що виїхали за кордон, демонструють нижчий рівень посттравматичної симптоматики ($M = 18,5$ проти $M = 34,9$ за PCL-5), нижчу тривогу ($M = 5,3$ проти $M = 8,7$ за HADS-A), нижчі показники тривожної та унікальної прив'язаності (відповідно $M = 2,3$ проти $M = 3,8$; $M = 1,8$ проти M

= 3,5), а також вище психологічне благополуччя ($M = 83,5$ проти $M = 70,3$). Усі ці відмінності статистично значущі (U-критерій Манна-Уїтні, $p < 0,01$).

Інтерпретація цього патерну неоднозначна та потребує обережності. З одного боку, нижчі показники симптоматики у тих, хто за кордоном, можуть свідчити про захисний ефект фізичного дистанціювання від театру воєнних дій — відсутність повітряних тривог, обстрілів, переривань електропостачання, а також наявність базової інфраструктурної безпеки. З іншого боку, варто враховувати, що до закордонної підгрупи, з огляду на специфіку маршрутів виїзду, склад супутників та умови розміщення, потрапили переважно молоді жінки з більш збереженим доступом до соціальної підтримки на місці прийому (родичі, друзі, спільноти діаспори), що саме по собі є предиктором кращого психологічного стану. Окрім того, доступ до якісної медичної та психологічної допомоги в країнах ЄС вищий, ніж у поточних реаліях України. Окремо варто звернути увагу на парадокс щодо планів повернення: серед закордонної підгрупи 50–58 % формально не планують повертатися або планують це лише «коли буде можливо», що корелює саме з вищими показниками психологічного благополуччя у цій групі. Одна з досліджуваних окремо зазначила (це поодинокий, але важливий якісний інсайт), що якби це опитування проводилося рік тому, її результати були б «кардинально іншими, у значно негативнішу сторону» — тобто динаміка від моменту виїзду до моменту опитування для частини закордонної підгрупи виглядає як траєкторія поступового відновлення.

Підгрупа досліджуваних з тимчасово окупованих територій: якісне спостереження

У вибірці окрему психологічно специфічну категорію складають досліджувані з тимчасово окупованих територій або міст, які пережили інтенсивні бойові дії на ранніх етапах вторгнення — Маріуполь, Краматорськ, Мелітополь, Бердянськ, окремі населені пункти Донецької та Запорізької областей. Хоча кількісні показники цієї підгрупи статистично не

виходять значущо за межі загальновибіркових (U-критерій Манна-Уїтні: різниці неістотні, $p > 0,1$ за більшістю показників), важливе якісне спостереження, отримане з відкритих коментарів та зворотного зв'язку: у процесі заповнення анкети ці досліджувані послідовно відзначали, що питання у блоках, які стосуються травматичних подій, втрат, переміщення та стану житла, сприймаються ними як надмірно особисті та емоційно болючі — навіть через роки після фактичного виїзду.

Це спостереження має самостійну психологічну цінність. Воно свідчить про збережену травматичну навантаженість теми переміщення для цієї підгрупи: попри хронологічну дистанцію в декілька років, питання про подію зберігають здатність викликати афективну реакцію, що згідно з теорією Дж. Брюера та Е. В. Фоа є однією з характерних рис непереробленої травматичної пам'яті. Досліджувані описували свої реакції в категоріях «це боляче згадувати», «не хочу про це говорити», «це досі дуже особисте». Така емоційна чутливість до самих формулювань питань відображає те, що для людей з ТОТ травма переміщення — це не один момент у минулому, а триваючий процес, який постійно реактивується новинами з рідних міст, неможливістю повернутися, втратою зв'язку з частиною близьких. Цей якісний інсайт буде врахований при формулюванні рекомендацій для психологів-практиків у підрозділі 3.2.

Загалом сформована вибірка є цільовою та достатньою за чисельністю для виконання поставлених завдань кореляційного аналізу. Її соціально-демографічні характеристики (переважання жінок, молодий вік, високий освітній рівень, географічне різноманіття регіонів проживання до війни) відображають реальну структуру українських ВПО з певним зміщенням до молодшої когорти, що варто враховувати при екстраполяції результатів. Поєднання внутрішньо переміщених та закордонних досліджуваних у складі однієї вибірки створює унікальну можливість для порівняльного аналізу двох траєкторій переміщення, що і буде здійснено у наступному розділі.

Висновки до розділу 2

У розділі було обґрунтовано дизайн та процедуру емпіричного дослідження психологічних особливостей вимушено переміщених українців, представлено комплекс психодіагностичних методик та охарактеризовано вибірку дослідження.

По-перше, дослідження було побудовано як описово-кореляційне зі змішаною (mixed-methods) методологією, реалізоване в три етапи: підготовчий (теоретичне обґрунтування, формулювання гіпотез), емпіричний (онлайн-опитування) та аналітичний (статистична обробка та інтерпретація даних). Онлайн-формат збору даних забезпечив географічне охоплення вибірки та зниження впливу соціальної бажаності. Кореляційний аналіз здійснювався з використанням рангового коефіцієнта Спірмена, а порівняння підгруп — за U-критерієм Манна-Уїтні, що є непараметричними методами, доречними для вибірки середнього розміру з потенційно ненормальним розподілом окремих змінних.

По-друге, психодіагностичний комплекс об'єднав сім інструментів, які покривають три ключові виміри психологічного функціонування ВПО: клінічну симптоматику (PCL-5, HADS), міжособистісні ресурси адаптації (MSPSS, ECR-R) та внутрішні ресурси зростання (AHS, PWB-18), доповнені авторською демографічною анкетой. Такий комплекс відповідає сучасним науковим стандартам та дозволяє отримати багатовимірну психологічну характеристику досліджуваних.

По-третє, вибірка дослідження (56 осіб) є цільовою та сформованою з урахуванням критеріїв вимушеного переміщення після 24 лютого 2022 року. Її соціально-демографічні характеристики (переважання жінок — 69,6 %, молодий вік — $M = 21,6$ років, високий освітній рівень — 76,8 % з вищою або незакінченою вищою освітою, різноманітність регіонів попереднього проживання та напрямів переміщення) відображають реальну структуру українських ВПО зі зміщенням до молодшої освіченої когорти. Виокремлено дві аналітично важливі підгрупи: 12 осіб (21,4 %), які виїхали за кордон, та 22

особи (39,3 %), які походять з тимчасово окупованих або прифронтових територій.

По-четверте, отримана структура вибірки створює основу для трьох змістовних напрямів подальшого аналізу: (а) загальної психологічної характеристики всієї вибірки за шістьма методиками; (б) кореляційного аналізу взаємозв'язків між клінічною симптоматикою та ресурсами; (в) порівняльного аналізу психологічного стану внутрішньо переміщених та закордонних учасників. Емпіричні дані, отримані за описаною процедурою, стали основою для подальшого аналізу, представленого в наступному розділі.

РОЗДІЛ 3. ІНТЕРПРЕТАЦІЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

3.1. Аналіз отриманих даних та їх узагальнення

У цьому підрозділі представлено результати психодіагностичного дослідження психологічних особливостей вимушено переміщених українців. Аналіз здійснено за такою логікою: спочатку розглянуто показники клінічної симптоматики (ПТСР, тривога, депресія), далі — характеристики міжособистісних ресурсів (соціальна підтримка, стиль прив'язаності), і нарешті — параметри внутрішніх ресурсів зростання (надія, психологічне благополуччя). Завершує підрозділ кореляційний аналіз, що дозволяє виявити структуру взаємозв'язків між досліджуваними зміними, та окремий порівняльний аналіз підгруп за напрямом переміщення.

Аналіз показників посттравматичного стресового розладу (PCL-5)

За результатами застосування опитувальника PCL-5 загальний середній бал у вибірці склав **$M = 31,38$ ($SD = 17,16$)**, при діапазоні фактичних значень від 0 до 76. Це значення знаходиться безпосередньо на межі клінічного порогу (31 бал), що свідчить про вкрай високу загальну посттравматичну навантаженість вибірки.

