

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет «Запорізька політехніка»

Факультет соціальних наук

(повне найменування факультету)

Психологія

(повне найменування кафедри)

Пояснювальна записка

до дипломного проекту (роботи)

магістр

(ступінь вищої освіти)

на тему Психічне здоров'я внутрішньо переміщених осіб в умовах воєнного стану

(назва теми)

Виконав(ла): студент(ка) 2 курсу,

групи СН-112м

Спеціальності 053 Психологія

(код і найменування спеціальності)

Освітня програма (спеціалізація)

Психологія

ПАВЛОВА Я.В.

(ПРИЗВИЩЕ та ініціали)

Керівник БОРОДУЛЬКІНА Т.О.

(ПРИЗВИЩЕ та ініціали)

Рецензент КОВАЛЬ В.В.

(ПРИЗВИЩЕ та ініціали)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
«Національний університет «Запорізька політехніка»
(повне найменування закладу вищої освіти)

Факультет _____ соціальних наук
Кафедра _____ «Психологія»
Ступінь вищої освіти _____ магістр
Спеціальність _____ 053 Психологія
(код і найменування)
Освітня програма (спеціалізація) _____ Психологія
(назва освітньої програми (спеціалізації))

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри

«01» вересня 2023 року

З А В Д А Н Н Я
НА ДИПЛОМНИЙ ПРОЄКТ (РОБОТУ) СТУДЕНТА(КИ)

ПАВЛОВОЇ Яніни Валеріївни

(ПРІЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)

1. Тема проєкту (роботи) Психічне здоров'я внутрішньо переміщених осіб в умовах воєнного стану

керівник проєкту (роботи) к.псих.н., доцент БОРОДУЛЬКІНА Тетяна Олександрівна

(науковий ступінь, вчене звання, ПРІЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)

затверджені наказом закладу вищої освіти від « 01 » вересня 2023 року № 331

2. Строк подання студентом проєкту (роботи) «11» грудня 2023 року

3. Вихідні дані до проєкту (роботи) 74 сторінок, 10 таблиць, 6 рисунків, 70 джерел, 2 додатки

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) на основі теоретичного аналізу описати поняття «психічне здоров'я» в українській і зарубіжній психології та обґрунтувати специфіку відновлення психічного здоров'я дорослих внутрішньо переміщених осіб в Україні в умовах воєнного стану; на основі проведеного емпіричного дослідження описати особливості психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб в умовах

воєнного стану; на основі результатів теоретичного аналізу та емпіричного дослідження розробити програму відновлення психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб в умовах воєнного стану; апробувати та проаналізувати ефективність програми відновлення психічного здоров'я дорослих внутрішньо переміщених осіб; скласти рекомендації психологам з удосконалення процесу відновлення психічного здоров'я дорослих внутрішньо переміщених осіб в Україні.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень) Рис. 1.1. Модель мотивації через потреби; Таблиця 1.1. Теорія двох факторів Ф.Герцберга; Рис. 1.2. Піраміда потреб за А.Маслоу; Рис. 1.3. Теорія очікувань за В.Врумом; Рис. 1.4. Модель процесуальної теорії мотивації Портера-Лоулера; Діаграма 3.1. Вік респондентів; Діаграма 3.2. Що мотивує до навчання; Діаграма 3.3. Наскільки зручне дистанційне навчання; Діаграма 3.4. Що впливає на мотивацію навчання; Діаграма 3.5. Чи потрібно надалі використовувати дистанційне навчання, після завершення військового стану; Таблиця 2.1 Рівень мотивації; Таблиця 2.3 Значення мотивації відповідно до віку; Таблиця 3.1 Таблиця термінальних цінностей; Таблиця 3.2 Інструментальні цінності.

6. Консультанти розділів проєкту (роботи)

Розділ	ПРИЗВИЩЕ, ініціали та посада консультанта	Дата, підпис	
		завдання видав	прийняв виконане завдання
1	БОРОДУЛЬКІНА Т.О. доцент	03.09.2023	22.09.2023
2	БОРОДУЛЬКІНА Т.О. , доцент	23.09.2023	06.10.2023
3	БОРОДУЛЬКІНА Т.О. , доцент	07.10.2023	20.10.2023
Норм- ль	ГАРМАШ А.О., викладач	09.12.2023	11.12.2023

7. Дата видачі завдання « 01 » вересня 2023 року.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломного проєкту (роботи)	Строк виконання етапів проєкту (роботи)	Примітка
1	Узгодження теми та затвердження завдання на дипломний проєкт(роботу)	29.08.2023	

2	Збір матеріалу та вивчення літературних джерел на дипломний проєкт(роботу)	30.08.2023	
3	Затвердження теми	01.09.2023	
4	Складання змісту	20.09.2023	
5	Виконання першого розділу	22.09.2023	
6	Виконання другого розділу	06.10.2023	
7	Виконання третього розділу	20.10.2023	
8	Формування висновків	28.10.2023	
9	Перевірка роботи керівником	01.11.2023	
10	Оформлення дипломного проєкту (роботи)	04.11.2023	
11	Нормоконтроль та перевірка на запозичення	09.11.2023	
12	Попередній захист дипломного проєкту(роботи)	11.12.2023	
13	Подання роботи на кафедру	11.12.2023	
14	Одержання відгуку та рецензії	14.12.2023	
15	Захист дипломної роботи	20.12.2023	

Студент(ка) _____ Яніна ПАВЛОВА
 (підпис) (Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

Керівник проєкту (роботи) _____ Тетяна БОРОДУЛЬКІНА
 (підпис) (Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 69 с., 10 таблиць, 6 рисунків, 70 джерел, 2 додатка.

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

Предмет дослідження – процес відновлення психічного здоров'я дорослих внутрішньо переміщених осіб в умовах воєнного стану в Україні.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично перевірити ефективність процесу відновлення психічного здоров'я дорослих внутрішньо переміщених осіб в умовах воєнного стану.

Методи дослідження: теоретичні: системний аналіз наукових джерел; структурно-функційний аналіз; систематизація й узагальнення результатів теоретичного й емпіричного дослідження; емпіричні: опитування, використання діагностичних методик; методи математичної обробки даних.

Наукова новизна роботи: виокремлено складові психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб; розроблено: програму відновлення психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб в умовах воєнного стану, яка спрямована на підвищення їх рівнів психічного здоров'я; дістали подальшого розвитку: погляди на зміни у відновленні психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб при наявних психотравмуючих станах.

Практичне значення роботи полягає в розробці та впровадженні програми відновлення психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб в умовах воєнного стану.

Галузь використання: центри психологічної реабілітації, територіальні центри соціального обслуговування населення.

ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я, ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНІ ОСОБИ,
ГРУПОВА РОБОТА, КОНСУЛЬТУВАННЯ, ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНСЬКИХ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	10
1.1 Поняття «психічне здоров'я» у вітчизняних та зарубіжних дослідженнях.....	10
1.2 Характеристика структури психічного здоров'я і специфіка його відновлення	20
Висновки до першого розділу.....	29
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ В УКРАЇНІ.....	31
2.1 Організація та методика дослідження.....	31
Висновки до другого розділу	50
РОЗДІЛ 3 ПРОГРАМА ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ДОРΟΣЛОГО ВІКУ В УКРАЇН.....	51
3.1 Програма відновлення психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб в умовах воєнного стану в Україні.....	51
3.2 Аналіз результатів впровадження програми	61
Висновки до третього розділу.....	70
ВИСНОВКИ	72
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	75
ДОДАТКИ.....	83
Додаток А.....	83
Додаток Б	84

ВСТУП

За оцінками Міністерства охорони здоров'я України, через війну психологічної підтримки потребує близько 15 млн українців. У Програмі психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в Україні зазначено, що повномасштабне російське вторгнення вплинуло на їхній психічний стан і матиме вплив протягом 5–7 років.

Психічне здоров'я є одним з важливих об'єктів соціальної політики багатьох країн світу. Наприклад, у Європі, було здійснення прийняття представниками міністерств охорони здоров'я 53 країн Європейського регіону Гельсінської декларації (2005 р.). Європейською Комісією було оголошено Зелену книгу «Покращання психічного здоров'я населення – Стратегія психічного здоров'я для Європейського Союзу» (жовтень 2005 р.) щодо покращання психічного здоров'я європейського населення. У цій книзі була запропонована стратегія психічного здоров'я для країн ЄС.

Актуальність вивчення питань психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб в Україні та членів їх сімей обумовлена першочергово, наявним додатковим вагомим чинником – прямою залученістю дорослого населення країни до воєнних подій.

Проблеми психічного здоров'я є актуальними та досліджуються під різними кутами зору. Історію цього питання розглядали Б. Братусь, А. Маслоу, А. Пахальян, К. Роджерс та ін.

Ученими досліджується психічне здоров'я в контексті розбіжностей психічного та психологічного здоров'я (І. Галецька, Л. Карамушка і Т. Дзюба). В останні роки ґрунтовно досліджували особливості психічного здоров'я такі українські науковці як Ю. Паскевська, Р. Сірко, О. Чабан, О. Хаустова та ін.

У сучасних наукових розвідках з проблеми психічне здоров'я недостатньо розглянуто процес відновлення психічного здоров'я дорослих внутрішньо переміщених осіб в умовах воєнного стану в Україні. На ґрунтовне дослідження заслуговує потреба комплексного розгляду заходів з підтримки психічного

здоров'я дорослого населення в умовах військової агресії. У зв'язку з цим нами обрано тему дослідження «Психічне здоров'я внутрішньо переміщених осіб в Україні в умовах воєнного стану».

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

Предмет дослідження – процес відновлення психічного здоров'я дорослих внутрішньо переміщених осіб в умовах воєнного стану в Україні.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично перевірити ефективність процесу відновлення психічного здоров'я дорослих внутрішньо переміщених осіб в умовах воєнного стану.

Завдання дослідження:

1) на основі теоретичного аналізу описати поняття «психічне здоров'я» в українській і зарубіжній психології та обґрунтувати специфіку відновлення психічного здоров'я дорослих внутрішньо переміщених осіб в Україні в умовах воєнного стану;

2) на основі проведеного емпіричного дослідження описати особливості психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб в умовах воєнного стану;

3) на основі результатів теоретичного аналізу та емпіричного дослідження розробити програму відновлення психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб в умовах воєнного стану;

4) апробувати та проаналізувати ефективність програми відновлення психічного здоров'я дорослих внутрішньо переміщених осіб;

5) скласти рекомендації психологам з удосконалення процесу відновлення психічного здоров'я дорослих внутрішньо переміщених осіб в Україні. тт

Методи дослідження:

- теоретичні: системний аналіз наукових джерел (для виявлення подібності та відмінності поглядів науковців на проблему психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб); структурно-функційний аналіз (для розкриття та визначення специфіки відновлення психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб);

систематизація й узагальнення результатів теоретичного й емпіричного дослідження (для формулювання об'єктивних висновків);

- емпіричні: опитування, використання діагностичних методик; методи математичної обробки даних (для унаочнення і систематизації результатів емпіричного дослідження).

На першому етапі дослідження (травень 2023 р.) було здійснено теоретичний аналіз проблеми відновлення психічного здоров'я, розроблено програму дослідження.

На другому етапі (вересень 2023 р.) було визначено стан психічного здоров'я вимушено переміщених осіб. Для цього було використано психодіагностичні методики: 1) шкала оцінки якості життя (О. Чабан); 2) методика самооцінки рівня тривожності (за методикою «Шкала оцінки рівня реактивної й особистісної тривожності» Ч. Д. Спілбергера – Ю. Ханіна); 3) методика діагностики показників і форм агресії (розробники А. Басс, А. Дарк, в адаптації О. Осницького); 4) опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» («The Mental Health Continuum – Short Form») (адаптація Е. Носенко, А. Четверик-Бурчак); 5) методика «Тест життєстійкості» С. Мадді.

На третьому етапі (жовтень 2023 р.) було здійснено експериментальну перевірку програми відновлення психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб в умовах воєнного стану, узагальнено результати дослідження.

Експериментальна база дослідження: внутрішньо переміщені особи, які звертались до студії практичної психології «Персона» у м. Запоріжжя, студентська молодь і дорослі, які відвідують центри для внутрішньо переміщених осіб у м. Києві. У дослідженні загалом взяли участь 65 осіб дорослого віку.

Практичне значення здобутих результатів – у можливості використання методичного інструментарію вивчення змісту відновлення психічного здоров'я дорослого населення в умовах воєнного стану. Матеріали дослідження можуть бути використані у підготовці практичних психологів, соціальних працівників

для роботи з такою категорією дорослого населення як «внутрішньо переміщені особи».

Апробація результатів дослідження. Результати магістерської роботи підтверджено довідкою про впровадження від студії практичної психології «Персона» м. Запоріжжя.

Структура роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел із 70 джерел, 2 додатків. Ілюстрована за допомогою 10 таблиць і 5 рисунків. Основний зміст роботи представлено на 69 сторінках. Повний обсяг становить 89 сторінок.

РОЗДІЛ I

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНСЬКИХ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

1.1 Поняття «психічне здоров'я» у вітчизняних та зарубіжних дослідженнях.

Концептуальні засади відновлення психічного здоров'я дорослого населення ґрунтуються на вихідних положеннях гуманістичної філософії і філософської ідеї людиноцентризму (Е. Помиткін [34]), психологічних теоріях і положеннях мотивації, діяльності особистості (Г. Костюк [17], В. Рибалка [41], В. Роменець [42] та ін.).

Найбільш доцільними методологічними підходами до розуміння феномена психічне здоров'я внутрішньо переміщених осіб вважаємо такі: діяльнісний, системний, комплексний, особистісно орієнтований.

С. Максименко у психологічній теорії і практиці системний підхід характеризував як засіб теоретичного та практичного дослідження, який передбачає, що кожний психічний процес чи явище повинні розглядатися як окрема наукова система [22].

Системний підхід щодо відновлення психічного здоров'я, на нашу думку, є результатом розвитку теоретико-методологічного рівня психологічної науки, де дорослий стає інтегральною ланкою системи професійної діяльності психолога, який взаємодіє з ним. Цей підхід, характеризує певний розвиток методів дослідницької діяльності та емпіричної роботи, способів опису і пояснення отриманих даних [22]. Також важливі аспекти застосування системного підходу у дослідженні пов'язані з проблемами діагностики внутрішньо переміщених осіб.

О. Кокун, вивчаючи оптимізацію адаптаційних можливостей людини наголошує, що одним із ключових принципів системної методології є принцип загальної взаємозумовленості. Цей принцип характеризує співвідношення складових і послідовність зв'язків в системі [14].

Застосування комплексного підходу до розгляду предмету нашого дослідження пов'язано з тим, що існує необхідність теоретичного обґрунтування та емпіричного підтвердження ключових фундаментальних чинників, які вимагають комплексного пояснення. Цей підхід надає можливість комплексного вивчення взаємодії, логічного підпорядкування, зв'язків та залежностей процесів відновлення з іншими процесами і явищами, що характеризують психічне здоров'я дорослих осіб.

З точки зору українських представників особистісно-орієнтованого підходу (Л. Бурлачук [4], Е. Помиткін [34], В. Рибалка [41]), суб'єктність дорослої людини зі статусом «внутрішньо переміщена особа» розглядається в контексті уявлень психологів про активну роль особистості в процесі власної життєдіяльності. Принцип суб'єктності дає змогу розуміти психічні стани особистості як єдине ціле з усіма особливостями і проявами, коли суб'єкт самостійно розвиває, організовує і контролює власні активні дії і вчинки.

Погоджуємось з твердженням В. Рибалки, який наголошував на тривимірній моделі поетапно конкретизованої психологічної структури особистості, де всі її характеристики і складові розглядаються як методи та здібності [41].

З позицій діяльнісного підходу (засновники Г. Костюк [17], В. Роменець [42]), основоположним принципом організації відновлення психічного здоров'я для внутрішньо переміщених осіб виступає принцип багатоаспектної діяльності. Цей принцип зумовлює розвиток особистісних якостей дорослої людини, а також його можна пов'язати з різноманітними соціальними взаємодіями та взаємозв'язками, які і детермінують процес відновлення. Водночас важливою теорією у цьому підході є теорія вчинку, на підставі якої і слід розглядати відновлення психічного здоров'я.

Важливо підкреслити, що за особистісно-орієнтованим і діяльнісним підходами формування змін у психіці дорослої людини під впливом змінного соціального середовища відбувається опосередковано. На появу цих змін впливають індивідуально окреслені мотиви і цінності особистості.

Отже, побудову методологічного підґрунтя для вивчення відновлення психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб слід здійснювати на загальних принципах системного, комплексного, особистісно орієнтованого та діяльнісного підходів і концептуальних засадах адаптації особистості у середовищі.

Великий тлумачний словник української мови пояснює термін «здоров'я», як стан організму, при якому нормально функціонують усі його органи, а, по-друге, як той чи інший стан самопочуття людини [5].

Л. Карамушка та Т. Дзюба аналізують здоров'я на основі багаторівневого системного підходу. Дослідниці визначають його як «функціональний стан організму людини, який забезпечує тривалість життя, фізичну та розумову працездатність, достатньо високий рівень самопочуття, а також відтворення здорового потомства» [12, с. 25].

С. Цимбалюк виділяє два основних підходи до розуміння поняття «здоров'я». Перший підхід характеризує прагненням обмежити сферу застосування поняття «здоров'я» виключно сферою фізичного розвитку організму. Другий підхід наголошує на розумінні людиною свого стану відповідно до умов середовища та його вимог [48].

Аналізуючи поняття «здоров'я» з психологічної точки зору, психологи пов'язують його з особистісними і психологічними властивостями особистості.

Психічне здоров'я як складова соматичного здоров'я людини зумовлює її стан і поведінку, що, в свою чергу, пов'язані з її способом життя. Оскільки, як зазначає О. Корольчук, психічне здоров'я слід вважати ресурсом людини, «завдяки якому вона може долати стреси, ... складнощі, що виникають у певних виняткових обставинах і неодмінно призводять до зростання психічних розладів серед населення країни» [16, с. 97].

В останні роки провідні фахівці у сфері психічного здоров'я з багатьох європейських країн висловлюють велику стурбованість розширенням психічної патології, масштабом витрат держав на подолання її наслідків та поширення психічних розладів серед населення (суїцидів, постравматичних стресових розладів (ПТСР), порушень соціального функціонування тощо).

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), у відповідності до принципів Гельсінкської декларації (2005 р.), визначає такі першочергові завдання у сфері психічного здоров'я:

1) сприяння розширенню серед населення усвідомлення важливості ролі психічного благополуччя;

2) здійснення сумісних заходів і дії, спрямованих на боротьбу з дискримінацією, стигматизацією, нерівністю, а також розширення прав і можливостей осіб із психічними розладами і вадами, надання їм підтримки з метою залучення до активної участі у процесі відновлення власного психічного здоров'я;

3) розроблення та впровадження комплексних, ефективних систем охорони психічного здоров'я, з урахуванням таких чинників, як профілактика, лікування та реабілітація, догляд і відновлення;

4) забезпечення потреб у висококваліфікованому персоналі, який зможе ефективно працювати у галузі психічного здоров'я;

5) визнання важливості досвіду користувачів служб охорони психічного здоров'я, членів їх родин та осіб, які здійснюють за ними догляд, як підґрунтя для планування й удосконалення діяльності таких служб [67; 68].

Варто зробити висновок, що за ВООЗ добре психічне здоров'я тісно пов'язано з психологічним благополуччям. Це визначення, хоча і є суттєвим прогресом у відході від концептуалізації психічного здоров'я людини як стану відсутності психічних захворювань, викликає ряд ризиків і призводить до потенційних непорозумінь: коли воно визначає позитивні почуття і позитивне функціонування як ключові фактори психічного здоров'я. На нашу думку, розгляд благополуччя як ключового аспекту психічного здоров'я важко поєднати

з багатьма складними життєвими ситуаціями, в яких благополуччя може бути навіть нездоровим.

У Рамковій стратегії Європейського Союзу із безпеки та здоров'я на роботі на 2021–2027 роки Європейської комісії серед пріоритетів щодо психічного здоров'я населення країн, виокремлено такі: забезпечення психічного здоров'я молоді, сприяння психічному здоров'ю літніх людей, психічне здоров'я в освіті та на роботі, профілактика депресій та суїциду [40].

Ураховуючи Цілі Сталого Розвитку ООН, Комісія Глобального психічного здоров'я журналу «Ланцет», запропонувала такі розуміння психічного здоров'я людини:

1) «психічне здоров'я є глобальним суспільним благом і має стосунок до сталого розвитку в усіх країнах, ..., оскільки всі країни можна вважати країнами, що розвиваються, в контексті охорони психічного здоров'я;

2) проблеми з психічним здоров'ям існують у континуумі від легкого, обмеженого в часі дистресу, до хронічного, прогресуючого та важкого інвалідизуючого стан;

3) психічне здоров'я кожної людини є унікальним продуктом соціальних та екологічних впливів, зокрема, протягом раннього етапу життя, взаємодіючи з генетичними, нервово-розвитковими та психологічними процесами, та впливаючи на біологічні шляхи розвитку мозку...» [13, с. 5-6].

Психічне здоров'я – це стан психічного благополуччя, який дозволяє людям справлятися зі стресами життя, реалізовувати свої здібності, добре вчитися і працювати, а також робити внесок у життя своєї громади [70]. Це невід'ємний компонент здоров'я і благополуччя, який лежить в основі нашої індивідуальної та колективної здатності приймати рішення, будувати стосунки і формувати активно світ, в якому ми існуємо. Психічне здоров'я можна розглядати як право людини. Воно має вирішальне значення для особистого, суспільного та соціально-економічного розвитку і благополуччя.

Психічне здоров'я – це стан соціального благополуччя, і воно є у кожного з нас. Так само, як кожен з нас має стан фізичного здоров'я, кожен з нас також

повинен піклуватися про своє психічне здоров'я. Це не просто виживання, це процвітання. Це означає насолоджуватися життям, мати відчуття мети і вміти справлятися з життєвими радощами і негараздами [62].

Психічне здоров'я слід усвідомлювати більше, ніж відсутність психічних розладів. Воно існує в складному континуумі, який сприймається по-різному кожною людиною, з різним ступенем труднощів і стресу та потенційно з дуже різними соціальними і клінічними наслідками. Психічне здоров'я характеризує спрямованість активності людей: як люди думають, відчувають і поведуть себе у суспільстві.

Психічні розлади включають психічні розлади та психосоціальні порушення, а також інші психічні стани, пов'язані зі значним дистресом, порушенням функціонування або ризиком заподіяння собі шкоди. У дослідженнях зарубіжних науковців [63; 70] доведено, що люди з розладами психічного здоров'я частіше мають нижчий рівень психічного благополуччя, але це не завжди і не обов'язково так.

Виокремимо детермінанти психічного здоров'я. Впродовж людського життя численні індивідуальні, соціальні та структурні чинники можуть поєднуватися, щоб сприяти захисту чи зниженню показників психічного здоров'я людини і змінити її позицію в континуумі психічного здоров'я.

Вплив несприятливих обставин (геополітичних, економічних та екологічних), включаючи бідність, насильство, нерівність та екологічну депривацію, також підвищує ризик виникнення зниження психічного благополуччя.

Індивідуальні психологічні, фізіологічні та біологічні чинники, такі як емоційні навички, вживання психоактивних речовин і генетика, можуть зробити людей більш вразливими до проблем із психічним здоров'ям і вплинути на їх психічне здоров'я [16].

Водночас захисні чинники діють впродовж усього життя людини і слугують для зміцнення її життестійкості. Вони включають індивідуальні соціальні та емоційні навички та якості людини, а також позитивні впливи

сприятливої соціальної взаємодії, гідну роботу та якісну освіту, безпечне сусідство та згуртованість громадян.

Кожен окремий чинник (ризик або захисту) має лише обмежений вплив. До прикладу, у більшості людей не розвивається розладів психічного здоров'я, незважаючи на вплив чинників ризику, а в інших людей, які не мають наявних чинників ризику, все ж з'являються розлади психічного здоров'я. Тим не менш, взаємодіючі детермінанти психічного здоров'я слугують для зміцнення або зниження рівнів психічного здоров'я особистості.

Для визначення детермінант психічного здоров'я важливу роль відіграє біопсихосоціальна модель, яка розроблена Дж. Енжелом [56]. За цією моделлю у XIX ст. проблеми психічного здоров'я науковцями трактувалися як захворювання мозку. Привертає увагу, що науковець згадував біомедичні установи «холодними та безликими», а лікарів визначав зацикленими на процедурах та нечуттєвими до особистих проблем пацієнтів [56].

У цій моделі людина представлена як цілісний організм, у якому біологічні, психологічні та соціальні чинники перебувають у постійному логічно зумовленому зв'язку. Відповідно до цього уявлення про здоров'я людини чи причини захворювань залежить від особливостей та стану кожного з вище перелічених чинників [2].

Ще в 1932 р. було проведено дослідження з вивчення міграції та її зв'язку із психічним здоров'ям мігрантів. Д. Бхурда виявив, що мігруючі люди (в його дослідженні були норвежські емігранти в Міннесоті, США) мали генетично зумовлений психоз, а пізніше у них розвинулася в іншомовному середовищі шизофренія. Отже, що коли люди схильні до психічних захворювань, вони більш схильні до розвитку розладів в результаті міграції. Це показує, що міграція стає провокуючим чинником психічних захворювань із-за різних бар'єрів, з якими люди стикаються в процесі міграції та в постміграційний період [54].

А. Камперман, І. Компро і Л. де Йонг у статті «Психічне здоров'я мігрантів: модель показників психічного здоров'я і потреби в медичних послугах» довели, що у Нідерландах чинники ризику психічних розладів впливали на показники

психологічного благополуччя мігрантів. Основним результатом дослідження з'явилося те, що на психічне здоров'я мігрантів вплинули як загальний стан фізичного здоров'я так і соціально-демографічні характеристики категорій дорослих [58].

Колектив науковців під керівництвом Лоуренса де Кирмайер, досліджуючи розширені проблеми психічного здоров'я у іммігрантів і беженців у Канаді встановив, що в деяких групах мігрантів після міграції спостерігається підвищена хворобливість психічними розладами. Дослідник довів, що під час міграції та вимушеного переїзду в іншу країну люди можуть відчувати глибоку невпевненість у відношенні свого життя. Це почуття може спровокувати депресію та інші проблеми психічного здоров'я [59].

Можна зробити висновок, що будь яка (очікувана чи неочікувана) міграція пов'язана зі стресовими подіями для людини, бар'єрами і проблемами, із-за яких психосоціальні проблеми та інші проблеми зі здоров'ям серед мігрантів набувають ризику.

Проблему відновлення психічного здоров'я дорослих в Україні почали вивчати з 2020 р. у зв'язку з появою пандемії COVID-19 та її наслідків (О. Чабан та О. Хаустова [50], Л. Юр'єва [52]).

В Україні оновлення стаціонарної ланки психічної допомоги пов'язано зі створенням і функціонуванням високоспеціалізованих відділень кризової допомоги, реабілітації, першого психотичного епізоду тощо [47].

Л. Карамушка і Т. Дзюба розглядають психічне здоров'я як багатовимірний феномен, що поєднує в собі різні компоненти і відбиває фундаментальні аспекти розвитку дорослої людини. Погоджуємось з авторкою, що психічний рівень здоров'я формується не лише в біологічному вимірі буття людини, а й у соціальному та особистісному [12].

Теоретичний аналіз наукових джерел з вивчення проблеми психічного здоров'я довів необхідність врахування співвідношення понять «психічне здоров'я» і «психологічне здоров'я». У зарубіжній психологічній науці переважно використовується поняття «mental health» [62], що в перекладі на

українську мову означає «психічне здоров'я». Це поняття використовується у процесі обґрунтування всіх аспектів проблеми психічного життя людини і стосується багатьох категорій дорослого населення. Щодо української психологічної теорії і практики, то поняття «психічне здоров'я», як зазначають О. Чабан, В. Безшейко та О. Москаленко, досить часто дослідники і науковці використовують з метою вивчення осіб, які мають певні психічні вади і захворювання [49].

Узагальнюючи дослідження українських вчених П. Волошина і Н. Марути [6], П. Морозова, М. Незнанова та О. Ліманкіна [26] відзначимо, що епідеміологічна ситуація у сфері психічного здоров'я в Україні віддзеркалює існування певних проблем: поширеність психічних розладів характеризується повільним збільшенням їх показника, наявність стигматизації психіатричної служби та небажання дорослих звертатися до психіатричних закладів за психологічними послугами і допомогою, підвищення показників інвалідності внаслідок психічних патологій. З появою ВПО внаслідок військової агресії ці проблеми загострились.

Узагальнимо визначення науковцями і дослідниками поняття «психічне здоров'я»:

1) процес життєдіяльності особистості, у якому збалансовані емоційні, інтелектуальні, рефлексивні та поведінкові аспекти [64];

2) «стан благополуччя та умова для реалізації людиною власного потенціалу, здолати виклики, стреси, продуктивно та плідно працювати, бути активним та творчим членом українського суспільства» [16, с. 98];

3) «інтегральна характеристика повноцінного функціонування всіх психічних структур індивіда (рівень і якість мислення, розвиток пам'яті та уваги, ступінь емоційної стійкості, розвиток вольових якостей), що забезпечують відчуття суб'єктивного психічного комфорту, здатність до осмисленої діяльності та адекватні форми поведінки» [12, с. 26];

4) втілення «результатів соціалізації особи і чинником ефективності цього процесу та індивідуального розвитку, водночас визначає особливості соціально-психологічної адаптації» [33, с. 85].