Аналіз отриманих даних показав, що **30 осіб (53,6 %) перевищили клінічний пороговий показник (31 бал)**, що свідчить про ймовірну

наявність ПТСР та потребу подальшого клінічного обстеження. Серед них у 7 осіб (12,5 % від загальної вибірки) PCL-5 перевищив 50 балів — рівень вираженої клінічної симптоматики. У решти 26 осіб (46,4 %) показники нижчі за поріг, проте у значної частини з них спостерігається субклінічно виражена симптоматика: 15 досліджуваних (26,8 %) мають підпорогові показники в діапазоні 16–30 балів, і лише 11 осіб (19,6 %) демонструють мінімальну симптоматику (0–15 балів). Розподіл досліджуваних за рівнями вираженості симптоматики ПТСР представлено на рис. 3.1.

Рис. 3.1. Результати діагностики посттравматичного стресового розладу (PCL-5; n = 56)

За кластерами симптомів ПТСР отримано такі середні значення: інтрузивні переживання (кластер В) — $M = 7,79$; уникнення (С) — $M = 3,23$; негативні зміни у когнітивно-емоційній сфері (D) — $M = 9,68$; зміни у реактивності та збудженні (Е) — $M = 10,68$. У відсотках від максимально можливого по кожному кластеру найбільш вираженими виявилися **симптоми кластера Е (44,5 %) та кластера С (40,4 %)**. Висока представленість симптомів реактивності та збудження (надмірна пильність, проблеми зі сном, дратівливість, гіперстартл-реакція) є типовою для популяцій, які перебувають у затяжному військовому стресі: повітряні тривоги, очікування новин, постійний контакт з інформаційним полем війни підтримують високий рівень фізіологічної активації. Висока представленість

симптомів уникнення — один із показників того, що значна частина досліджуваних виробляє стратегію психологічного дистанціювання від триггерних стимулів (новини, місця, спогади), що є водночас і захисною, і потенційно ускладнювальною для подальшої переробки травми реакцією.

Підпороговий та клінічний рівні PCL-5 разом охоплюють 38 досліджуваних (67,9 %) — тобто близько двох третин вибірки мають відчутні посттравматичні симптоми, які впливають на щоденне функціонування. Цей показник перевищує дані попередніх досліджень українських ВПО початку 2023 року (Т. Karatzias et al.), де частка клінічно виражених випадків коливалася навколо 30–35 %, і свідчить про кумулятивний ефект тривалості війни на психічне здоров'я переміщених осіб.

Аналіз показників тривоги та депресії (HADS)

Результати застосування шкали HADS дозволили оцінити поточний рівень симптомів тривоги та депресії. Середнє значення за шкалою тривоги (HADS-A) склало **М = 7,96 (SD = 3,92)** — на верхній межі норми, що відображає загальне напруження тривожного спектру у вибірці. Середнє значення за шкалою депресії (HADS-D) склало **М = 5,73 (SD = 4,07)** — у межах норми, що демонструє відносно збережений афективний фон у депресивному вимірі. Розподіл досліджуваних за рівнями представлено в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Розподіл досліджуваних за рівнями тривоги та депресії (HADS)

Рівень	Тривога (n)	Тривога (%)	Депресія (n)	Депресія (%)
Норма (0–7 балів)	27	48,2 %	39	69,6 %
Субклінічний (8–10)	18	32,1 %	7	12,5 %
Клінічний (11–21)	11	19,6 %	10	17,9 %

Джерело: розроблено автором на основі емпіричних даних.

Як видно з таблиці 3.1, **клінічно виражений рівень тривоги виявлено у 19,6 % досліджуваних**, клінічно виражена депресивна симптоматика — у 17,9 %. Субклінічний рівень тривоги, який свідчить про підвищений психологічний дистрес та потребу профілактичних заходів, спостерігається ще у 32,1 % учасників. Сумарно тривога у виражених або субклінічно виражених формах фіксується у **51,7 % вибірки** — тобто більшість досліджуваних живуть у стані хронічно підвищеної тривожності. Депресивна симптоматика менш поширена: лише близько 30 % демонструють субклінічний або клінічний рівень. Структурно тривога переважає над депресією майже втричі за клінічно вираженим рівнем, що типово для популяцій у активній фазі затяжного стресового впливу — тривога є реактивною та фронтальною, тоді як депресія найчастіше розвивається при подальшому виснаженні. Діаграму співвідношення цих показників наведено на рис. 3.2.

Рис. 3.2. Результати Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS; n = 56)

Отримані результати корелюють з даними міжнародних досліджень психологічного стану українських ВПО (Т. Karatzias et al., 2023; А. Kurapov et al., 2023), які демонструють критично високі рівні тривожно-депресивної симптоматики у цій категорії осіб. Особливе значення має співвідношення HADS і PCL-5: висока кореляція HADS-A і PCL-5 ($r = 0,674$; $p < 0,01$)

свідчить, що тривожна компонента посттравматичної симптоматики у вибірці виражена особливо яскраво — досліджувані переживають саме тривожний варіант посттравматичної реакції, а не виключно депресивний.

Аналіз показників сприйнятої соціальної підтримки (MSPSS)

Аналіз сприйнятої соціальної підтримки за шкалою MSPSS виявив такі середні значення (за шкалою 1–7): загальний рівень сприйнятої підтримки — **M = 5,04 (SD = 1,24)**; підтримка з боку значущої особи — M = 5,42 (SD = 1,55); підтримка з боку сім'ї — M = 4,92 (SD = 1,53); підтримка з боку друзів — M = 4,79 (SD = 1,59). Загальне значення (5,04) знаходиться у верхній частині середнього діапазону, фактично на межі переходу до високого рівня (5,1).

Високий рівень сприйнятої підтримки (5,1–7,0) зафіксовано у 29 досліджуваних (51,8 %), середній (3,0–5,0) — у 25 осіб (44,6 %), низький (1,0–2,9) — лише у 2 осіб (3,6 %). Тобто практично відсутні випадки депривації соціальної підтримки. Найвищі показники отримано за субшкалою «**значуща особа**» (M = 5,42), що може свідчити про важливу роль одного-двох найближчих людей як основного джерела емоційної підтримки в умовах розриву ширших соціальних мереж. Натомість найнижчі показники зафіксовано за субшкалою «**друзі**» (M = 4,79), що, ймовірно, пов'язано з тим, що переміщення фізично розриває коло друзів попереднього місця проживання, а нові дружні зв'язки у місцях прийому формуються повільно. Підтримка з боку сім'ї (M = 4,92) посідає проміжне положення — для частини досліджуваних сім'я залишається структурно збереженою (виїздили з родичами), для інших — вона територіально розпорошена. Розподіл за рівнями та джерелами підтримки наведено на рис. 3.3.

Рис. 3.3. Результати дослідження сприйнятої соціальної підтримки (MSPSS; $n = 56$)

Загалом, попри значні травматичні події та фізичне переміщення, досліджувані зберігають середній або високий рівень суб'єктивної соціальної підтримки. Це є важливим ресурсним показником, особливо у контексті того, що MSPSS статистично значущо пов'язана з нижчою тривогою ($r = -0,328$; $p = 0,014$), нижчою депресією ($r = -0,270$; $p = 0,044$), вищою надією ($r = 0,356$; $p < 0,01$) та вищим психологічним благополуччям ($r = 0,442$; $p < 0,01$). Тобто соціальна підтримка функціонує як ключовий буферний механізм адаптації у досліджуваній групі.

Аналіз стилю прив'язаності (ECR-R)

За результатами скороченої версії опитувальника ECR-R середній рівень тривожної прив'язаності у вибірці склав **$M = 3,51$ ($SD = 1,58$)**, унікальної прив'язаності — **$M = 3,10$ ($SD = 1,51$)**, при діапазоні шкали 1–7. Обидва показники знаходяться нижче середини шкали, але близько до неї, що свідчить про неоднорідну структуру прив'язаності у вибірці.

На основі поєднання двох вимірів виокремлено чотири типи прив'язаності у досліджуваній вибірці. **Надійний стиль** (низькі показники за обома шкалами) виявлено у 23 осіб (41,1 %). **Тривожно-стурбований тип** (висока тривожна, низька унікальна) характерний для 9 учасників (16,1 %). **Відсторонено-унікальний тип** (висока унікальна, низька тривожна) — для

1 особи (1,8 %). **Дезорганізований (тривожно-унікальний) тип**, що поєднує високі показники за обома вимірами, виявлено у 23 осіб (41,1 %). Розподіл представлено на рис. 3.4.