Охарактеризуємо цільову категорію дорослого населення, які брали участь у дослідженні. Ми досліджували внутрішньо переміщених осіб (ВПО) дорослого віку, які залишили своє місце проживання внаслідок воєнних дій на їх території.

У дослідженні Ю. Кривенко «Глобалізаційний контекст міграційних процесів в Україні» внутрішньо переміщених осіб визначено як таких, що змушені залишити власні домівки для того, щоб уникнути наслідки збройних конфліктів або стихійних лих чи техногенних катастроф [18]. Як доведено дослідницею, всі ВПО мають об'єктивні психологічні проблеми.

У контексті нашого дослідження психічне здоров'я внутрішньо переміщених осіб слід розуміти як емоційне, психологічне та соціальне благополуччя переселенця. Воно впливає на те, як ми думаємо, відчуваємо та діємо. Це також допомагає визначити, як ми справляємося зі стресом, ставимося до інших і робимо правильний вибір.

З'ясовано, що під час воєнних конфліктів, потреби у сфері психічного здоров'я зростають. Такі несприятливі події змушують уряд України звертати більшу увагу на сферу охорони психічного здоров'я, а саме: на доступність та відповідність послуг до потреб ВПО як громадян. Тому як на глобальному рівні, так і на рівні окремих громад треба звернути увагу на доступність психологічної допомоги, інклюзивні практики, дотримання прав та залучення ВПО в життя громади.

Водночас людей, що постраждали від надзвичайних та кризових ситуацій, слід розглядати як активних учасників покращення індивідуального та соціального благополуччя, а не як пасивні отримувачі психологічної допомоги.

У наступному підрозділі проаналізуємо структуру психічного здоров'я особистості.

1.2 Характеристика структури психічного здоров'я і специфіка його відновлення

У зарубіжному дослідженні «Глобальний тягар хвороб, пов'язаний із психічними розладами та розладами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин» [70], було запропоновано міжгалузеву модель здоров'я для розуміння визначення всіх аспектів здоров'я дорослої людини. Ця модель базується на трьох сферах здоров'я, описаних ВООЗ і розширює ці визначення, включаючи чотири конкретні сфери, що перетинаються, а також емпіричні, моральні та правові міркування, які обговорюються в цьому дослідженні. Наголосимо, що всі три сфери здоров'я повинні мати базовий правовий стандарт функціонування та адаптації.

Узагальнення зарубіжних досліджень свідчать про те, що для фізичного здоров'я стандартний рівень біологічного функціонування та адаптації включає алостаз (тобто підтримання гомеостазу у відповідь на стрес), тоді як для психічного здоров'я стандартний рівень когнітивно-емоційного функціонування та адаптації включає відчуття когерентності (тобто суб'єктивний досвід розуміння та управління стресовими факторами) [63]. Водночас для соціального здоров'я стандартний рівень міжособистісного функціонування та адаптації включає взаємозалежність (тобто взаємну залежність від інших членів суспільства та відповідальність перед ними), а не зосередженість на соціальній участі (тобто збалансованість соціальних та екологічних викликів).

Існує три сфери здоров'я (тобто фізичне, психічне та соціальне), кожна з яких визначається з точки зору базового (з точки зору прав людини) стандарту функціонування та адаптації (див. рис.1.1).

Фізичне здоров'я розуміємо як відповідне нормі функціонування сформованих органів і систем. Воно є біологічним підґрунтям і вихідною точкою розвитку людини.



Рис. 1.1 Модель здоров'я людини (авторська розробка)

Опрацьовано результати досліджень, які дають подальше розуміння того, як ці сфери взаємодіють і впливають на загальну якість життя людини. Інтеграцію психічного та фізичного здоров'я можна визначити за рівнем автономії (тобто здатності контролювати себе), тоді як інтеграцію психічного та соціального здоров'я можна визначити за рівнем контролю.

Зазначена на рис. 1.1 авторська модель ґрунтується на трьох сферах здоров'я, і розширює ці визначення, включаючи чотири конкретні сфери, що перетинаються, а також емпіричні, моральні та правові міркування, які обговорюються в цьому дослідженні.

Стан психічного здоров'я впливає на поведінку, емоції, комунікацію, процеси мислення й прийняття рішень та загальне соціальне благополуччя, тобто має різнобічні прояви в повсякденному житті людини.

Л. Коробка визначає двоформатну структуру психічного здоров'я, до якої належить структурно-процесуальне психічне здоров'я і психологічне здоров'я. Структурно-процесуальне психічне здоров'я, з точки зору дослідниці, стосується психічної діяльності, особливостей когнітивної та емоційно-вольової сфер особистості. Проте, психологічне здоров'я є показником духовного, соціального, емоційного благополуччя, оскільки є передумовою забезпечення життєвих потреб щодо соціальної активності людини. Психологічне здоров'я визначає

характеристики «Я-Образу» та охоплює сутнісні властивості мотиваційно-ціннісної сфери людини [15, с. 324].

Таким чином, психічне здоров'я особистості складається із когнітивного здоров'я (здорового способу бачення світу і самого себе в ньому), емоційної та поведінкової сфер особистості (див. рис. 1.2).



Рис. 1.2 Склад психічного здоров'я людини (авторська розробка)

Проаналізуємо ці компоненти. Когнітивне здоров'я характеризує здатність дорослого правильно мислити, розуміти інформацію. Це важливий компонент виконання людиною повсякденних дій. Без достатнього когнітивного здоров'я люди можуть наражатися на більший ризик виникнення проблем із психічним здоров'ям, а боротьба з психічними розладами може вплинути на когнітивне благополуччя.

Емоційна сфера характеризує те, як людина думає і що вона відчуває. Йдеться про почуття благополуччя, здатність справлятися з життєвими подіями і про емпатичні риси (те, як ми визнаємо свої власні емоції, а також розуміємо емоції інших). Емоційну сферу особистості слід розглядати як можливість справлятися з емоціями та керувати ними. Це також можливість мати позитивні емоційні відносини.

Поведінкова сфера визначає здатність людини мислити й ухвалювати грамотні рішення. Це також можливість справлятися зі стресовими станами і

керувати власними емоціями. Цей компонент більше пов'язаний з конкретними діями, які здійснюють люди. Поведінкова сфера відповідає за емоції, поведінку в навколишньому середовищі, яке впливає на психічне благополуччя людини. Під цим компонентом психіатри зазвичай розуміють розлади психічного здоров'я та вживання людиною психоактивних речовин, а також фізичні симптоми, пов'язані зі стресом. Поведінкова сфера як складова психічного здоров'я стосується профілактики, діагностики та лікування залежностей і стресових станів.

Складові психічного здоров'я допомагають усвідомити, як слід ставитися до інших, справлятися зі стресом і приймати правильний вибір. Складена модель ілюструє, як наше благополуччя складається з трьох компонентів (див рис. 1.2) і як ці компоненти пов'язані між собою.

Проаналізуємо специфіку відновлення психічного здоров'я дорослих ВПО в Україні в умовах воєнного стану.

Всесвітня асамблея ВООЗ у 2013 році затвердила «Комплексний план дій щодо охорони психічного здоров'я на 2013–2020 роки», який є зобов'язанням для всіх держав-членів ВООЗ вжити низку заходів для поліпшення психічного здоров'я та населення. Загальною метою цього Комплексного плану дій є сприяння психічному благополуччю, запобігання психічним розладам, надання допомоги, сприяння одужанню, реалізації прав людини та зменшенню рівня смертності, захворюваності та інвалідності [68].

У дослідженні професора М. Бхугра «Міграція і психічне здоров'я» із Великобританії з'ясовано, що сам процес міграції є не просто фазою, а є серією подій, на які впливає низка чинників впродовж тривалого періоду часу, а ці фази у свою чергу зазнають впливу інших чинників на соціальному та індивідуальному рівнях [54, с. 243]. Автор доводить, що міграція підвищує показники психічних розладів.

В «Урядовому кур'єрі» від 24 жовтня 2023 року написано, що за прогнозом ВООЗ до 2025 року кожен другий українець може зіткнутися із проблемами у сфері психічного здоров'я [23].

У Міністерстві охорони здоров'я України було прогнозовано, що через військові дії психологічної підтримки потребуватимуть понад 15 млн. українців. Проте через 5–7 років очікується зростання кількості осіб з наркотичною, алкогольною, ігровою та іншими видами залежностями. Завдяки пережитому психоемоційному напруженню і стражданням, українське доросле населення постаріє на 10–15 років, тобто прогнозовано, що хвороби, притаманні лише для літнього віку, будуть траплятися на 10–15 років раніше, ніж це було до війни [38].

Для підтримки ВПО в Україні міжнародні і національні державні та громадські організації започаткували низку проєктів (див. додаток А).

Аналізуючи зазначені проєкти нами встановлено, що основною перешкодою для об'єднання ініціатив у сфері підтримки психічного здоров'я є відсутність консенсусу щодо визначення керівниками і персоналом цих проєктів змісту поняття «психічне здоров'я». Наразі у сфері психологічної допомоги широко використовується термін «психічне здоров'я» для розуміння «психічного захворювання». Відзначимо, що психічні захворювання позначаються на фізичному й соціальному здоров'ї людини, супроводжуються різного класу залежностями (ігроманія, алкоголізм, наркоманія тощо), спричиняють труднощі адаптації та соціальної інтеграції.

Стратегії профілактики можуть бути спрямовані на зниження рівня психічних захворювань, тоді як стратегії відновлення і підтримки психічного здоров'я спрямовані на його покращення. Можливий обсяг міжнародних і національних ініціатив з популяризації залежить від розуміння сутності психічного здоров'я.

До прикладу, у 2022 році в Київській області розпочався проєкт «Безпека та ментальне здоров'я населення громади». Допомогу ВПО надають фахівці з мобільних груп на основі мультидисциплінарного підходу. Від кожної громади до мобільних груп увійшли педагогічні працівники різних категорій, практичні психологи, соціальні педагоги, вихователі закладів дошкільної освіти та інші.

Отже, специфіка відновлення психічного здоров'я дорослих ВПО в Україні в умовах воєнного стану залежить від організації підтримки психічного здоров'я за допомогою спільноти.

Спектр послуг з відновлення психічного здоров'я різних категорій дорослого населення на рівні громад, як зазначають В. Климчук і О. Сахно, повинен бути максимально наближений до місця проживання та праці дорослого. До таких послуг належать: ведення (соціально-психологічний супровід) випадку, реабілітаційні центри, програми попередження госпіталізації, мобільні кризові служби, заклади проживання гуртожиткового типу, постійна допомога в працевлаштуванні, допомога сім'ям та інші послуги з підтримки (зменшення дистресу, просвіти та інформування) [13, с. 12].

Цікавим для нашого дослідження є «Посібник з подолання прогалин у сфері психічного здоров'я в громаді mhGAP» (mhGAP Community Toolkit) [68; 69], підготовлений у 2019 р. ВООЗ. У ньому детально описано, як у громадах розвивати неформальні послуги з охорони і відновлення психічного здоров'я, які завдання потрібно виконувати психологам і фахівцям.

Група, як наголошує О. Скрипченко, здійснює істотний вплив на психіку і поведінку окремого індивіда [10]. Робота дорослого в групі сприяє кращому розумінню самого себе, дозволяє отримати більш точну картину того, як їх сприймають оточуючі. Групові рішення завжди мають більшу практичну спрямованість, тому частіше застосовуються учасниками в реальному житті. Групові форми роботи мають значний вплив на розвиток дорослої людини завдяки наявності групових ресурсів, важливої персональної інформації, а також висвітленню життєвого досвіду кожного учасника [53].

Психологи довели, що «частина особистих змін, породжених психологічним впливом групи зникає, як тільки людина виходить із сфери впливу групи, інші продовжують існувати і при певних умовах, закріплюючись, перетворюються в особистісні риси» [9, с. 27].

Серед чинників, що характеризують ефективність роботи груп підтримки при відновленні психічного здоров'я, на нашу думку, можна виділити наступні:

- ініціативність учасників, їх самостійність і відповідальність за результати роботи кожного члена групи;
- наявність взаєморозуміння між членами групи;
- вмотивованість і готовність до продуктивної спільної роботи;
- задоволеність від виконання групових дій.

Варто наголосити на проведенні соціально-психологічного тренінгу як форми групової роботи з відновлення психічного здоров'я дорослих. Такий тренінг може бути спрямований на тренування і розвиток необхідних якостей дорослої людини. Його зміст характеризується накопиченням комплексу інтерактивних методів з практичної психології, які використовуються з метою формування навичок самопізнання, саморефлексії.

До специфіки соціально-психологічного тренінгу українські психологи В. Панок, І. Ткачук відносять: створення стану довіри і творчої свободи для всіх учасників, формування у них націленості на надання заходів з психологічної допомоги, розвиток об'єктивного оцінювання емоцій «учасників щодо себе і один до одного, розкриття нових якостей особистості... та реалізацію творчого потенціалу і досягнення оптимального рівня життєдіяльності» [9, с. 33].

О. Паламарчук, К. Чухрій виокремлюють такі важливі аспекти надання психологічної підтримки в груповій роботі як: діяльнісний, контролюючий та соціально-особистісний [31].

Узагальнюючи наукові психологічні праці [9; 33; 43] відзначимо їх особливості:

- 1) діяльнісний аспект: особливість психологічного впливу в межах цього аспекту полягає в підвищенні результативності діяльності;
- 2) «контроль та управління функціональним станом особистості та його корекція: заходи психологічної підтримки спрямовані на нейтралізацію негативних станів, що знижують ефективність діяльності та погіршують психічне здоров'я;
- 3) соціально-особистісний аспект: питання, пов'язані з динамікою мотивів, рівнем прив'язаності, із специфікою міжособистісних стосунків, рівнем

тривожності, схильності до страхів, ризиків, психологічним задоволенням від життя» [9, с. 61].

Відзначимо, що до найбільш ефективних видів діяльності з ВПО, на думку багатьох українських науковців, слід віднести групову корекційно-відновлювальну, психотерапевтичну та психореабілітаційну діяльність, яка поєднує в собі форми, метод, техніки і засоби практичної роботи різних психологічних і психотерапевтичних наукових підході напрямів, в залежності від актуального емоційного стану, психофізіологічних, вікових, когнітивних особливостей учасників групи [32].

Проаналізувавши наукові праці українських дослідників останніх років, нами встановлено й узагальнено, що для забезпечення продуктивної психологічної роботи з ВПО щодо відновлення їхнього психічного здоров'я важливо наступне:

1) створювати безпечний і сприятливий простір під час групових зустрічей впродовж усієї взаємодії. Наприклад, можна запропонувати учасникам самостійно сформулювати правила роботи групи (це і буде першим кроком відновлення контролю над власним життям);

2) уникати вторинної психологічної травматизації. Це психологічний феномен проживання події, про яку є дискретна інформація і яку «домальовує» лімбічна система у вигляді ілюзорних новоутворень, прийнятих свідомістю за справжні. Промальовування події набагато страшніше для людини ніж процес проживання нею події, адже подія закінчилася, а в ілюзіях може тривати скільки завгодно часу, обростаючи новими подробицями, що руйнують психічний стан;

3) відстежувати динаміку групи та баланс особистих ресурсів учасників з метою своєчасного втручання психолога у груповий процес;

4) формувати ідеї взаємної підтримки в групі ВПО як учасників та поза її межами, оскільки вони є один в одного (ідея релятивізму);

5) сприяти збереженню у всіх учасників групи внутрішньої рівноваги, душевного спокою, відновленню психічної стійкості, зниженню агресії, пошуку мотивації до самопізнання, саморегулювання і підвищення життєстійкості;

6) рефлексувати трагічний досвід ВПО, компанувати здобутки, орієнтувати на відновлення особистісних ресурсів, розширення перспектив, підвищення самооцінки, пошук нових ідей тощо;

7) обов'язково застосовувати творчі завдання та техніки арт-терапії;

8) навчати ВПО основним формам саморегуляції, боротьби зі стресом. Це сприятиме нормалізації ситуації, в якій вони опинилися, формуванню відчуттів приналежності до групи [8; 36].

Таким чином, групи підтримки ВПО створюються за ініціативи та участі активних членів недержавних громадських (ветеранських) організацій, або громади. Такі групи сприяють згуртованості членів громади разом з ВПО, розвитку їх впевненості у власних силах. Група відображає середовище у мініатюрі, водночас груповий досвід протидіє відчуженню ВПО, допомагає їм у вирішенні міжособистісних проблем тощо.

Варто враховувати, що особистісний розвиток дорослих, які отримали статус ВПО, характеризується зниженням психічної активності, економним використанням психічних і пізнавальних ресурсів, погіршенням усіх функціональних процесів особистості і таких психічних якостей як емоції, здібності, воля та послабленням здоров'я (як фізичного так і психічного).

Таким чином психологічними особливостями дорослих ВПО є:

1) усі форми психологічного захисту, які особа використовувала впродовж всього свого життя, в умовах воєнного стану виявляються недієвими;

2) поява кризи «Я-ідентичності»;

4) поява агресивності і підвищення тривожності, що призводить до зниження соціальної і психічної активності.

Відзначимо, що неочікувана зміна звичайного соціального середовища, невизначеність і неусвідомленість свого соціального стану, ще сильніше впливає на появу цих особливостей у дорослих осіб. У таких випадках потрібна допомога кваліфікованих і досвідчених психологів як фахівців з психічного здоров'я. Такі спеціалісти зможуть допомогти людям з депресією, біполярним розладом,

залежністю, тривожністю та іншими станами, які впливають на їхні думки та поведінку.

Підсумовуючи відзначимо, що результатом відновлення психічного здоров'я ВПО має бути психологічне включення їх у діяльність, що супроводжується реалізацією внутрішньо особистісних ресурсів підтримки психічної активності і підвищення життєстійкості в умовах військового стану в країні. Перед українським суспільством постала гостра і складна проблема організації системи підтримки і відновлення психічного здоров'я українських ВПО в умовах воєнного стану.

Таким чином, теорія і практика підтримки ВПО має і надалі вдосконалюватись, враховуючи групові форми надання психологічної допомоги.

Висновки до першого розділу

Теоретичний аналіз наукових досліджень дозволив встановити, що психічне здоров'я належить до питань, які з часом потребують значної уваги з боку суспільства. Причинами цього є зростання поширеності психічних розладів у дорослих, порушення соціального функціонування та якості життя не тільки самих хворих людей, а й членів їх родин, що зумовлює значні витрати держави на лікування чи реабілітацію осіб із вадами психічного здоров'я.

Загальна методологія дослідження особливостей ґрунтується на провідних ідеях системного підходу (характеризує єдність системи взаємодії особи з соціальним середовищем, у якій будь-які зміни, що відбуваються в будь якій одній із підсистем, обов'язково впливають на всі інші та, загалом, на всю систему); доповнюється положеннями комплексного підходу (розглядає відновлення психічного здоров'я як інтеграцію й посилення дорослого «Я» ВПО); теоріями особистісно орієнтованого підходу (дозволяє визначати особистість у єдності її складових і цілісності структури, беручи до уваги віковий, психологічний та соціальний виміри) та положеннями і практиками діяльнісного підходу (активність дорослих ВПО, їх вчинки).

З'ясовано, що психічне здоров'я ВПО слід розуміти як інтегральну характеристику повноцінності психічного функціонування ВПО, основу якого становить повноцінний розвиток психічних процесів. Воно виступає складовою разом з фізичним і соціальним здоров'ям моделі здоров'я людини та умовою самоактуалізації особистості ВПО, її повноцінного розвитку та функціонування в середовищі.

Переживання дорослою людиною умов вимушеної міграції і кризових подій у соціумі, поряд з виникненням негативних психоемоційних станів, відчаю містить внутрішній особистісний ресурсний потенціал, який полягає в мобілізації активності, в розумінні, визначенні та усвідомленні свого нового соціального статусу, у переосмисленні життя та у включенні резервів психіки.

Доведено й обґрунтовано роль групової роботи з ВПО з метою відновлення їхнього психічного здоров'я.

Теоретичний аналіз психологічної літератури дозволяє стверджувати, що процес відновлення психічного здоров'я є специфічною формою здійснення пролонгованої психологічної допомоги такій категорії населення як ВПО. Така допомога передбачає пошук ефективних дій психолога, які дають змогу, з одного боку, адекватно відповідати на потреби зазначеної категорії населення як ВПО, а з іншого – уможлиблює забезпечення відповідних психологічних послуг.

У наступному розділі обґрунтуємо організацію, процедуру і результати емпіричного дослідження стану психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ В УКРАЇНІ

2.1 Організація та методика дослідження

Емпіричне дослідження проводилося впродовж вересня-жовтня 2023 року. У дослідженні загалом брали участь 65 осіб дорослого віку. Базою проведення дослідження була психологічна студія «Персона», а також відкритий простір в офісному центрі, що розташовані у місті Запоріжжі. Крім того в дослідженні взяли участь студентська молодь і дорослі, які відвідували центри для внутрішньо переміщених осіб у м. Київ. Всі респонденти мали статус ВПО.

Емпіричне дослідження складалось із трьох етапів експерименту: констатувального, формувального та контрольного.

Метою констатувального етапу було здійснення відбору та обґрунтування доцільності методик діагностики ВПО, формування та опис вибірки респондентів. До завдань цього етапу віднесено:

- 1) відбір психодіагностичних методик для ВПО;
- 2) формування вибірки респондентів;
- 3) проведення діагностування.

Констатувальний етап емпіричного дослідження складався із двох послідовних дій. Спочатку – було проведено відбір та апробацію психодіагностичних методик і складено послідовну схему проведення діагностики ВПО. Зазначимо, що вибір методик був обумовлений цілями та завданнями дослідження. Підчас діагностування використовувались методики, які докладно описані в наукових джерелах. Потім – за результатами діагностики нами було сформульовано гіпотезу дослідження і проведено розподіл респондентів на експериментальну (ЕГ) і контрольну (КГ) групи для впровадження програми відновлення психічного здоров'я.

Математична обробка отриманих результатів проводилася за допомогою спеціалізованої прикладної програми Microsoft Office Excel 2003.

На констатувальному етапі брали участь 37 осіб дорослого віку, з яких 32 (86,49%) – це жінки та 5 (13,51%) – чоловіки, віком від 22 до 72 років. Відзначимо, що значна частина ВПО були похилого віку: 15 (40,54%) осіб. Студентська молодь складала 12 осіб (32,43%), дорослих учасників було 10 (27,03%). Стосовно рівня освіти, то тут було утворено такі групи: 21 особа (56,76%) опитуваних мали закінчену вищу освіту, а 16 (43,24%) мали загальну середню, середню спеціальну та незакінчену вищу освіту.

Результати, що отримано на констатувальному етапі, дозволили визначити особливості дорослих ВПО, які впливають на їхній процес відновлення психічного здоров'я. Спираючись на дані цього етапу нами було виокремлено напрями формування психічного потенціалу українських ВПО під час воєнного стану.

За результатами констатувального етапу дослідження також були узагальнені рівні психічного здоров'я ВПО і сформовано гіпотезу дослідження, яка полягала в тому, що надання ВПО фахової психологічної допомоги з урахуванням їхніх особливостей (якість життя, психологічне благополуччя, наявність агресії і тривожність) буде мати позитивний вплив на відновлення їхнього психічного здоров'я.

Формувальний етап емпіричного дослідження проводився на початку жовтня 2023 р. Цільову аудиторію респондентів формувального експерименту склали дорослі люди 22–72 років, які за результатами констатувального етапу емпіричного дослідження були віднесені до груп з різним рівнем прояву психічного здоров'я. З-поміж респондентів було утворено дві групи: контрольну групу склали 22 особи; експериментальну групу склали 15 осіб.

До ЕГ увійшли ВПО, які проживали у м. Запоріжжі. До КГ увійшли ВПО, які мешкали у м. Києві і відвідували центри для надання послуг вимушеним переселенцям. Частота зустрічей у формувальній частині в ЕГ відбувалася 1 раз

на тиждень та складала 3 години, проте в КГ частота зустрічей відбувалась 1 раз на місяць і складала 1,5 години.

Метою формувального етапу була розробка й апробація програми відновлення психічного здоров'я вимушено переміщених. Завдання формувального етапу:

- 1) скласти програму відновлення психічного здоров'я ВПО;
- 2) апробувати цю програму.

На формувальному етапі взяло участь 28 ВПО: 15 осіб склали ЕГ та 13 ВПО увійшли до КГ.

Після впровадження програми відновлення психічного здоров'я в ЕГ – з'ясовувалась її результативність та ефективність. Для цього було реалізовано контрольний етап емпіричного дослідження.

Завдання контрольного етапу:

- 1) проведення повторної діагностики представників ЕГ та КГ за комплексом психодіагностичних методик;
- 2) порівняння результатів діагностування респондентів в ЕГ та КГ до і після впровадження формувальних заходів;
- 3) висновок про підтвердження чи спростування гіпотези дослідження;
- 4) складання рекомендацій з відновлення психічного здоров'я вимушено переміщених осіб.

Контрольний етап було проведено наприкінці жовтня 2023 р. За отриманими результатами контрольного етапу було перевірено гіпотезу дослідження, доведено ефективність проведеної психологічної роботи із відновлення психічного здоров'я і складено рекомендації.

У процесі діагностики на констатувальному і контрольному етапах дослідження було використано такі психодіагностичні методики:

- 1) шкала оцінки якості життя (О. Чабан) [49];
- 2) методика самооцінки рівня тривожності (за методикою «Шкала оцінки рівня реактивної й особистісної тривожності» Ч. Д. Спілбергера-Ю. Ханіна) [25; 37];

3) методика діагностики показників і форм агресії (А. Басса, А. Даркі, в адаптації О. Осницького) [14, с. 56];

4) опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» («The Mental Health Continuum – Short Form») (К. Кіз) (адаптація Е. Носенко, А. Четверик-Бурчак) [30];

5) методика «Тест життєстійкості» С. Мадді [60; 61].

Зазначені методики допомогли встановити диференціацію рівнів психічного здоров'я ВПО, що дозволило виокремити високий, достатній та низький рівні.

Пропонуємо короткий опис зазначених методик.

1. Шкала оцінки якості життя призначення для оцінювання задоволеності різними сферами життя. Методика містить 10 запитань.

Інструкція: «Згадайте, будь-ласка, ті події, що відбувались із вами за останні 30 днів. Враховуючі їх, наскільки ви були задоволені таким із нижчепереліченого. Вкажіть ту кількість балів, яка підходить найбільше, від 0 до 10), де: 0 – зовсім не задоволений(а), 1–3 – більш незадоволений, ніж задоволений(а), 4–6 – посередньо, 7–9 – більш задоволений(а), ніж незадоволений(а), 10 – надзвичайно задоволений(а)» [49, с. 160].

Шкали заповнює кожний респондент самостійно. Мінімальна кількість балів, яку може отримати дорівнює 0, максимальна кількість складає 100 балів. Назви шкал «Чи задоволені Ви: 1. Своїм фізичним станом? 2. Настроєм? 3. Проведенням вільного часу? 4. Любов'ю, сексуальною активністю? 5. Повсякденною активністю (хобі, робота по дому та ін.)? 6. Соціальною активністю (спілкування з рідними, друзями)? 7. Фінансовим благополуччям? 8. Умовами проживання? 9. Роботою, навчанням, іншою зайнятістю? 10. Загальний рівень задоволеності життям?

Інтерпретація рівня якості життя за отриманими балами така: дуже низький рівень – до 56 балів включно, низький – від 57 до 66 включно, середній – від 67 до 75 включно, високий – від 76 до 82 включно, дуже високий – від 83 балів.

У дослідженні ми використовували середнє значення показників рівнів якості життя, яке обчислили з а формулою:

$$\underline{X} = (X_1 + X_2 + X_3 + X_4 + X_5) / 5, \quad (2.1)$$

де 5 – це кількість рівнів якості життя.

2. Методика самооцінки рівня тривожності ВПО проведена за методикою «Шкала оцінки рівня реактивної й особистісної тривожності» Ч. Д. Спілбергера – Ю. Ханіна. Пропонована методика є інформативним способом самооцінки особою власної тривожності як психічного стану (реактивна тривожність) та особистісної тривожності (як стійкої властивості).

Методика містить 40 запитань і 4 відповіді на них в діапазоні: ніколи, майже ніколи, часто, завжди. У методиці пропоновано дві підшкали на 20 запитань кожна:

1) шкала стану тривоги (або ситуативної тривожності), дозволяє оцінити опитаному його існуючий (поточний) стан тривоги, використовуючи суб'єктивні відчуття страху, нервозності, напруження та збудження вегетативної нервової системи. Ситуативна тривожність як стан ВПО характеризується суб'єктивно пережитими емоціями (напруженням, збудженням, заклопотаністю, нервозністю тощо). Така тривожність виникає як реакція на стресову ситуацію, яку пережила чи переживає особа, вона може бути різною за інтенсивністю та динамічністю впродовж певного відрізка часу;

2) шкала особистої тривожності дозволяє опитаному оцінити відносно стабільні характеристики його особистості, до прикладу, схильність до занепокоєння, наявність стану безпеки, напруження чи спокою [25].