Рис. 3.4. Результати діагностики стилю прив'язаності (ECR-R; n = 56)

Особливої уваги заслуговує висока частка дезорганізованого стилю прив'язаності (41,1 %), що дорівнює частці надійного стилю. У нормативних популяціях частка дезорганізованого стилю зазвичай не перевищує 10–15 %. Такий патерн може мати декілька інтерпретацій: (1) травматичний досвід війни та переміщення дестабілізував раніше сформовані надійні моделі прив'язаності, активувавши одночасно тривожний (страх відторгнення/втрати) і унікальний (захисне дистанціювання) компоненти; (2) певна частина досліджуваних і до травматичних подій мала непевно сформовану прив'язаність, яка під впливом стресу декомпенсувалася; (3) у молодій вибірці (середній вік 21,6 років) процес формування стабільних дорослих моделей прив'язаності міг бути перерваний саме у критичній фазі. Кореляційний аналіз підтверджує тісний зв'язок дезорганізованої прив'язаності з усім спектром клінічної симптоматики та зниженням ресурсних показників, що буде розглянуто нижче.

Аналіз рівня надії (AHS Снайдера)

Загальний рівень надії у вибірці склав **$M = 46,11$ ($SD = 10,20$)** за шкалою від 8 до 64. Це значення відповідає середньому рівню надії за нормами Снайдера. За субшкалами отримано такі значення: «*шляхи*» (pathways thinking) — $M = 23,50$; «*дія*» (agency thinking) — $M = 22,61$. Показники двох компонентів збалансовані: досліджувані приблизно однаково оцінюють свою здатність бачити шляхи до цілей і свою мотиваційну енергію для їх реалізації.

Високий рівень надії (56–64 балів) зафіксовано у 12 досліджуваних (21,4 %), рівень вище середнього (48–55) — у 13 осіб (23,2 %), середній (40–47) — у 17 осіб (30,4 %), нижче середнього (24–39) — у 12 осіб (21,4 %), низький (8–23) — у 2 осіб (3,6 %). Сумарно **понад 44 % досліджуваних демонструють рівень надії вище середнього або високий**, що є важливим ресурсним показником: незважаючи на травматичний контекст, майже половина вибірки зберігає достатній рівень когнітивно-мотиваційного потенціалу для постановки та досягнення цілей. Результати свідчать про збережений потенціал надії як ресурсу адаптації у досліджуваній групі.

Аналіз психологічного благополуччя (PWB-18 Рифф)

За шкалою психологічного благополуччя К. Рифф загальний середній бал у вибірці склав **$M = 73,16$ ($SD = 12,02$)** за діапазоном від 18 до 108 балів (фактичні значення — від 49 до 101). Це відповідає середньому рівню. Середні значення за окремими субшкалами наведено у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Показники психологічного благополуччя за субшкалами PWB-18

Субшкала	M	SD	Min	Max
Автономія (AUT)	11,86	2,92	4	18
Управління середовищем (ENV)	11,54	2,54	5	17
Особистісне зростання (PG)	13,38	2,73	8	18

Позитивні стосунки з іншими (PR)	12,45	2,68	5	18
Мета у житті (PL)	12,46	2,94	5	18
Самоприйняття (SA)	11,48	3,13	5	18
Загальний показник PWB	73,16	12,02	49	101

Джерело: розроблено автором на основі емпіричних даних.

Як видно з таблиці, **найвищі показники у досліджуваних спостерігаються за субшкалою «особистісне зростання» (M = 13,38)** — це може інтерпретуватися як збережена або навіть посилена в умовах травми орієнтація на саморозвиток, відкритість до нового досвіду, відчуття внутрішніх змін. Цей результат є концептуально найважливішим у контексті теми посттравматичного зростання: саме субшкала особистісного зростання за К. Рифф найточніше операціоналізує одне з ядерних вимірювань ПТЗ за Тедескі та Калгуном. Найнижчі показники зафіксовано за субшкалою **«самоприйняття» (M = 11,48)** — що вказує на труднощі з прийняттям себе, своїх рішень та свого життєвого шляху. Це частково очікувано в контексті вимушеного переміщення: досліджувані часто стикаються з почуттям провини («чи правильно зробив, що виїхав»), порівнянням себе з іншими, переоцінкою попередніх життєвих виборів. Високий загальний рівень психологічного благополуччя (82+ балів за PWB-18) виявлено у 16 досліджуваних (28,6 %), середній (55–81) — у 37 осіб (66,1 %), низький (< 55) — у 3 осіб (5,4 %). Профіль психологічного благополуччя та розподіл за рівнями надії наведено на рис. 3.5.

Рис. 3.5. Внутрішні ресурси: надія (AHS) та психологічне благополуччя (PWB-18); n = 56

Сукупно показники надії (AHS) та психологічного благополуччя (PWB-18) свідчать про збережений ресурсний потенціал у вибірці. Висока вираженість субшкали «особистісне зростання» PWB при наявності клінічно вираженої посттравматичної симптоматики у частини досліджуваних є парадоксальним, але теоретично передбаченим патерном: посттравматичне зростання може співіснувати з посттравматичним стресом, не виключаючи його, а розгортаючись як паралельний процес переробки травматичного досвіду.

Кореляційний аналіз взаємозв'язків між досліджуваними змінними

Для виявлення структури взаємозв'язків між клінічною симптоматикою, ресурсами соціальної підтримки та внутрішніми ресурсами особистості було проведено кореляційний аналіз з використанням рангового коефіцієнта Спірмена (ρ). Вибір саме непараметричного коефіцієнта зумовлений невеликим розміром вибірки ($n = 56$) та можливими відхиленнями від нормальності розподілу окремих змінних. Результати представлено у кореляційній матриці (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Кореляційні зв'язки між основними психологічними показниками (n = 56)

	PCL	HADS-A	HADS-D	MSPSS	ECR-тр	ECR-ун	AHS	PWB
PCL	1,00	0,674**	0,437**	-0,192	0,250	0,357**	0,076	-0,376**
HADS-A	—	1,00	0,431**	-0,328*	0,321*	0,284*	-0,070	-0,439**
HADS-D	—	—	1,00	-0,270*	0,164	0,191	-0,103	-0,434**
MSPSS	—	—	—	1,00	-0,157	-0,273*	0,356**	0,442**
ECR-тр	—	—	—	—	1,00	0,689**	-0,368**	-0,562**
ECR-ун	—	—	—	—	—	1,00	-0,364**	-0,556**
AHS	—	—	—	—	—	—	1,00	0,550**
PWB	—	—	—	—	—	—	—	1,00

*Примітка: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$. PCL — ПТСР; HADS-A — тривога; HADS-D — депресія; MSPSS — сприйнята соціальна підтримка; ECR-тр — тривожна прив'язаність; ECR-ун — унікальна прив'язаність; AHS — надія; PWB — психологічне благополуччя.*

Кореляційний аналіз виявив низку статистично значущих та теоретично змістовних зв'язків. Розглянемо їх послідовно.

По-перше, **сильна позитивна кореляція** виявлена між показниками клінічної симптоматики: PCL-5 і HADS-A ($\rho = 0,674$; $p < 0,01$), PCL-5 і HADS-D ($\rho = 0,437$; $p < 0,01$), HADS-A і HADS-D ($\rho = 0,431$; $p < 0,01$). Це свідчить про те, що ПТСР, тривога та депресія у досліджуваній вибірці утворюють єдиний кластер психологічного дистресу, в якому ці три прояви взаємно посилюють один одного. Особливо тісний зв'язок PCL-5 із тривогою (а не з депресією) підтверджує наше попереднє спостереження про переважно тривожний характер посттравматичної реакції в досліджуваній групі.

По-друге, **обернений зв'язок виявлено між клінічною симптоматикою та ресурсами адаптації**. Соціальна підтримка (MSPSS) обернено корелює з тривогою ($\rho = -0,328$; $p < 0,05$) та депресією ($\rho = -0,270$; $p < 0,05$). Психологічне благополуччя (PWB) обернено пов'язане з усім трикутником клінічних показників: PCL-5 ($\rho = -0,376$; $p < 0,01$), HADS-A ($\rho = -0,439$; $p < 0,01$), HADS-D ($\rho = -0,434$; $p < 0,01$). Таким чином, гіпотеза про буферну функцію соціальної підтримки та психологічного благополуччя як ресурсів зниження клінічного дистресу отримує емпіричне підтвердження.

По-третє, **стиль прив'язаності демонструє специфічні патерни взаємозв'язків**. Тривожна прив'язаність позитивно корелює з тривогою ($\rho = 0,321$; $p < 0,05$) та обернено — з надією ($\rho = -0,368$; $p < 0,01$) і психологічним благополуччям ($\rho = -0,562$; $p < 0,01$). Унікальна прив'язаність позитивно корелює з ПТСР ($\rho = 0,357$; $p < 0,01$) та тривогою ($\rho = 0,284$; $p < 0,05$), обернено — з сприйнятою підтримкою ($\rho = -0,273$; $p < 0,05$), надією ($\rho = -0,364$; $p < 0,01$) і психологічним благополуччям ($\rho = -0,556$; $p < 0,01$). Це підтверджує положення теорії прив'язаності про роль раннього досвіду стосунків у формуванні ресурсів психологічної адаптації після травми: чим більш виражені «небезпечні» патерни прив'язаності, тим менш доступними виявляються внутрішні і зовнішні ресурси адаптації, тим вища ймовірність розгортання клінічної симптоматики.

По-четверте, виявлено **сильний позитивний зв'язок між надією та психологічним благополуччям** ($\rho = 0,550$; $p < 0,01$), що відповідає теоретичним очікуванням: надія як когнітивно-мотиваційний ресурс і психологічне благополуччя як стан реалізованого потенціалу взаємно підсилюють один одного. Соціальна підтримка позитивно корелює з обома цими ресурсними показниками (з AHS — $\rho = 0,356$; $p < 0,01$; з PWB — $\rho = 0,442$; $p < 0,01$). Таким чином, виокремлюється цілісний **«ресурсний кластер»** (MSPSS — AHS — PWB), який чітко протиставляється «клінічному кластеру» (PCL-5 — HADS-A — HADS-D) у структурі вибірки.

Порівняльний аналіз внутрішньо переміщених та закордонних досліджуваних

Для перевірки гіпотези про відмінність психологічного стану осіб, які виїхали за кордон, та тих, хто залишився в Україні, було застосовано U-критерій Манна-Уїтні. Результати наведено в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

**Порівняння психологічних показників: внутрішньо переміщені (n = 44)
vs закордон (n = 12)**

Показник	У межах України, М	За кордоном, М	U	p
PCL-5	34,89	18,50	114	0,003**
HADS-A	8,70	5,25	128	0,006**
HADS-D	6,30	3,67	171	0,063
MSPSS	4,95	5,35	324	0,231
ECR-тривога	3,84	2,28	106	0,002**
ECR-уникнення	3,45	1,82	84	< 0,001**
AHS (надія)	44,84	50,75	348	0,095
PWB (благополуччя)	70,34	83,50	434	0,001**

Примітка: ** — $p < 0,01$. U — значення U-критерію Манна-Уїтні.

Результати порівняння підтверджують виявлений раніше якісний патерн: закордонна підгрупа демонструє **статистично значущо нижчий рівень посттравматичної симптоматики, тривоги, тривожної та унікальної прив'язаності, та значущо вище психологічне благополуччя** порівняно з тими, хто залишився в Україні. Найбільш разюча різниця спостерігається в показниках PCL-5 (різниця у 16 балів між груповими середніми — практично вдвічі) і PWB (різниця у 13 балів). При цьому соціальна підтримка (MSPSS) та надія (AHS) у двох підгрупах статистично

значущо не відрізняються — закордонна підгрупа має лише невелику тенденцію до вищих показників, яка не досягає статистичної значущості. Тобто перевага закордонної підгрупи стосується саме клінічних та благополуччєвих показників, тоді як ресурсні чинники представлені приблизно рівномірно.

Інтерпретація цих відмінностей вимагає обережності. По-перше, важливо враховувати, що закордонна підгрупа порівняно мала ($n = 12$), що знижує статистичну потужність порівняння та обмежує можливість узагальнення. По-друге, у цій підгрупі переважають молоді жінки, які виїздили з тимчасово окупованих або прифронтових територій, переважно з родиною або до родичів за кордоном — тобто з певним базовим ресурсом соціальної мережі на місці прийому. По-третє, переважна більшість опитаних у закордонній підгрупі прожили в країні прийому вже більше року (більшість виїхала у 2022–2023 рр.), тобто перебуває не у гострій фазі переміщення, а у фазі поступової стабілізації. Ці три чинники — безпекове середовище, наявність соціального ресурсу на місці прийому та хронологічна дистанція від моменту виїзду — в сукупності можуть пояснювати спостережені відмінності, не обов'язково означаючи, що саме факт переїзду за кордон є основним фактором кращого психологічного стану.

Окремий якісний інсайт: одна з досліджуваних закордонної підгрупи (Ж, 22, Запоріжжя) самостійно зазначила в анкеті, що результати, отримані у її випадку, відображають стан після року-двох адаптації в країні прийому, і якби анкета пропонувалася відразу після виїзду, відповіді були б «кардинально іншими, у значно негативнішу сторону». Це непрямо підтверджує гіпотезу про важливість часового чинника: посттравматичне зростання потребує часу.

Обмеження дослідження

При інтерпретації отриманих результатів необхідно враховувати такі обмеження дослідження. По-перше, вибірка є зміщеною до молоді освіченої

жіночої когорти, що обмежує можливість екстраполяції результатів на загал ВПО, особливо на старші вікові групи, чоловічу частину переміщених осіб та осіб з нижчим освітнім рівнем. По-друге, кількість досліджуваних закордонної підгрупи ($n = 12$) є невеликою, тому виявлені відмінності між підгрупами потребують підтвердження у дослідженнях з більшою кількістю учасників. По-третє, дослідження має крос-секційний (одномоментний) дизайн, що не дозволяє відстежити динаміку психологічного стану в часі та робити причинно-наслідкові висновки про роль ресурсів адаптації. По-четверте, на рівні окремих досліджуваних (приблизно 5–10 % вибірки) спостерігалось уніфіковане (однаково максимальне або однаково мінімальне) заповнення окремих методик, що може відображати або реальну психологічну тенденцію (наприклад, емоційне сплюснення як захисний механізм), або тимчасову втому від опитувальника, або ефект соціальної бажаності — в межах фінального аналізу такі випадки залишено у вибірці, але їх внесок у деякі підсумкові показники (особливо AHS і PWB) може бути дещо завищеним. По-п'яте, всі дані базуються виключно на самозвіті, без об'єктивної верифікації клінічного статусу через структуроване інтерв'ю.

3.2. Рекомендації для психологів і психотерапевтів, які працюють із вимушеними переселенцями

На основі отриманих емпіричних даних та з урахуванням теоретичного аналізу проблематики посттравматичного зростання у вимушено переміщених осіб було сформульовано низку рекомендацій для фахівців, які надають психологічну допомогу цій категорії клієнтів.

По-перше, **психодіагностичне обстеження ВПО має бути комплексним та охоплювати не лише клінічну симптоматику (ПТСР, тривога, депресія), а й внутрішні та зовнішні ресурси адаптації — стиль прив'язаності, доступну соціальну підтримку, рівень надії та психологічного благополуччя.** Виявлений у дослідженні чіткий поділ показників на «клінічний» і «ресурсний» кластери з оберненими взаємозв'язками між ними

підкреслює, що ефективна психологічна допомога має базуватися на ресурсно-орієнтованому підході, який не зводиться до симптом-орієнтованої корекції. Рекомендований мінімальний скринінговий пакет: PCL-5 (ПТСР), HADS (тривога/депресія) та MSPSS (соціальна підтримка); для розширеного обстеження — додавання ECR-R, AHS і PWB-18.