Під особистісною тривожністю психологи розуміють стійку індивідуальну характеристику особистості, яка відображає її схильність до тривоги [22]. Особиста тривожність активізується при сприйнятті людиною певних стимулів як небезпечних для неї.

Відзначимо, що в кінці діагностування зіставлення результатів за обома підшкалами дасть можливість оцінити індивідуальну значущість стресової ситуації для кожного із ВПО, які взяли участь в опитуванні. Діагностування

підшкал реактивної та активної тривожності дозволяє психологу достатньо точно судити про прояв особливостей поведінки ВПО щодо її ставлення до власної активності.

Обробка результатів за цією методикою:

- 1) визначення показників ситуативної та особистісної тривожності за допомогою ключа;
- 2) оцінка рівнів ситуативної й особистісної тривожності;
- 3) складання рекомендацій для корекції поведінки респондентів.

Інтерпретація показників оцінки тривожності: якщо у респондента встановлено до 30 балів, то це характеризує наявність низької тривожності; якщо – від 31 до 44 балів, то це наявна помірна тривожність, а якщо від 45 і більше балів – то встановлена висока тривожність.

3. Методика діагностики показників і форм агресії (А. Басса, А. Дарки, в адаптації О. Осницького) призначена для дослідження структури агресивності особи та визначення особливостей показників і форм агресії.

Методика складається з реєстраційного бланку, інструкції виконання, бланку з 74 твердженнями, також містить опис обробки отриманих даних та інтерпретацію результатів. Всі твердження визначають такі форми агресії як: фізична, вербальна, непряма, а також такі риси особистості як негативізм, образа, почуття провини, роздратування та підозрілість.

У методиці представлено два інтегральних показники: індекс агресивності $(\text{фізична агресія} + \text{вербальна агресія} + \text{непряма агресія}) / 3$) та індекс ворожості $(\text{Підозрілість} + \text{Образа}) / 2$). Отримані результати цих індексів свідчать про норму, чи відхиленість від норми у результатах для кожного окремого респондента.

Наголосимо, що в психології дослідники розрізняють інструментальну та деструктивну агресії. У ВПО можуть проявлятися обидві форми агресії. До прикладу, О. Лич зазначає, що інструментальна агресія спрямована на дії особистості з подолання побутових труднощів, проявів депресивності,

пасивності тощо. Деструктивна агресія виникає внаслідок появи соціальних нововведень, неочікуваної зміни кола спілкування [20].

4. Опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» («The Mental Health Continuum – Short Form») (К. Кіз) в адаптації Е. Носенко та А. Четверик-Бурчак передбачає операціоналізацію терміну «психічне здоров'я» як переживання ознак психічного, соціального та суб'єктивного благополуччя. У бланку опитувальника пропонується респондентам відповісти на запитання «Як часто протягом двох тижнів Ви відчували...»: «щастя», «задоволення», «цікавість до життя», «що можете зробити важливий внесок для суспільства», «належність до певної соціальної групи», «що наше суспільство стає кращим для таких людей як Ви», «що маєте мету і сенс жити» тощо. Також слід визначити частоту переживання пропонованих в бланку станів. Всі відповіді можуть мати від 0 до 5 балів: «ніколи (0 балів)», «1–2 рази на тиждень (1 бал)», «приблизно 1 раз на тиждень (2 бали)», «приблизно 2–3 рази на тиждень (3 бали)», «майже кожен день (4 бали)» та «кожен день (5 балів)». Всі бали треба підсумувати [30].

Бали можуть знаходитися в діапазоні від 0 до 70. Категорія «Процвітання» характеризується відповідями на запитання 1–4 як «кожен день». Ця категорія у респондента діагностується, якщо він відчуває принаймні один із трьох симптомів гедонічного благополуччя (запитання 1–3) «Кожен день» або «Майже кожен день» і переживає принаймні 6 із 11 симптомів позитивного функціонування (питання 4–14) «Кожен день» або «Майже кожен день» (Метод дослід, 2023, с. 23).

Категорія «Пригнічення» визначається, коли респондент має більшість відповідей «ніколи» або «1–2 рази на тиждень». Цю категорію діагностують у респондента, якщо він впродовж останнього місяця (двох тижнів) не переживав жодного із трьох симптомів гедонічного благополуччя (запитання 1–3), 6 з 11 симптомів позитивного функціонування (запитання 4–14, серед яких 4–8 твердження є показниками соціального благополуччя, а 9–14 – показниками психологічного благополуччя) [25, с. 23].

У респондентів, які не увійшли до цих двох категорій діагностується помірний (задовільний) рівень психічного здоров'я.

5. Методика «Тест життєстійкості» призначена для оцінки здатності і готовності ВПО активно діяти в складній ситуації. Цей тест є адаптацію опитувальника Hardiness Survey, розробленого американським психологом С. Мадді.

Життєстійкість є особистісною характеристикою, яка загальною мірою визначає психічне здоров'я людини і має три життєві настанови: залученість, контроль над ситуаціями та готовність до ризику [60]. Розуміти життєстійкість слід як міру здатності особистості дорослого витримувати ситуацію стресу, зберігаючи внутрішню збалансованість і не знижуючи успішність діяльності. На думку психологів, саме життєстійкість характеризує систему переконань дорослого про себе, про вплив середовища, яка включає в себе три автономних складових: залученість, контроль та прийняття ризику.

Охарактеризуємо ці складові для ВПО «Залученість» характеризує наявність у дорослого моменту вибору чи взаємодіяти з соціальним оточенням, чи обмежити себе у міжособистісних стосунках, що відображає зв'язок дій з емоційною сферою людини. «Контроль» характеризує особливості ВПО діяти з пошуку шляхів, методів впливу на життєві ситуації. Наявність цієї складової свідчить про свідомий пошук причинно-наслідкових зв'язків між діями та вчинками ВПО та тією реальністю, в якій вони знаходяться. Контроль напруги пов'язаний з когнітивною сферою дорослого, що дозволяє їй переосмислити і перевести напруженість від реальності у менш стресогенний емоційний стан, щоб не залишитись на самоті з життєвими проблемами. «Прийняття ризику» певною мірою свідчить про можливість ВПО отримувати власний досвід, бути спроможною його трансформувати. Ця складова життєстійкості відбивається на поведінковій сфері ВПО та характеризує її активність.

У тесті є 45 тверджень, і треба вибрати один із запропонованих варіантів відповідей: «ні», «скоріше ні, ніж так», «скоріше так, ніж ні», «так». Твердження розподілені за субшкалами: залученість, контроль і прийняття ризику.

Обробка та інтерпретація результатів здійснюється за алгоритмом:

1) підрахунок результатів відповідей на прямі пункти містить бали від 0 до 3 («ні» – 0 балів, «скоріше ні, ніж так» – 1 бал, «скоріше так, ніж ні» – 2 бали, «так» – 3 бали);

2) відповідям на зворотні пункти присвоюються бали від 3 до 0 («ні» – 3 бали, «так» – 0 балів);

3) підсумовується загальний бал життестійкості і показники для кожної зі субшкал. За субшкалами отримані бали мають норму, середнє і вище середнє значення. Так вище середнє значення свідчить про вираженість вимірюваних показників [60]. Зазначимо, що використання методики «Тест життестійкості» у практиці діагностики ВПО дозволяє перейти до вивчення емоційно-особистісного виміру переживання складних життєвих ситуацій, прояву зусиль із подолання дорослим соціальних викликів та випробувань.

Відбір та використання вищезазначених методик довели необхідність узагальнення рівнів психічного здоров'я:

- високого (наявність адаптованості до виникаючих соціальних викликів, умотивованість до активної діяльності, вирішення складних життєвих ситуацій, толерантність до змінних умов існування у соціумі, високі адаптивні здібності, незначна ситуативна тривожність, низька агресія або нижча від норми, адекватна соціальна поведінка та самооцінка);

- достатнього (агресія в нормі, помірна тривожність, прагнення удосконалювати власний досвід та приймати ситуації ризику, наявність помірної соціальної активності й достатнього рівня адаптивних здібностей, самооцінка адекватна);

- низького (агресія вища за норму, висока тривожність, відсутність усвідомлення сенсу життя, наявність соціальної ізоляції, відсутність активної діяльності, збудженість, низькі адаптивні здібності, занижена самооцінка).

Відзначимо, що під час проведення діагностики ВПО, нами було використано діагностичні і психоконсультативні заходи. Так на констатувальному етапі дослідження під час діагностування нами

використовувалось неформалізоване інтерв'ю. Метою неформалізованого інтерв'ю стало з'ясування ключових проблем ВПО.

Неформалізоване інтерв'ю відбувалося у такій послідовності запитань:

- 1) який спосіб життя зараз у ВПО в новому соціальному середовищі?;
- 2) чи має ВПО позитивне відношення до проведення психологом діагностичних обстежень?;
- 3) чи є в ВПО прагнення до збереження й відновлення власного психічного здоров'я?

На формувальному етапі після кожної зустрічі з респондентами ЕГ проводились або індивідуальні бесіди, або групові заняття у форматі груп підтримки, спрямовані на підвищення соціальної активності, ознайомлення з конфліктологічною компетентністю, розширення способів конструктивної поведінки (через копінг-стратегії) з метою подолання виникаючих конфліктних ситуацій при спілкуванні з оточуючими людьми.

На контрольному етапі з респондентами ЕГ проводились групові заняття психоедукаційної спрямованості. З респондентами КГ таких заходів не було проведено.

В узагальненому унаочненому вигляді організація емпіричного дослідження має таку послідовність (див. рис. 2.1).

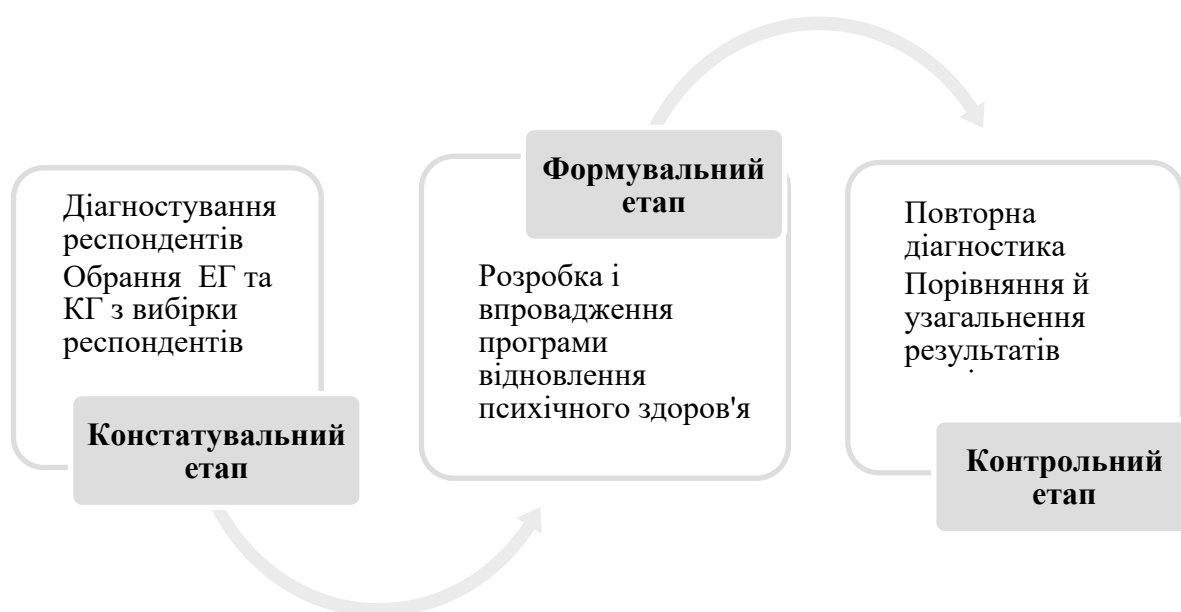


Рис. 2.1 Послідовність проведення емпіричного дослідження

Погоджуємось з думкою М. Мушкевич про те, що особливість психодіагностики з позиції системного підходу характеризує єдність пізнання життєвої ситуації дорослого та надання йому необхідної й своєчасної психологічної допомоги [27].

Таким чином, емпіричне дослідження містило такі етапи: констатувальний, формувальний та контрольний, а для проведення діагностування було складено комплекс із п'яти послідовних психодіагностичних методик. У емпіричному дослідженні використовувались такі методи як: бесіди, неформалізоване інтерв'ю, опитування, тестування, експеримент.

У наступному підрозділі висвітлимо результати діагностування ВПО на констатувальному етапі.

2.2. Діагностика стану психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб

Проаналізуємо результати діагностування ВПО в кількості 37 осіб на констатувальному етапі дослідження.

У результаті проведення з ВПО «Шкала оцінки якості життя» отримано такі данні (див табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Рівень якості життя ВПО на констатувальному етапі

Рівень	Кількість	У %	Середнє значення ($\bar{X}$) у балах
Дуже високий	0	0	Відсутнє
Високий	3	8,11	78,67
Середній	6	16,21	69,83
Низький	14	37,84	58,39
Дуже низький	14	37,84	50,42
Разом	37	100	$\bar{X} = 51,46$

За табличними даними маємо, що дуже високий рівень якості життя в опитаних ВПО не виявлено. У 3 (8,11%) респондентів визначено високий рівень.

У цих ВПО спостерігалось значне задоволення власним фізичним станом, настроєм, вони, на їх думку, насичено проводили вільний час, стали соціально активні, з'явилась додаткова фінансова підтримка (виплати, допомога тощо), покращились умови проживання. Зазначимо, що це були жінки віком 64, 65 і 67 років, для яких нині умови життя після переїзду з окупованих територій стали дуже приємними.

За результатами бесід з ними було встановлено, що ці жінки були всім задоволені і раділи, що зараз вони в дуже гарних умовах живуть, ніж раніше. Також у них є гуманітарна допомога, їжа і коло спілкування. Середній рівень встановлено у 6 (16,21%) ВПО. Ці респонденті були сильно задоволені фінансовим станом, умовами проживання (де хто отримав безкоштовне житло), отриманою роботою та можливістю бути соціально активними. Низький і дуже низький рівень було встановлено разом у 28 (75,68%) ВПО. Це більша частина опитаних. Для них характерним стала відсутність роботи за спеціальністю, належних умов проживання, недостатність вільного часу, фінансів тощо.

Узагальнений за формулою 2.1 середній показник рівнів склав 51,46 бали, що відповідає дуже низькому рівню якості життя. Отже, у ВПО встановлено у середньому дуже низький рівень задоволеності якістю життя на цей період часу.