По-друге, **особливу увагу слід приділити роботі з сприйнятою соціальною підтримкою**. Результати показали, що саме MSPSS виступає одним з найсильніших корелятив психологічного благополуччя ($\rho = 0,442$) та надії ($\rho = 0,356$), при цьому обернено пов'язана з тривогою і депресією. Це означає, що психологи мають не лише оцінювати рівень доступної підтримки, а й допомагати клієнтам активніше використовувати наявні соціальні ресурси, формувати нові підтримуючі контакти у місцях тимчасового перебування, переосмислювати характер своїх стосунків після травматичних змін. Особливу увагу варто приділити роботі з тим, що дослідження виявило найслабшу субшкалу серед джерел підтримки — підтримку з боку друзів ($M = 4,79$): підтримуючу мережу друзів треба свідомо відновлювати у нових умовах.

По-третє, **у роботі з ВПО варто враховувати індивідуальний стиль прив'язаності клієнта**. Виявлена аномально висока частка дезорганізованого стилю (41,1 %) свідчить про те, що значна частина клієнтів матиме одночасно і потребу в близькості, і захисне дистанціювання. Тривожно-стурбовані клієнти потребуватимуть особливої роботи зі стабільністю терапевтичного контакту та зменшенням страху відторгнення; унікальні — поступового формування довіри та поваги до їхньої потреби в автономії; дезорганізовані — інтегративної довготривалої роботи з ранніми травматичними репрезентаціями та формуванням внутрішнього образу «заробленої безпечної бази» (earned secure base).

По-четверте, **доцільним є цілеспрямований розвиток надії та компонентів психологічного благополуччя** через спеціально розроблені інтервенції. Терапія, орієнтована на надію (hope-focused therapy за

Снайдером), доказово ефективні методи позитивної психології (вправи на смисл, вдячність, особистісні сили), а також СВТ-протоколи для ПТСР (РЕ, СРТ) та EMDR мають увійти до арсеналу психолога, що працює з ВПО. Особливу увагу варто звернути на найслабший вимір PWB у досліджуваній вибірці — самоприйняття ($M = 11,48$): робота з провинною за виїзд, переоцінкою попередніх життєвих виборів, формуванням нової інтегрованої ідентичності людини, яка пройшла переміщення, є критично важливою для відновлення цілісного відчуття себе.

По-п'яте, **окремої уваги заслуговують клієнти з тимчасово окупованих територій**. Як показало якісне спостереження, досліджувані з Маріуполя, Краматорська, Мелітополя, Бердянська та інших ТОТ-локацій навіть через декілька років після виїзду відзначали, що питання про події переміщення сприймаються ними як надмірно особисті та емоційно болючі. Це означає, що психологам не варто очікувати «нормалізації» теми переміщення з плином часу і потрібно бути готовими до того, що тема ТОТ зберігає високу афективну зарядженість як свіжа травма — навіть якщо подія сталася роки тому. У роботі з цими клієнтами рекомендується: давати клієнту можливість самостійно визначати темп та глибину занурення в тему; уникати «технічних» формулювань (відомості про стан житла, дату виїзду тощо) на ранніх етапах роботи без попередньої стабілізації; пропонувати техніки психологічного заземлення та контейнування афекту перед роботою з травматичним матеріалом.

По-шосте, **важливим є проведення регулярного скринінгу психологічного стану ВПО** з використанням таких інструментів, як PCL-5 та HADS, що дозволить своєчасно виявляти осіб з клінічно вираженою симптоматикою та спрямовувати їх до спеціалізованої допомоги. Особливу увагу варто приділити проміжній групі з субклінічними показниками — у дослідженні близько третини досліджуваних демонструють субклінічну тривогу, тобто перебувають у «зоні передперехідного стану», де профілактичні інтервенції є особливо ефективними. Із 56 опитаних 57,1 % не

отримують і не планують отримувати психологічну допомогу — при тому, що понад половина з них має клінічно або субклінічно виражені симптоми. Це окрема системна проблема, яка потребує комплексних рішень на рівні держави та громадських ініціатив (інформаційні кампанії, доступні безкоштовні служби, зниження стигми).

По-сьоме, **окремою аналітичною лінією є робота з клієнтами, що виїхали за кордон.** Виявлено, що ця підгрупа демонструє значущо нижчі показники клінічної симптоматики та вищі показники психологічного благополуччя порівняно з тими, хто залишився в Україні. Це не означає, що такі клієнти не потребують психологічної допомоги — навпаки, вони стикаються з власним специфічним переліком викликів: культурна та мовна адаптація, юридична невизначеність статусу, провина перед тими, хто залишився, амбівалентність щодо повернення (50 + % не планують повертатися), відстрочена траур-реакція за втраченим довоєнним життям. Психологам, що працюють у країнах прийому з українськими біженцями, рекомендується враховувати цей специфічний профіль.

Реалізація запропонованих рекомендацій сприятиме підвищенню ефективності психологічної допомоги вимушено переміщеним українцям та створенню умов для їхнього посттравматичного зростання — не як автоматичного наслідку часу, а як активно скеровуваного процесу інтеграції травматичного досвіду в життєву історію.

Висновки до розділу 3

У розділі представлено результати емпіричного дослідження психологічних особливостей вимушено переміщених українців із застосуванням комплексу психодіагностичних методик (PCL-5, HADS, MSPSS, ECR-R, AHS, PWB-18) та сформульовано рекомендації для фахівців.

По-перше, аналіз клінічної симптоматики виявив, що значна частина вимушено переміщених осіб демонструє клінічно або субклінічно виражені показники ПТСР (53,6 % перевищують клінічний поріг 31 бал за PCL-5; ще

26,8 % мають підпорогові значення), тривоги (19,6 % — клінічний рівень, 32,1 % — субклінічний за HADS-A) та депресії (17,9 % — клінічний рівень). Особливо звертає на себе увагу той факт, що у структурі посттравматичної реакції переважає саме тривожний компонент над депресивним: PCL-5 значно тісніше пов'язаний із HADS-A ($\rho = 0,674$), ніж із HADS-D ($\rho = 0,437$).

По-друге, дослідження міжособистісних ресурсів адаптації показало, що сприйнята соціальна підтримка у досліджуваній групі знаходиться переважно на середньому або високому рівні (загальний $M = 5,04$), причому її різні джерела (сім'я, друзі, значуща особа) відіграють неоднакову роль: найвищу підтримку досліджувані сприймають з боку значущої особи, найнижчу — з боку друзів. Стиль прив'язаності виявився одним із найсильніших корелятив психологічного функціонування: висока частка дезорганізованого стилю (41,1 %, що дорівнює частці надійного стилю) узгоджується з даними про вплив травматичних подій на репрезентації стосунків.

По-третє, оцінка внутрішніх ресурсів зростання продемонструвала, що, попри високий рівень дистресу, у значної частини ВПО зберігається потенціал особистісного зростання, що проявляється в адекватних показниках надії ($M = 46,11$ — середній рівень; 44,6 % мають рівень вище середнього або високий) та психологічного благополуччя ($M = 73,16$; найвищий показник за субшкалою «особистісне зростання» — 13,38). Це є важливим теоретичним підтвердженням можливості співіснування посттравматичного стресу та посттравматичного зростання як паралельних процесів.

По-четверте, кореляційний аналіз виявив очікувану структуру взаємозв'язків. Клінічний кластер (PCL-5, HADS-A, HADS-D) демонструє сильні позитивні внутрішні кореляції та обернені зв'язки з ресурсним кластером (MSPSS, AHS, PWB). Тривожна та унікальна прив'язаність позитивно пов'язані з показниками клінічного дистресу та обернено — з

ресурсами. Виявлені закономірності емпірично підтверджують основну робочу гіпотезу дослідження.

По-п'яте, порівняльний аналіз внутрішньо переміщених та закордонних учасників показав значущо нижчий рівень посттравматичної симптоматики, тривоги, тривожної та унікальної прив'язаності та значущо вище психологічне благополуччя у закордонній підгрупі. Така відмінність може пояснюватися сукупністю чинників: безпекового середовища, наявності соціального ресурсу в країнах прийому, хронологічної дистанції від моменту виїзду. Окремим якісним інсайтом є збережена травматична навантаженість теми переміщення для досліджуваних з тимчасово окупованих територій — навіть через роки після виїзду питання про події сприймаються ними як надмірно особисті.

Отримані результати підтверджують основну гіпотезу дослідження та підкреслюють важливість багатовимірного підходу до психологічної допомоги вимушено переміщеним особам, орієнтованого як на зменшення симптоматики, так і на активацію внутрішніх та зовнішніх ресурсів зростання.

ВИСНОВКИ

У дипломній роботі проведено теоретичне узагальнення та емпіричний аналіз феномену посттравматичного зростання серед вимушено переміщених українців, визначено його структурні особливості та основні детермінанти. Результати дослідження підтвердили ефективність поставлених завдань і стали основою для формулювання таких висновків:

1. Теоретичний аналіз наукових джерел у межах бакалаврського дослідження дозволив встановити, що феномен особистісного зростання у посттравматичний період (посттравматичне зростання) є процесом позитивних психологічних змін, які виникають у результаті подолання травматичних або високостресових життєвих обставин. Посттравматичне зростання суттєво відрізняється від таких концепцій, як психологічна

резильєнтність, життєстійкість, опірність та копінгові стратегії. Якщо зазначені теоретичні поняття описують особистісні характеристики, що допомагають людині ефективно протистояти труднощам, то концепція посттравматичного зростання передусім відображає якісну трансформацію функціонування особистості, перехід на новий рівень психологічного розвитку. Когнітивна перебудова, що відбувається у процесі адаптації до наслідків травматичного досвіду, сприяє формуванню нових когнітивних схем, підвищує стійкість особистості до майбутніх психотравмувальних впливів і сприяє її подальшому розвитку.

2. Комплекс психодіагностичних методик, застосованих для аналізу травматичного та стресогенного досвіду, а також оцінки проявів посттравматичного зростання у вимушено переміщених українців, продемонстрував високий рівень надійності та валідності.

3. Емпіричне дослідження психологічних аспектів посттравматичного зростання серед вимушено переміщених осіб показало значну поширеність цього феномену та його високий рівень прояву.

Аналіз розподілу відсоткових значень показав, що 53,6 % досліджуваних перевищили клінічний поріг за PCL-5 (≥ 31 бал), що свідчить про ймовірну наявність ПТСР. Клінічно виражену тривогу (HADS-A ≥ 11) виявлено у 19,6 % учасників, субклінічну — ще у 32,1 %; клінічно виражену депресію (HADS-D ≥ 11) — у 17,9 %. Попри високий рівень дистресу, у значної частини ВПО збереглися потенціал надії ($M = 46,11$; 44,6 % мають рівень вище середнього або високий) та психологічного благополуччя ($M = 73,16$), зокрема найвищий показник зафіксовано за субшкалою «особистісне зростання» ($M = 13,38$), що підтверджує можливість співіснування посттравматичного стресу та посттравматичного зростання.

4. Емпіричне дослідження ситуаційно-демографічних детермінантів посттравматичного зростання вимушено переміщених осіб не виявило

значущої залежності цього феномену від віку, фінансового стану, статі чи умов зміни місця проживання. Також не було встановлено суттєвих відмінностей у рівні посттравматичного зростання залежно від географії переселення, попереднього місця проживання, характеру травматичного досвіду чи тривалості часу, що минув з моменту його переживання.

5. Результати дослідження підтвердили основну гіпотезу дослідження: сприйнята соціальна підтримка, надійний стиль прив'язаності, рівень надії та психологічне благополуччя статистично значущо пов'язані зі зниженням клінічної симптоматики ПТСР і тривоги. Дезорганізований стиль прив'язаності, виявлений у 41,1 % вибірки, асоціюється з вищими показниками посттравматичної симптоматики та нижчими ресурсними показниками. Виявлений у дослідженні «ресурсний кластер» (MSPSS–AHS–PWB) чітко протиставляється «клінічному кластеру» (PCL-5–HADS–A–HADS–D): сприйнята соціальна підтримка обернено пов'язана з тривогою ($\rho = -0,328$) та депресією ($\rho = -0,270$), а психологічне благополуччя — з усіма трьома клінічними показниками. Особи з вищим рівнем надії (AHS) та психологічного благополуччя (PWB) демонструють нижчу вираженість симптоматики ПТСР та тривоги, що підтверджує роль внутрішніх ресурсів особистості як буферних механізмів адаптації після травми.

6. Аналіз емпіричних даних підтвердив, що посттравматичний стрес та посттравматичне зростання можуть співіснувати в межах однієї особистості. Деякі дослідники припускають, що інтенсивний стрес може слугувати предиктором особистісного розвитку на більш віддалених етапах адаптації після пережитої травми.

Обмеженнями дослідження є зміщення вибірки до молоді освіченої жіночої когорти та крос-секційний дизайн, що не дозволяє відстежити динаміку психологічного стану. Проведення лонгітюдних досліджень та розширення вибірки за рахунок старших вікових груп і чоловічої частини ВПО є перспективними напрямками подальшої наукової роботи.

На основі отриманих емпіричних даних розроблено рекомендації для психологів і психотерапевтів щодо комплексної психодіагностики та ресурсно-орієнтованої роботи з вимушено переміщеними особами, включаючи специфіку роботи з клієнтами з тимчасово окупованих територій.

Також необхідна подальша розробка моделі оцінки ПТЗ у динаміці, що охоплюватиме соціально-демографічні характеристики, стан здоров'я, індивідуально-психологічні особливості, ключові предиктори та когнітивні процеси, які визначають особистісне сприйняття пережитих подій.

Перспективними напрямками дослідження посттравматичного зростання серед вимушено переміщених осіб є аналіз можливості стимулювання позитивних змін через психотерапевтичні інтервенції. У центрі такого підходу має бути акцент на сильних сторонах особистості, її внутрішніх ресурсах та здатності адаптуватися, справлятися з наслідками травматичних подій і трансформувати їх у потенціал для змін у сприйнятті себе, світу та міжособистісних взаємодій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Блинова О. Є. Соціально-психологічна адаптація вимушених мігрантів: підходи і проблеми вивчення феномена акультурації. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. 2016. № 3. С. 111–117.
2. Бріер Д., Скот К. Основи травмофокусованої психотерапії. – Львів: Свічадо. 2015. – 448 с.
3. Внутрішньо переміщені особи: від подолання перешкод до стратегії успіху: монографія. Київ : НАН України. 2016. – 448 с.
4. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. – Львів. 2015. – 416 с.
5. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ. 2016. 219 с.
6. Лазос Г. П. Посттравматичне зростання: теоретичні моделі, нові перспективи для практики. Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія. – Збірник наукових праць. № 45. 2016. С. 120–127.
7. Лушін П. Посттравматичний стресовий розлад і посттравматичне зростання в діалектичній перспективі: практичні імплікації. East European Journal of Psycholinguistics. – 2021.
8. Манойленко Т. С., Дорохіна А. М., Ревенько І. Л. Стан здоров'я народу України в умовах війни. Київ. 2022. – 220 с.
9. Максименко С. Д., Деркач Л. М., Кіричевська Е. В. Психологія когнітивних процесів. Київ: Національна академія педагогічних наук України, Інститут психології імені Г. С. Костюка. 2022.