Результати діагностики респондентів за методикою «Шкала оцінки рівня реактивної й особистісної тривожності» Ч. Д. Спілбергера – Ю. Ханіна узагальнено в табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Рівні тривожності ВПО на констатувальному етапі

Рівні	Особистісна тривожність		Ситуативна тривожність		Тривожність середнє значення ($\bar{X}$)	
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
Низький	2	5,40	6	16,22	4	10,80
Помірний	14	35,85	13	35,13	13	35,13
Високий	21	56,75	18	48,65	20	54,07

Разом	37	100	37	100	37	100
-------	----	-----	----	-----	----	-----

У більшості діагностованих ВПО виявлено показники високих рівнів особистісної і ситуативної тривожності: 21 (56,75%) та 18 (48,65) відповідно. Показник помірного рівня особистісної тривожності визначено у 14 (35,85%) респондентів та у 13 (35,13 %) – показник помірного рівня ситуативної тривожності. Спостерігаємо деякі відмінності у показниках низького рівня на констатувальному етапі: так у 2 (5,40%) ВПО визначено низьку особистісну тривожність, а в 6 (16,22%) – низьку ситуативну тривожність.

Отримані результати свідчать, що у дорослих ВПО є високий рівень як особистісної так і ситуативної тривожності. Це характеризує у них наявність емоційних переживань, стресових пригнічених реакцій, кожна з яких впливає на їх психосоматичний стан, на когнітивні процеси (сприйняття, мислення, увагу тощо), поведінку в новому соціальному оточенні. При цьому слід враховувати, що висока тривожність у дорослих людей породжується внаслідок реального неблагополуччя та є наслідком певних вад в оцінці власного стану. Тому у 20(54,07%) ВПО визначено високий рівень тривожності за середніми показниками.

Результати діагностики ВПО за методикою діагностики показників і форм агресії (А. Басса, А. Даркі, в адаптації О. Осницького) узагальнено в табл. 2.3.

Таблиця 2.3

**Рівні індексів агресивності і ворожості людей ВПО на
констатувальному етапі**

Рівні	Індекс агресивності		Індекс ворожості		Агресія (середнє значення $\bar{X}$)	
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
Нижче норми	4	10,80	6	16,20	5	13,50
Норма	17	45,95	15	40,55	16	43,25
Вище норми	16	43,25	16	43,25	16	43,25

Разом	37	100	37	100	37	100
-------	----	-----	----	-----	----	-----

При узагальненні даних діагностування бачимо, що у більшості ВПО індекс агресивності дорівнює нормі 17 (45,95%) респондентів), вище норми цей індекс визначено у 16 (43,25 %) респондентів, нижче норми – лише у 4 (10,80 %) ВПО. На нашу думку, такі показники можна пояснити тим, що люди зі статусом ВПО щоб вижити, повинні були стати агресивними. Індекс ворожості вище норми також спостерігається у значної кількості ВПО: у 16 (43,25%) респондентів, лише у 6 (16,20%) він нижче норми.

При обчислюванні середніх значень балів нами виявлено, що ВПО мають однаковий показник агресії як в нормі так і вище норми: встановлено у 16 (43,25) респондентів за кожним рівнем. Також незначна кількість 5(13,50%) ВПО мала показник агресії нижче норми.

Отримані результати характеризують схильність досліджуваних ВПО до таких видів агресії, як непряма агресія (характерна спрямованість на іншу особу) і вербальна агресія. У ході бесід було встановлено, що у респондентів з показниками вище норми виникли почуття прикrostі та гніву на весь світ за дійсні страждання.

Рівні агресії, встановленої у ВПО за середніми показниками унаочнено на рис. 2.2.



Рис. 2.2. Рівні агресії за середніми показниками ВПО на констатувальному етапі (у%)

Як бачимо, у ВПО рівні агресії за нормою і вище норми однакові по 43,25%. На нашу думку, це пов'язано з тим, що вони як мешканці у минулому з окупованих територій, мають специфічне положення в системі особистих відносин у новому соціумі, яке залежить від двох чинників: якостей самої дорослої особи й характерних рис середовища, в якому вони опинились

Результати діагностування респондентів за опитувальником «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» в адаптації Е. Носенко та А. Четверик-Бурчак передбачає характеристику категорій психічного здоров'я як переживання ВПО ознак психічного, соціального та суб'єктивного благополуччя (див. табл. 2.4).

За отриманими й узагальненими даними встановлено, що такої категорії психічного здоров'я як «Процвітання» у ВПО не визначено. Це зрозуміло, бо йде війна і люди живуть у скрутному становищі і небезпеці. Помірність стосовно психічного здоров'я визначена у 6 (16,22%) респондентів, а «Пригніченість» – у більшій частині 31 (87,78%) ВПО. Ця частина ВПО характеризується емоційно-когнітивними ознаками погіршення психічного здоров'я.

Таблиця 2.4

Категорії психічного здоров'я у ВПО на констатувальному етапі

Категорії	Кількість	У %	Середні бали ($\bar{X}$)
Процвітання	0	0	0
Помірність	6	16,22	33,56
Пригнічення	31	87,78	14,27
Разом	37	100	15,98

У переважної більшості дорослих ВПО виявлено необґрунтовану тривожність, понижений (пригнічений) емоційний настрій, дратівливість або прояви злості по відношенню до себе чи навколишніх людей, також апатія, неухважність. У них, у ході бесід, встановлені негативні думки про своє майбутнє. Особливо це стосується ВПО похилого віку.

Результати діагностики ВПО за методикою «Тест життєстійкості» (див. табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Рівні прояву життєстійкості ВПО на констатувальному етапі

Рівні	Залучення		Контроль		Прийняття ризику		Життєстійкість	
	К-ть	%	К-ть	%	К-ть	%	К-ть	%
Низький	15	40,56	21	56,77	21	56,77	18	48,64
Середній	18	48,64	13	35,13	12	32,13	16	43,26
Високий	4	10,80	3	8,10	4	10,80	3	8,10
Разом	37	100	37	100	37	100	37	100

Рівні прояву такої особистісної якості як життєстійкості у ВПО мають наступні особливості.

По-перше, достатня більшість респондентів мають низький рівень показників «залучення» (15 – 40,56 %), «контроль» (21 – 56,77 %), «прийняття ризику» (21 – 56,77 %). Пояснимо ці показники. Так низький рівень за

показником «залучення» свідчить про те, що ВПО не розуміють навколишню дійсності, сприймають її як «чужу», нецікаву. ВПО, що мають цей рівень залученості завжди роблять вибір чи взаємодіяти з соціальним оточенням, чи навпаки, слід обмежити соціальні контакти. Така їхня особливість характеризується наявністю впливу стороннього примусового вибору, якому посприяли як зовнішні чинники, так і внутрішні чинники та неспроможність дорослого завдяки наявності невирішених особистісних проблем звернутись за допомогою до психологів.

За показником «контроль» низький рівень визначає наявність у ВПО відчуття небезпеки, безпорадності та внутрішнього безсилля, відсутність усвідомленого пошуку причинно-наслідкових зв'язків між діями та вчинками дорослих та тією реальністю, в якій вони зараз діють, про неможливість виокремлення внутрішніх ресурсів задля вирішення труднощів власного життя.

Низький рівень за показником «прийняття ризику» характеризує такий стан ВПО, коли будь-яка взаємодія з членами родини чи оточуючими людьми, зі знайомими чи незнайомими завжди містять для них елемент несподіванки. В осіб зі статусом ВПО виникає розчарування, що робить їх психологічно неготовими до спілкування та активних дій і вчинків.

По-друге, встановлено достатню кількість респондентів з показниками середнього рівня за всіма субшкалами: «залученість» (18 – 48,64 %), «контроль» (13 – 35,13 %), «прийняття ризику» (21 – 32,13 %). Середній рівень характеризує помірну активність ВПО до дій і вчинків у складних життєвих ситуаціях. Дорослі з середнім рівнем вищезазначених показників субшкал мають достатню сміливість усвідомлювати складні життєві ситуації, намагаються не уникати їх і впливати на їх подолання. До прикладу, середні показники рівнів за субшкалою «прийняття ризику» характеризують у ВПО достатній ступінь відкритості по відношенню до дійсності з усіма негараздами та вдалими випадками, що очікують дорослого в новому середовищі. Водночас його поведінка характеризує можливість використати власний досвід і ресурси соціальних відносин та набути нові.

По-третє, за всіма субшкалами показники високого рівня встановлено лише у незначній кількості ВПО: так «залученість» спостерігається у 4 (10,80 %) осіб, «контроль» – у 3 (8,10 %), «прийняття ризику» також у 4 (10,80 %) респондентів. ВПО, що мають цей рівень складових життєдіяльності відзначаються усвідомленням свого становища, здатністю думати, соціальною активністю, можливістю оцінювання обставин життя, як саме слід діяти та які наслідки можуть очікуватись. До прикладу, високий рівень за субшкалою «контроль» характеризує ВПО, яка вмотивована брати участь у перетворенні власного життя, має здатність контролювати його та нести відповідальність за наслідки власних дій.

За результатами розподілу складових життєстійкості відповідно до високого, середнього та низького рівнів нами отримано свідчення того, що кожна складова життєстійкості має свої специфічні прояви у ВПО і вони по-різному можуть позначатись на їхній життєдіяльності.

Унаочнимо показники рівнів життєстійкості ВПО за даними табл. 2.5 у діаграмі (див. рис. 2.3).

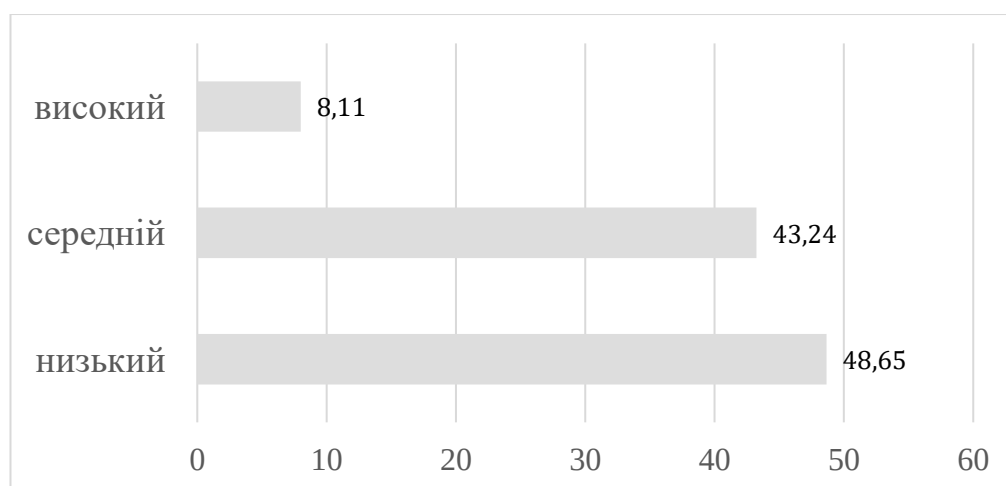


Рис. 2.3. Рівні життєстійкості ВПО на констатувальному етапі (у %)

За даними діагностики маємо, що значна більшість ВПО мають або низький рівень (18 – 48,64% респондентів), або середній рівень (16 – 43,26 % респондентів) життєстійкості. Це свідчить про необхідність психологічної допомоги ВПО різного віку з метою підвищення їх життєстійкості.

Встановлений низький рівень життєстійкості у значній кількості ВПО впливає на їх якість життя та соціальну активність. Результати наших спостережень й діагностики ВПО підтверджують цей висновок. Дійсно ці дорослі люди мають незацікавленість життям в новому соціумі, схильні до соціальної ізоляції, мало адаптовані до змін як в особистісному так і в професійному розвитку.

ВПО із середнім рівнем життєстійкості готові набувати й удосконалювати власний досвід у кризовій життєвій ситуації. За нашими спостереженнями, дорослі з цим рівнем життєстійкості не готові відокремлюватись від власних позитивних спогадів, від свого минулого життя, вони не блокують новий життєвий досвід, учасником якого вони неочікувано стали.

Показники високого рівня життєдіяльності, який встановлений лише у 3 (8,11 %) дорослих, дозволяють ВПО більш емоційно реагувати та усвідомлено будувати власне життя в умовах соціальних обмежень, маючи значну вмотивованість у здійсненні дій.

Отримані у ході діагностики результати дозволяють оцінити здатність ВПО до зустрічі з кризовими життєвими ситуаціями.

За результатами бесід, спостережень, проведення неформалізованого інтерв'ю та порівняльного кількісного аналізу даних за пропонованими методиками нами виявлено динаміку прояву категорій психічного здоров'я серед ВПО за віковою ознакою. Наприклад, віковий відрізок 60–78 років відрізняється однаковим проявом такої категорії як «Пригнічення». З нашої точки зору, це пов'язано з низькою соціальною активністю осіб цього віку.

Віковий відрізок від 22 до 60 років характеризує ВПО, у яких спостерігається значна стабільність у проявах життєвої стійкості. Це свідчить, що дорослі почувають себе впевненими у власних силах вирішувати складні життєві проблем, та знаходити коло однодумців.

Отримані результати дозволяють сформулювати гіпотезу дослідження, яка полягає у припущенні, що надання ВПО фахової психологічної допомоги у

вигляді програми відновлення психічного здоров'я буде сприяти зниженню у них агресії, тривожності і підвищенню життєстійкості.

Висновки до другого розділу

Емпіричне дослідження щодо психічного здоров'я ВПО складалось із послідовних етапів: констатувального, формувального та контрольного. Завданнями дослідження були: відбір методів і методик для ВПО з метою встановлення їхніх рівнів психічного здоров'я, формування вибірки респондентів та проведення діагностування (на констатувальному етапі); складання програми відновлення психічного здоров'я ВПО та апробація цієї програми (на формувальному етапі); проведення повторної діагностики респондентів ЕГ та КГ за складеним комплексом психодіагностичних методик, порівняння результатів діагностування в ЕГ та КГ респондентів, доведення підтвердження чи спростування гіпотези дослідження (на контрольному етапі).

Проведено діагностику, встановлено категорії психічного здоров'я і рівні життєстійкості ВПО. З'ясовано, що більшість (87,78%) ВПО мають таку категорію як «пригніченість». Також доведено, що більшість ВПО мають низький рівень показників «залучення» (40,56%), «контроль» (56,77%), «прийняття ризику» (56,77 %) як складових їхньої життєдіяльності в нових соціальних умовах.

За отриманими результатами діагностики на констатувальному етапі було сформульовано гіпотезу дослідження.

У наступному розділі презентуємо програму відновлення психічного здоров'я ВПО, обґрунтуємо результати апробації цієї програми.

РОЗДІЛ 3

ПРОГРАМА ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ДОРΟΣЛОГО ВІКУ В УКРАЇНІ

3.1 Програма відновлення психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб в умовах воєнного стану в Україні.

У першому розділі було обґрунтовано, що процес відновлення психічного здоров'я ВПО характеризується двома протилежними ознаками:

- безперервністю, довгим терміном надання психологічної допомоги;
- дискретністю (сам процес відновлення є сукупністю протилежних дискретних етапів, на кожному з яких актуалізуються внутрішні ресурси ВПО з метою їхньої інтеграції до нового соціуму).