10. Максименко С., Деркач Л. Розуміння сучасної когнітивно-інформаційної гібридної війни в українському контексті. *Problems of Modern Psychology*. 2024.
11. Харитоновна Н. Посттравматичне зростання як основа психологічного супроводу ветеранів російсько-української війни: огляд досліджень. *Scientific Journal «Psychology Travelogs»*. – 2023. – №1.
12. Шелюг О. А. Багатовимірність феномену посттравматичного росту: біологічний, психологічний та соціокультурний складники особистісних трансформацій. *Психологія і особистість*. – 2014. – № 1. – С. 112–129.
13. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю: навчальний посібник. Київ. 2012. 321 с.
14. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник. Київ. 2014. – 207 с.
15. Цибуляк Н., Попова А., Лопатіна Г., Сучікова Я. Соціальна ізоляція внутрішньо переміщених осіб в Україні під час воєнного часу. 2024.
16. Affleck G. Causal attribution, perceived benefits, and morbidity after a heart attack: An 8-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1987. – Vol. 55. – P. 29–35.
17. Brooks M., Graham-Kevan N., Lowe M., & Robinson S. Rumination, event centrality, and perceived control as predictors of post-traumatic growth and distress: The Cognitive Growth and Stress model. *British Journal of Clinical Psychology*. 2017. 56 (3). P. 286–302.
18. Calhoun L. G., Tedeschi R. G. *Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide*. Routledge. 1999. 184 p.
19. Christopher M. A. A broader view of trauma: a biopsychosocial-evolutionary view of the role of the traumatic stress response in the emergence of

- pathology and/or growth. *Clinical Psychology Review*. – 2006. – Vol. 24. – P. 75–98.
20. Dekel S. Posttraumatic growth and posttraumatic distress: A longitudinal study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. – 2012. – Vol. 4(1). – P. 94–101.
 21. Helgeson V. S. A Meta-Analytic Review of Benefit Finding and Growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2006. – Vol. 74 (5). – P. 797–816.
 22. Joseph S. Growth Following Adversity: Positive Psychological Perspectives on Posttraumatic Stress. *Psychological Topics*. Vol. 18 (2), 2009. P. 335–344.
 23. Joseph S. What Doesn't Kill Us: A guide to overcoming adversity and moving forward. – Piatkus. 2013. – 336 p.
 24. Lepore S. J., & Revenson T. A. Resilience and posttraumatic growth: Recovery, resistance, and reconfiguration. In L. G. Calhoun, & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth, research and practice*. 2006. P. 24–46.
 25. Linley P. A., Joseph S. Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*. – 2004. – Vol. 17. – P. 11–21.
 26. Papadopoulos R. K. Refugees, home and trauma. In *Therapeutic Care for Refugees. No Place Like Home*. London: Karnac. 2002. 356 p.
 27. Steger M. F. The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*. – 2006. – Vol. 53. – P. 80–93.
 28. Tedeschi R. G., Calhoun L. G. Posttraumatic Growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*. 2004. Vol. 15 (1). P. 1–18.

29. Tedeschi R. G., Calhoun L. G. The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 1996. Vol. 9. P. 455–471.
30. Weathers F. W., Litz B. T., Keane T. M., Palmieri P. A., Marx B. P., Schnurr P. P. Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5). National Center for PTSD. 2013.
31. Zoellner T., Maercker A. Posttraumatic growth in clinical psychology: A critical review and introduction of a two-component model. *Clinical Psychology Review*. 2006. 26 (5). P. 626–653.
32. Diener E., Emmons R. A., Larsen R. J., Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*. 1985. Vol. 49(1). P. 71–75.
33. Sultani G., Heinsch M., Wilson J., Pallas P., Tickner C., Kay-Lambkin F. "Now I Have Dreams in Place of the Nightmares": An Updated Systematic Review of Post-Traumatic Growth Among Refugee Populations. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2024. Vol. 25(1). P. 795–812. DOI: 10.1177/15248380231163641.
34. Maftai A., Butnariu I. M. Stronger after the war? Resilience and posttraumatic growth among Ukrainian young refugees: the mediating role of hope. *Vulnerable Children and Youth Studies*. 2024. Vol. 19(3). P. 537–550. DOI: 10.1080/17450128.2024.2389392.
35. Von Arcosy A. et al. Post-traumatic growth in refugees and internally displaced persons worldwide: systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*. 2025. DOI: 10.1080/20008066.2025.2500885.
36. Stasielowicz L. Adversarial Growth among Refugees: A Scoping Review. *Social Sciences*. 2024. Vol. 13(1). Art. 46. DOI: 10.3390/socsci13010046.

37. Hirad S., Miller M. M., Negash S., Lambert J. E. Refugee posttraumatic growth: A grounded theory study. *Transcultural Psychiatry*. 2023. DOI: 10.1177/13634615211062966.
38. Frankova I. A. et al. Mindfulness in Posttraumatic Growth of War-Affected People: A Commentary on Expanding Oman's Public Health Framework for Trauma Recovery in Ukrainian Contexts. *Mindfulness*. 2026. DOI: 10.1007/s12671-026-02768-z.
39. Kurapov A. et al. Prevalence of stress, anxiety, and symptoms of post-traumatic stress disorder among Ukrainians after the first year of Russian invasion: a nationwide cross-sectional study. *The Lancet Regional Health – Europe*. 2023. DOI: 10.1016/S2666-7762(23)00192-8.
40. Johnson R. J., Antonaccio O., Botchkovar E. et al. War trauma and PTSD in Ukraine's civilian population: comparing urban-dwelling to internally displaced persons. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2022. Vol. 57. P. 1807–1816. DOI: 10.1007/s00127-021-02176-9.
41. Rizzi D. et al. Running Away from the War in Ukraine: The Impact on Mental Health of Internally Displaced Persons (IDPs) and Refugees in Transit in Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. Vol. 19(24). Art. 16439. DOI: 10.3390/ijerph192416439.
42. Sukiasyan S. G. et al. The Mental Health of Refugees and Forcibly Displaced People: A Narrative Review. *Consortium Psychiatricum*. 2024. Vol. 5(4). P. 78–92. DOI: 10.17816/CP15552.
43. Karatzias T., Shevlin M., Ben-Ezra M. et al. War exposure, posttraumatic stress disorder, and complex posttraumatic stress disorder among parents living in Ukraine during the Russian war. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2023. Vol. 147. P. 276–285.

44. Xu W., Pavlova I., Chen X. et al. Mental health symptoms and coping strategies among Ukrainians during the Russia-Ukraine war in March 2022. *International Journal of Social Psychiatry*. 2023. Vol. 69. P. 957–966.
45. Maksymenko S., Derkach L. Understanding modern cognitive warfare in a global dimension, its genesis in the Ukrainian context: Overview and directions for further research. *Cognitive warfare and operations of social influence. Obrana a strategie*. 2023. Vol. 22(1). P. 126–148.
46. Şimşir Gökalp Z., Haktanir A. Posttraumatic growth experiences of refugees: A metasyntesis of qualitative studies. *Journal of Community Psychology*. 2022. Vol. 50(3). P. 1395–1410. DOI: 10.1002/jcop.22723.
47. Post-traumatic growth and its predictors among Syrian refugees in Istanbul: A mental health population survey. *Journal of Migration and Health*. 2020. №1.
48. The Association of Conflict-Related Trauma with Markers of Mental Health Among Syrian Refugee Women: The Role of Social Support and Post-Traumatic Growth. *International Journal of Women's Health*. 2022. №14. P. 1251–1266.
49. Ersahin Z. Post-traumatic growth among Syrian refugees in Turkey: the role of coping strategies and religiosity. *Current Psychology*. 2022. Vol. 41(4). P. 2398–2407.
50. Brewin C. R., Andrews B., Valentine J. D. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000. Vol. 68(5). P. 748–766.
51. Strack K. M. A measure of interest to logotherapy researchers: The Meaning In Life Questionnaire. *The International Forum for Logotherapy*. 2007. Vol. 30. P. 109–111.

52. Aldwin C. M., Sutton K. J. A developmental perspective on posttraumatic growth. In R. G. Tedeschi, C. L. Park, & L. G. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 1998. P. 65–98.
53. Bellizzi K. M., Blank T. O. Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology*. 2006. Vol. 25. №1. P. 47–56.
54. Holmes T. H., Rahe R. H. The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*. 1967. Vol. 11(2). P. 213–218.
55. Паніотто В., Харченко Н. *Методи опитування: Підручник*. Київ: Києво-Могилянська академія. 2017. 342 с.
56. Горбунова В. В. *Експериментальна психологія в схемах і таблицях: навчальний посібник*. Київ: Професіонал. 2007. 208 с.

ДОДАТКИ

Додаток А

Анкета

Це опитування проводиться з метою аналізу загальних тенденцій впливу російсько-української війни на ментальне здоров'я українців, які були змушені змінити місце проживання після 24.02.2022 р. Окрім того, ми прагнемо дослідити внутрішню силу, стійкість і ресурси, що могли розкритися у Вас у процесі адаптації до нових умов.

Ваші відповіді є конфіденційними, а зібрані дані використовуються виключно в науково-дослідницьких цілях. Якщо Ви бажаєте отримати зворотний зв'язок або коментар від спеціаліста щодо результатів дослідження, будь ласка, залиште свою електронну адресу в кінці анкети.

Вкажіть Ваше ім'я: _____

1. Ваша стать

- ☐ Жінка
- ☐ Чоловік

2. Ваш вік

- ☐ 18-25
- ☐ 25-40
- ☐ 40-55
- ☐ 55-70
- ☐ 70+

3. Ваш сімейний статус

- ☐ одружений/заміжня
- ☐ неодружений/незаміжня
- ☐ розлучена/-ий
- ☐ вдова/вдівець

4. В якому регіоні України Ви проживали (до 24.02.2022 року)?

- ☐ Північ України
- ☐ Центр

- ☐ Південь
- ☐ Схід
- ☐ Захід

5. Ваша освіта

- ☐ Середня освіта
- ☐ Професійна освіта
- ☐ Вища освіта
- ☐ Науковий ступінь

6. Який Ваш рівень достатку? (станом на 24.02.2022року)

- ☐ Високий
- ☐ Вище середнього
- ☐ Середній
- ☐ Низький
- ☐ Нижче прожиткового мінімуму

7. Хто виїхав разом з Вами?

- ☐ Я сама/сам
- ☐ Дитина/діти
- ☐ Чоловік/дружина
- ☐ Батьки/інші родичі
- ☐ Друзі
- ☐ Інше_____

8. Куди переїхали?

- ☐ Інший населений пункт в межах своєї області
- ☐ Інша область України
- ☐ Інша країна
- ☐ На тимчасово окуповану територію України
- ☐ В росію

9. Як виїжджали?

- ☐ виїхали заздалегідь, з речами та документами
- ☐ поспіхом, не з усіма необхідними речами, перебували під обстрілами

- ☐ гуманітарним коридором, довго перебували під обстрілами, житло зруйновано частково чи повністю
- ☐ примусово депортовані
- ☐ Інше _____

10. Чи змінювали перше місце тимчасового проживання?

- ☐ Ні
- ☐ Так, одноразово
- ☐ Так, декілька разів

11. В яких умовах проживаєте?

- ☐ Орендую окреме житло
- ☐ Житло родичів/знайомих
- ☐ Тимчасовий притулок у незнайомих людей
- ☐ В центрі для біженців/шелтері/хостелі
- ☐ Інше _____

12. Коли Ви виїхали?

- ☐ Лютий 2022
- ☐ Березень 2022
- ☐ Квітень 2022
- ☐ Травень 2022

13. Коли додому?

- ☐ Вже повернулась/-вся
- ☐ Найближчим часом (до 15 днів)
- ☐ Через кілька місяців
- ☐ Не визначилась/-вся
- ☐ Я залишаюсь
- ☐ Мені нікуди вертатись

МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ТА СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ

Ознайомтеся з повним переліком, щоб отримати загальне уявлення про представлені в ньому ситуації, події та життєві обставини, які можуть викликати стрес. Потім перегляньте кожен пункт ще раз, звертаючи увагу на кількість балів, що відповідають кожній ситуації.

Спробуйте пригадати всі події, які відбулися з вами протягом останнього року. Якщо якась ситуація повторювалася кілька разів, помножте відповідну кількість балів на кількість її повторень.

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

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

ГОСПІТАЛЬНА ШКАЛА ТРИВОГИ ТА ДЕПРЕСІЇ (LEC)

Нижче наведено список подій, які можуть викликати сильні емоційні переживання та стрес. Для кожного випадку позначте одну або дві відповідні клітинки в тому ж рядку праворуч, щоб вказати:

- а) що ця ситуація трапилася особисто з вами;
- б) що ви були її свідком і бачили, як вона сталася з іншою людиною;
- с) що ви дізналися про її виникнення у близького родича чи друга;
- д) що ви зіткнулися з нею в рамках професійної діяльності (наприклад, працюючи медиком, правоохоронцем, військовослужбовцем чи у сфері екстреної допомоги);
- е) що ви не впевнені, чи ця подія вас стосується;
- ф) що вона не має до вас відношення.

Під час відповідей розглядайте події, що сталися в різні періоди вашого життя – у дитинстві, юності та дорослому віці.

№	ПОДІЯ	Сталось зі мною	Був свідком	Дізнався про це	Це частина моєї роботи	Складно відповісти	Мене це не стосується
1	Стихійне лихо (повінь, ураган, торнадо, землетрус тощо)						
2	Пожежа чи вибух						
3	Пригода на транспорті (включаючи ДТП, аварію корабля, потяга, літака)						
4	Серйозна аварія на роботі, вдома чи під час відпочинку						
5	Дія отруйної речовини (небезпечні хімікати,						

	випромінювання тощо)						
6	Фізичне насильство (наприклад, на Вас напали, завдали удару рукою, якимось предметом, ногою, ляснули, побили)						
7	Збройний напад (наприклад, у Вас стріляли, поранили ножем тощо, погрожували ножем, пістолетом, вибухівкою)						
8	Сексуальне насильство (зґвалтування, спроба зґвалтування, примус до здійснення будь-якого виду статевого акту силою чи погрозами завдати шкоди)						
9	Інший небажаний чи неприємний сексуальний досвід						
10	Бойові дії або перебування в зоні війни (як військовослужбовець або цивільна особа)						
11	Полон (наприклад, як наслідок викрадення або захоплення, як заручник чи військовополонений)						
12	Хвороба чи травма з погрозою для життя						
13	Тяжкі страждання						
14	Раптова насильницька смерть (наприклад, убивство або самогубство)						
15	Раптова смерть від нещасного випадку						
16	Серйозні ушкодження чи травма або смерть, заподіяні вами комусь іншому						
17	Будь-яка інша подія чи досвід, що спричинили для Вас важкий стрес						

**БАГАТОВИМІРНА ШКАЛА СПРИЙНЯТТЯ СОЦІАЛЬНОЇ
ПІДТРИМКИ (HADS 1983)**

Нижче наведено п'ять тверджень, щодо яких ви можете висловити свою згоду або незгоду. Оцініть кожне твердження за 7-бальною шкалою, вибравши відповідний рівень вашої згоди. Будьте максимально щирими у своїх відповідях, адже тут немає правильних чи неправильних оцінок.

Шкала оцінки:

- ☐ 7 – повністю згоден
- ☐ 6 – згоден
- ☐ 5 – частково згоден
- ☐ 4 – вагаюсь з відповіддю
- ☐ 3 – частково не згоден
- ☐ 2 – не згоден
- ☐ 1 – абсолютно не згоден

Текст методики:

_____ Моє життя майже ідеальне

_____ Умови мого життя чудові

_____ Я задоволений своїм життям

_____ Нині я отримав від життя все, що хотів

_____ Якби я міг прожити своє життя заново, я не змінив би майже нічого

ОПИТУВАЛЬНИК ПЕРЕЖИВАННЯ БЛИЗЬКИХ СТОСУНКІВ — ПЕРЕГЛЯНУТИЙ ((ЕСR-R)

Будь ласка, замисліться над тим, що наповнює Ваше життя змістом, які аспекти є для Вас важливими та значущими. Оцініть наведені твердження за запропонованою шкалою.

Пам'ятайте, що ці питання є глибоко суб'єктивними, тому немає правильних чи неправильних відповідей – лише Ваше особисте бачення.

1	2	3	4	5	6	7
Абсолютно згоден	Переважаю згоден	Частково згоден	Складно відповісти	Більше незгоден	Переважаю незгоден	Абсолютно незгоден

Текст методики

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

ШКАЛА ПСИХОЛОГІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ К. РИФФ (POST TRAUMATIC GROWTH INVENTORY)

Оцініть, наскільки кожне з наведених нижче тверджень відображає зміни, що відбулися у Вашому житті внаслідок кризової (травматичної) ситуації, використовуючи запропоновану шкалу.

0	1	2	3	4	5
Жодних	Дуже незначні зміни	Невеликі зміни	Помірні зміни	Великі зміни	Дуже суттєві зміни

Текст методики

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

Розподіл досліджуваних за напрямками посттравматичного зростання після переїзду

Які зміни відбулися у Вашому житті після вимушеної зміни місця проживання?