Як будь-який процес відновлення складається з безлічі компонентів: етапів, змісту, конкретних форм психологічної роботи, прийомів, технік і методів психологічної допомоги.

У загальному вигляді виділяємо такі етапи створення і реалізації програми відновлення психічного здоров'я ВПО в умовах воєнного стану в Україні:

- 1) теоретико-діагностичний, включає в себе заходи з діагностики і оцінки психічного здоров'я ВПО;
- 2) моделюючий, представляє стан аналізу і співвіднесення даних, отриманих на першому етапі діагностики, з еталоном психічного здоров'я;
- 3) змістовно-формулюючий, що включає в себе організацію взаємодії з ВПО як в індивідуальному режимі, так і в форматі групової роботи, індивідуальні та групові консультації, тренінги, тощо);
- 4) оцінювально-рефлексивний, який пов'язаний з вторинною (контрольною) діагностикою результатів відновлення психічного здоров'я ВПО.

Реалізація цих етапів можлива тільки в межах взаємозалежної діяльності психолога з ВПО, оскільки для процесу відновлення важлива вся інформація, яка

ґрунтується на виявленні особистісних характеристик ВПО (агресія, тривожність, життєстійкість тощо) і зумовлює вибір відповідних технологій, технік і прийомів психологічної роботи.

Взявши до уваги дослідження, що присвячені ресурсному підходу в психологічній роботі з дорослими (С. Лукомська [21]; М. Мушкевич [28]; С. Мадді [61]), у пропонованій нами програмі використано а ресурсну модель взаємодії психолога з ВПО. У психології під ресурсом розуміють все те, що особисто належить людині.

С. Лукомська зазначає, що «ресурсний підхід, пов'язаний зі здатністю людини використовувати свої особистісні якості, соціальну підтримку, можливості громади у подоланні екстремальних, стресових життєвих ситуацій» [21, с.191] є одним із ефективних напрямів подолання стресу.

Для збереження свого фізичного та психічного здоров'я важливо з'ясувати наявні у дорослого ресурси, що дозволяють зберігати його адаптаційні можливості. Ресурсна модель виходить з уявлення про унікальність кожної особистості, варіативності форм організації психологічної допомоги.

Відзначимо, що потенційні ресурси дорослого можуть перебувати в емоційній, когнітивно-поведінкової та екзистенціальної сферах особистого життєвого досвіду.

Представимо програму відновлення психічного здоров'я ВПО в умовах воєнного стану.

Структурно програма розрахована на 1,5 місяця і містить 8 занять по 2 години кожне, разом 16 годин. Підґрунтям пропонованої програми стали результати проведеної у підрозділі 2.2 діагностики ВПО. До змісту програми включено особливості входження дорослого в нове соціальне середовище (ситуативна дезадаптація, взаємодія учасників програми, поява сумісності, подолання ізольованості), механізми адаптації дорослого (зниження тривоги, агресії, підвищення соціальної активності, задоволення потреби у спілкуванні, розвиток життєстійкості особистості).

Вправи для занять ми обирали з наукових джерел [24; 45]. Весь використовуваний психологом науковий практичний матеріал мав чітку логічну структуру, точність і достовірність.

Зміст розроблених нами занять був інструментально-орієнтований та особистісно-орієнтований. Ці заняття спрямовані на модифікацію поведінки ВПО в новому соціальному середовищі. Кожне заняття побудовано на біхевіоральному напрямі в теорії особистості, коли дорослий учасник розглядається з точки зору різних моделей його поведінки і можливості певними методами змінювати цю поведінку і формувати нову. В основі занять покладено застосування інтерактивних методів групової роботи.

Представимо основну структуру занять розробленої програми.

Мета програми: сприяти відновленню психічного здоров'я дорослих зі статусом ВПО.

Завдання програми занять:

- 1) ознайомити ВПО з психологічними особливостями процесу відновлення психічного здоров'я;
- 2) надати інформацію про різні види поведінки у соціально несприятливих ситуаціях і новому середовищі, ознайомити та навчити використовувати ефективні форми, методи, прийоми і техніки комунікацій;
- 3) розвивати у ВПО впевненість в собі, знижувати тривожність, фрустрацію і долати агресію, підвищувати самооцінку, життєстійкість.

Методи і прийоми психологічної діяльності під час проведення програми: просвітницькі повідомлення, надання психоедукаційної інформації; дискусії, мозковий штурм, арт-терапевтичні вправи та вправи-візуалізації; робота в групі; тренінгові вправи.

Зміст занять.

Заняття 1. Тема «Спільнота ВПО» (2 години).

Мета: сформувати довірливі стосунки серед учасників, створити постійно діючу групу підтримки.

Вступне слово психолога, привітання учасників, налаштування їх на групову роботу та прийняття правил роботи. Мета: повідомлення і прийняття правил роботи у групі, формування в учасників мотивації до групової взаємодії впродовж 1,5 місяців.

Вправа «Знайомство». Мета: ознайомлення учасників/учасниць один з одним, підвищення довіри учасників один до одного, сприяння згуртованості групи на заняттях й комфортності у подальшій груповій взаємодії.

Кожен учасник/ учасниця групи повинен/повинна «за певний час (2-3 хвилини) один одному, називаючи своє ім'я, але замість рукостискання потрібно «поклонитися». Для цього треба згадати «уклінні» вітання всіх часів і народів, можна придумати свій уклін. Після цього кожен учасник/учасниця перераховує імена тих, з ким вдалося познайомитися» [45, с. 54].

Вправа «Хто твій сусід/сусідка справа?». Мета: виявити ставлення учасників до людей з найближчого соціального оточення.

Учасник/учасниця характеризують своїх сусідів справа.

Вправа «Щоденник ставлення до оточення (людей і речей)». Мета: сформувати в учасників уміння аналізувати власне ставлення до оточення та розвинути у них навички самоспостереження і саморефлексії.

Вправа «Очікування від нашої взаємодії в групі». Мета: формування відчуття перспектив життя за ознакою «тут і зараз».

По черзі кожен учасник/учасниця доповідають, що вони бажають отримати від занять в групі. Психолог узагальнює всі відповіді і формує групові очікування від взаємодії.

По завершенні заняття психолог проводить обговорення з учасниками отриманих вражень і результатів групової взаємодії на занятті.

Заняття 2. Тема «Потреби і проблеми особистості» (2 години).

Мета: визначення особистісних і соціальних потреб і проблем ВПО.

Вправа «Через два роки». Мета: опанувати нові прийоми сприйняття проблем, що заважають у досягненні Ваших цілей.

Психолог: «Почнемо працювати з проблемами, яких у кожного з нас є в житті чимало. Якщо не проблем, то питань, які мусимо вирішувати. Одні потребують негайного рішення, другі можуть почекати і ми їх відкладаємо, треті вирішуються без нашої участі, четверті втрачають актуальність тощо.

Суть вправи полягає в тому, що кожна людина уявляє собі проблему, яка її турбує як щось таке, що не має відношення до неї особисто, ніби вона є лише стороннім спостерігачем» [45, с. 156].

Рефлексія: Які висновки ви зробили з цієї вправи?

Міні-лекція на тему «Піраміда потреб» (15 хвилин).

Вправа «Без маски». Мета: пояснення змісту власного «Я-Образу», відпрацювання в учасників умінь бути впевненим у будь якій ситуації.

Вправа «Життєвий клубок проблем». Мета: розмотування й змотування учасниками ниток як символ, що будь які складності в житті завжди можна вирішити.

Вправа «Життєвий шлях продовжується» [45, с. 61].

Мета: уявити й спланувати свій подальший життєвий шлях, намітити послідовність подій, розставити пріоритети, чіткіше усвідомити свої цілі.

Написання есе, зачитування за бажанням в групі, обговорення.

Підведення підсумків заняття.

Заняття 3. Тема «Наша комунікація. Конфлікти» (2 години).

Мета: ознайомити ВПО з видами комунікацій і стилями спілкування, сформувані вміння і навички конструктивної взаємодії з оточуючими; пояснити зміст поняття «конфлікт».

Міні-лекція «Спілкування, взаємодія і комунікація». Мета: ознайомити ВПО з визначеннями понять «комунікація», «взаємодія» і «спілкування», видами комунікативної взаємодії.

Розминка. Вправа «Конверт». Мета: розвиток комунікаційних умінь, навичок і компетенцій у учасників.

Кожний учасник/учасниця готують для обраного ними члена групи невеличкий конверт з листом. У листі написано побажання. Учасники

обмінюються конвертами, читають листи. Психолог проводить обговорення результатів виконання вправи в групі.

Робота в малих групах. Мета: розвиток навичок вирішення проблемних ситуацій, що розкривають особливості ставлень ВПО до появи і вирішення конфліктів в групі.

Проведення групового обговорення теми «Проблеми спілкування в новому середовищі». Мета: актуалізація рефлексії у ВПО, формування мотиваційної готовності до взаємодії і спілкування.

Заняття 4. Тема «Наша комунікація. Конфлікти» (продовження, 2 години).

Міні-лекція «Конфлікти у житті». Мета: ознайомити ВПО з видами конфліктів та шляхами їх подолання.

Вправа «Якості, що Вас дратують в інших людях» [44].

Мета: виявити внутрішньо особистісні конфлікти в учасників, навчити «бачити» зони соціального напруження в групі, знайти способи подолання конфлікту.

Хід виконання: «Вправа виконується у два етапи. На першому етапі напишіть якості, які Вас дратують в оточуючих. Бажано, щоб їх було понад сім. Тепер уявіть, що хтось з групи написав подібні якості. У вас є хвилина, щоб зорієнтуватися і підсісти до Ваших «одномумців», утворивши при цьому чотири трійки. На другому етапі слід сісти так, щоб Ваші утворені групи не заважали одна одній. Тепер у кожній групі по черзі представте те, що у вас вийшло, дайте відповідь на запитання та напишіть узгоджений список якостей з розшифруванням. Вам це потрібно зробити на окремому аркуші, вказавши номер своєї групи – наприклад, номер 1,2,3... відповідно. У вас на це є 8 хвилин» [44].

Вправа «Заміна негативних думок на позитивні». Мета: формування у ВПО позитивного ставлення до себе.

Вправа «Оригінальність й індивідуальність кожного». Мета: сприяти усвідомленню унікальності кожної дорослої особистості.

Хід виконання.

Психолог акцентує увагу учасників/учасниць на тому, що кожна людина неповторна та унікальна. У всіх є власні тільки їм особливості, їх життєвий досвід тощо. Сукупність і випадкова послідовність низки чинників створює неповторну оригінальну особистість. Спочатку кожний учасник спробує охарактеризувати те, в чому він унікальний. Потім заслуховуємо кожного і проводимо групове обговорення результатів.

Гра «Біле-чорне». Мета: визначення причин власних помилок у взаємодії з оточуючими, помилок у поведінці.

Робота в парах. Психолог пропонує учасникам/учасницям вибрати собі партнерів. Психолог цілком може створити пари на власний розсуд. Учасники сідають спиною один до одного та попереджаються, що контакти з партнером у процесі виконання завдання будуть заборонені. Надається ситуація, яку треба вирішити в парі.

Групове обговорення результатів заняття. Рефлексія.

Заняття 5-6. Тема «Відновлення психічного здоров'я» (4 години).

Мета: ознайомити ВПО з особливостями відновлення власного психічного здоров'я.

Міні-лекції на тему «Підхід відновлення. Recovery Approach» (див. Додаток Б).

Групова дискусія: Які чинники відновлення, на Ваш погляд, найбільш ефективні? Мета: виявлення спільного і відмінного в думках учасників. З означеної проблеми.

Діагностичний компонент заняття: метод незавершених речень. Учасникам пропонується завершити речення «До чинників відновлення психічного здоров'я можна віднести...».

Мета: узагальнити отримані у ході діагностування чинники відновлення психічного здоров'я для учасників-ВПО.

Обговорення результатів.

Мозковий штурм. Учасники розподіляються на малі групи. Завдання для груп: «Які види психологічної допомоги, на Ваш погляд, сприяють відновленню психічного здоров'я ВПО?».

Мета: Розширення уявлень учасників про технології, форми і методи надання психологічної допомоги такій категорії дорослого населення як ВПО в умовах воєнного стану.

Кожен учасник/учасниця висловлює одну рекомендацію для тих, хто хоче відновити психічне здоров'я. Після того, як всі висловилися, психолог дає завдання учасникам/учасницям: узагальнити й коректно сформулювати 10 конкретних рекомендацій з відновлення власного психічного здоров'я. Далі записують їх на окремих листках паперу.

Обговорення результатів групового заняття.

Заняття 7. Тема «Моє минуле» (2 години).

Вправа «Звернення до минулого досвіду». Мета: навчити усвідомлювати стан безпорадності, характерного для ВПО, власні почуття у кризові періоди життя.

Ця вправа виконується як візуалізація, пов'язана зі зверненням до минулого досвіду переживання людиною кризового періоду.

Інструкція: «Постарайтеся згадати найсумніший день Вашого минулого життя. Пам'ятаєте, що Ви тоді відчували? Відчай, безнадійність, невіру в те, що Ви зможете ще коли-небудь радіти життю». Обговорення після візуалізації має бути спрямоване на пошук відповіді на запитання: «Якої допомоги потребує людина, в якої не має дому, друзів, близьких?».

Вправа «Хто Я такий (така)?» [3]. Мета: виявити вираженість соціальних ідентичностей учасників групи.

Інструкція. Учасникам/учасницям пропонується написати 15 відповідей на запитання «Хто Я такий (така)?». На аркуші в стовпчик 15 разів написано «Я...». При цьому учасники відповідають спонтанно. По завершенню вправи відбувається обговорення того, які відповіді виявилися найбільш значущі, а які стали найбільш несподіваними для учасників.

Вправа «Моя соціальна група». Мета: Визначення для учасників соціальних пріоритетів та групових норм.

Опис вправи. Психолог: «Кожна людина входить в якусь соціальну групу. Хочу попросити Вас написати 6 відмінних ознак той групи, до якої ви належите. Зробіть це розгорнуто, щоб за вашим описом хтось з інших зміг би впізнати цю групу». Примітка: час спеціально не задають.

Психолог слідкує за тим, щоб усі встигли написати. Психолог: «Я хотів би попросити вас так само написати ознаки той групи, до якої ви не хочете належати ні за якими умовами».

Етап 2. Коли всі закінчили, психолог просить учасників створити малі групи (по 3-4 учасника залежно від розміру групи) на основі власних припущень про подібність описаних ознак.

Етап 3. У малих групах учасники обговорюють написане, а потім мала група розробляє спільні ознаки и обирає представника, який презентуватиме перед усіма учасниками результати власно групового обговорення.

Групова рефлексія. Підсумок заняття.

Заняття 8. Тема «Підсумки групової взаємодії» (2 години).

Мета: обговорення результативності соціально-психологічної групової взаємодії з ВПО.

Привітання учасників з закінченням етапу соціально-психологічної групової взаємодії.

Вправа «Розумію себе, розумію інших». Мета: розвивати у ВПО когнітивно-інтелектуальну сферу, комунікативні вміння та навички групової взаємодії.

Проведення самотійно учасниками групових занять самотійно підготовлених творчих заходів.

Вправа «Листопад». Мета: написати на аркушах кожному учаснику взаємодії побажання і прикріпити їх до дошки (або фліпчату).

Групове обговорення результатів проведених 8 занять:

Яке враження справила на Вас робота в групі ?

Якою, на Вашу думку, була мета нашої групової роботи?

Чи була вона для Вас корисною?

Акцентуємо увагу, що після кожного заняття психологом були проведенні групи підтримки (по 1 годині кожна) для бажаючих, зміст яких був спрямований на формування у ВПО позитивного ставлення до життя, зниження тривожності, підвищення соціальної активності, ознайомлення з міжособистісною культурою, розширення технік і засобів конструктивної взаємодії дорослих в новому соціальному середовищі.

Ми погоджуємось з твердженнями О. Аніщенко про те, що методичний аспект проведення групових занять з дорослою аудиторією передбачає визначення засобів встановлення контакту, довірливих відносин, прийняття правил групової роботи, роботу з очікуваннями і запитами учасників/учасниць, підтримку працездатності групи [1].

Також після занять було проведено індивідуальні консультації двох типів: разові (1-2 зустрічі) або короткострокові (3-4 зустрічі) залежно від потреб ВПО. Тривалість кожної консультаційної зустрічі складала 45 хвилин.

Аналіз психологічної літератури [29; 39; 44] вказує на наявність таких етапів індивідуального консультування:

- 1) встановлення контакту з ВПО шляхом створення сприятливого соціально-психологічного клімату;
- 2) визначення справжньої проблеми ВПО;
- 3) визначення мети взаємодії ВПО з психологом, обговорення позитивних способів такої взаємодії;
- 4) узагальнення психологом результатів взаємодії з ВПО, мотивування на втілення прийнятого рішення у життя.

Впровадження розробленої програми відновлення психічного здоров'я ВПО відбувалося на формуальному етапі дослідження із респондентами ЕГ, до якої увійшли 15 осіб, що мешкали у м. Запоріжжя. З респондентами КГ у кількості 13 осіб психологічної роботи за розробленою програмою не

проводилось. Супровід ВПО з КГ містив лише поодинокі консультації психолога за потребою ВПО раз на тиждень.

У наступному підрозділ проаналізуємо результати впровадження розробленої програми і визначимо (чи спростуємо) її результативність і ефективність.

3.2 Аналіз результатів впровадження програми

Представимо результати контрольного етапу емпіричного дослідження, за допомогою яких перевіримо ефективність проведеної програми відновлення психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб дорослого віку.

1. Результати діагностики ВПО за методикою «Шкала оцінки якості життя» (див. табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Рівень якості життя ВПО на контрольному етапі

Рівні	ЕГ (n=15)				КГ (n=13)			
	До		Після		До		Після	
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
Дуже високий	0	0	2	13,33	0	0	0	0
Високий	1	6,67	2	13,33	1	7,69	1	7,69
Середній	6	40,00	10	66,67	2	15,38	3	23,07
Низький	4	26,66	1	6,67	8	61,55	8	61,55
Дуже низький	1	6,67	0	0	2	15,38	1	7,69
Середній бал $\bar{x}$	56,34		68,12		57,67		59,42	

У респондентів ЕГ спостерігаємо появу дуже високого рівня якості життя після проведення програми відновлення психічного здоров'я: з 0% до 13,33%. У респондентів КГ дуже високий рівень якості життя не визначено. Також в ЕГ спостерігаємо підвищення показників високого і середнього рівнів до 13,33% та 66,67% відповідно. Цікавим є факт, що ВПО з ЕГ не визначили у себе дуже

низький рівень якості життя після проведення програмних занять. В КГ цей показник є, але він знизився з 15,38% до 7,69%. Це свідчить про адаптованість ВПО до нових соціальних умов.

Узагальнений за формулою 2.1 середній показник рівнів якості життя після формувальних заходів склав 68,12 бали, що відповідає середньому рівню якості життя у ВПО ЕГ. Доведено підвищення в середньому якості життя респондентів ЕГ з низького рівня до середнього. Це свідчить про ефективність проведення психологом програмних занять з представниками ЕГ ВПО.

У респондентів КГ середній бал рівнів якості життя підвищився на 1,75 ($59,42 - 57,67 = 1,75$) балу, але залишився на низькому рівні. Отже змін в рівні якості життя у ВПО з КГ не спостерігалось.

2. Результати діагностики за методикою «Шкала оцінки рівня реактивної й особистісної тривожності» узагальнено в табл. 3.2.

В ЕГ після проведення програми психологічного супроводу підвищилися на 20,00% (були 6,67 %стали 26,67%) показники низького рівня особистісної тривожності, також знизились на 33,34% показники високого рівня реактивної тривожності. За узагальненням середніх показників в ЕГ на 20,00% підвищились показники низького рівня тривожності, на 13,33% підвищились показники середнього рівня та на 33,33% знизились показники високого рівня. Це свідчить про ефективність роботи психолога з ВПО під час проведення психологічної роботи щодо зниження тривожності в контексті відновлення психічного здоров'я.

Водночас в КГ спостерігаємо, що показники високого рівня особистісної тривожності підвищились (було встановлено у 69,23% респондентів на констатувальному етапі, стало 84,62% на контрольному етапі). Також спостерігаємо для показника високого рівня реактивної тривожності підвищення з 30,77% до 46,15%. Загалом в КГ на знизився середній показник низького рівня (було 30,77%, а стало 23,08%) особистісної тривожності, показник середнього рівня також незначуще знизився, що свідчить про наявність тривожності у ВПО.

Таблиця 3.2

**Оцінка рівнів реактивної й особистісної тривожності ВПО на
контрольному етапі**

Рівні	ЕГ (n=15)				КГ (n=13)			
	До		Після		До		Після	
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
Особистісна тривожність								
Низький	1	6,67	4	26,67	1	7,69	1	7,69
Середній	5	33,33	6	40,00	3	23,08	1	7,69
Високий	9	60,00	5	33,33	9	69,23	11	84,62
Реактивна тривожність								
Низький	2	13,33	4	26,67	4	30,77	3	23,08
Середній	6	40,00	9	60,00	5	38,46	4	30,77
Високий	7	46,67	2	13,33	4	30,77	6	46,15
Тривожність								
Низький	1	6,67	4	26,67	1	7,69	1	7,69
Середній	6	40,00	8	53,33	6	46,15	4	40,77
Високий	8	53,33	3	20,00	6	46,15	8	61,54

За даними табл. 3.2 бачимо, що в респондентів ЕГ після проведення програми відновлення психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб в умовах воєнного стану значно знизилась особистісна і реактивна тривожність. Стосовно респондентів КГ такий висновок зробити не можна.

3. Результати діагностування ВПО за методикою діагностики показників і форм агресії (А. Басса, А. Даркі, в адаптації О. Осницького) узагальнено в табл. 3.3. Встановлено, що в респондентів ЕГ на контрольному етапі загалом агресія знизилась: на 26,67% знизились показники рівня «вище за норму» (з 46,67% до 20,00), підвищились показники норми на 6,67% (з 40,00 до 46,67%) та показники рівня «нижче за норму» на 20,00% (з 13,33% до 33,33%).

Таблиця 3.3.

Результати діагностики агресії ВПО на контрольному етапі

Рівні	ЕГ (n=15)				КГ (n=13)			
Індекс агресивності	До		Після		До		Після	
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
Нижче за норму	2	13,33	5	33,33	2	15,38	3	23,07
Норма	6	40,00	6	40,00	1	7,69	2	15,38
Вище за норму	7	46,67	4	26,67	10	76,93	8	61,54
Індекс ворожості								
Нижче за норму	3	3,33	5	33,33	2	15,38	-	0
Норма	5	33,33	8	53,33	6	46,15	8	61,54
Вище за норму	8	53,33	2	13,33	5	38,46	5	38,46
Агресія								
Нижче за норму	2	3,33	5	33,33	2	15,38	2	15,38
Норма	6	40,00	7	46,67	2	15,38	1	7,69
Вище за норму	7	46,67	3	20,00	9	69,23	10	76,93

Можна припустити, що програмні заходи з відновлення психічного здоров'я сприяли зниженню агресії у ВПО. У респондентів КГ не змінилися показники рівня «нижче за норму»: як було встановлено у 15,38 % так і залишилось. Знизилися показники норми: з 15,38% до 7,69% та незначуще підвищився показник рівня агресії «вище за норму» з 69,23% до 76,93%. Отже, процесом зниження агресії ВПО, що мають треба управляти.

4. Результати діагностування респондентів за опитувальником «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» в адаптації Е. Носенко та А. Четверик-Бурчак на контрольному етапі (див. табл. 3.4).

За отриманими й узагальненими даними встановлено, що такої категорії психічного здоров'я як «Процвітання» у ВПО після проведення програмних занять в ЕГ не визначено. Помірність стосовно психічного здоров'я визначена у

12 (80,00%) респондентів ЕГ, а «Пригніченість» – лише у 3 (20,00%) ВПО, що брали участь у заняттях програми відновлення психічного здоров'я.

Таблиця 3.4

Категорії психічного здоров'я у ВПО на контрольному етапі

Категорії	До			Після		
	К-ть	У %	($\bar{X}$)	К-ть	У%	($\bar{X}$)
ЕГ(n=15)						
Процвітання	0	0	0	0	0	0
Помірність	4	26,67	33,56	12	80,00	36,78
Пригнічення	11	73,33	14,27	3	20,00	12,34
КГ (n=13)						
Процвітання	0	0	0	0	0	0
Помірність	2	15,28	32,68	4	30,56	32,82
Пригнічення	11	84,62	13,87	9	69,23	14,46

Унаочнимо та порівняємо результати «Процвітання», «Помірність» та «Пригнічення» у респондентів ЕГ та КГ (див. рис. 3.1).

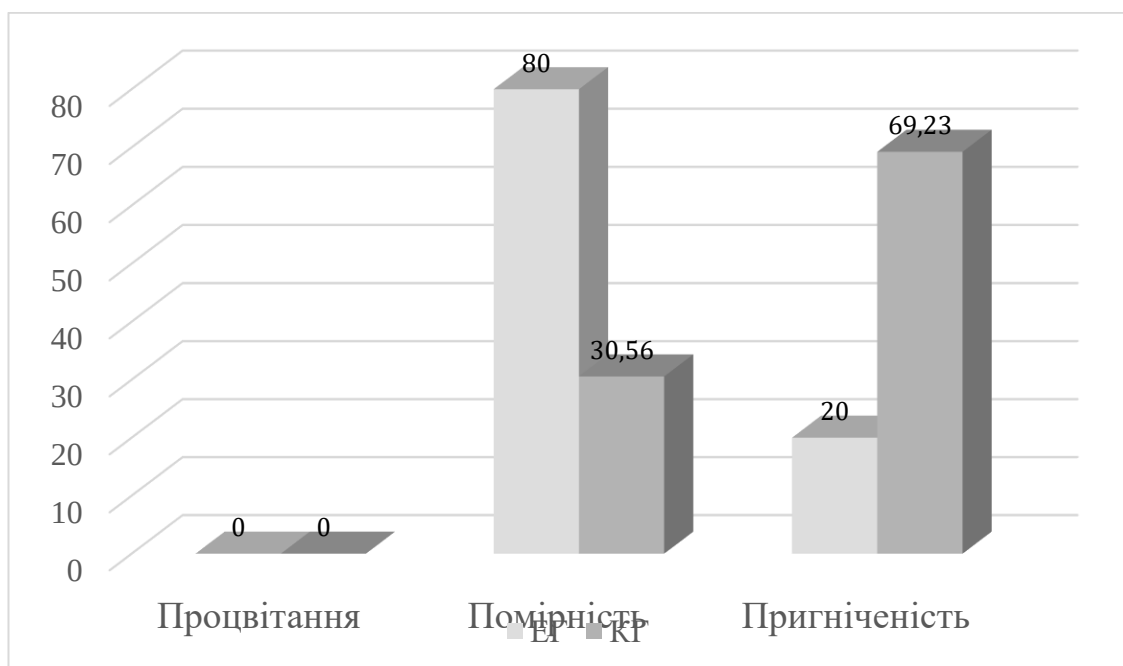


Рис. 3.1. Категорії психічного здоров'я в ЕГ та КГ респондентів на контрольному етапі (у %)

Отже, спостерігаємо ефективну психологічну діяльність з відновлення психічного здоров'я у респондентів ЕГ ВПО.

5. Результати діагностики й обробки емпіричних даних, отриманих за методикою «Тест життєстійкості» на контрольному етапі зображено в табл. 3.5.

Таблиця 3.5

**Результати діагностики ВПО на контрольному етапі за показниками
«Життєстійкість»**

Рівні	ЕГ (n=15)				КГ (n=13)			
	До		Після		До		Після	
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
Низький	8	53,33	2	13,33	4	30,78	3	23,08
Середній	6	40,00	3	20,00	7	53,84	7	53,84
Високий	1	6,67	10	66,67	2	15,38	3	23,08

В ЕГ респондентів спостерігаємо підвищення в 10 разів показників високого рівня життєстійкості з 6,67% до 66,67%. Також встановлено достатнє зниження кількості респондентів з середнім та низьким рівнями. Проведені психологом заняття з програми відновлення психічного здоров'я сприяли підвищенню життєстійкості ВПО.

У респонденті КГ незначно знизилась показники кількості низького рівня життєстійкості (з 30,78% до 23,08%), кількість респондентів з середнім рівнем залишилась такою самою (по 53,84%). На 7,7% покращилась кількість респондентів з високим рівнем життєстійкості. Це також характеризує адаптованість ВПО з КГ до нових соціальних умов.

У результаті контрольного етапу емпіричного дослідження, підтверджено ефективність проведеної психологічної роботи у межах програми відновлення психічного здоров'я ВПО в умовах воєнного стану.

Можна констатувати підтвердження гіпотези дослідження, яка полягає у припущенні, що надання ВПО фахової психологічної допомоги у вигляді

програми відновлення психічного здоров'я буде сприяти зниженню у них агресії, тривожності і підвищенню життєстійкості.

За результатами дослідження узагальнимо рекомендації з удосконалення надання психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам в умовах воєнного стану.

У зарубіжних дослідженнях [55; 57; 65; 66] практика відновлення психічного здоров'я дорослих осіб, ґрунтується на таких положеннях:

1) процес відновлення має власну динаміку і не обов'язково пов'язаний з одужанням (при наявності психічного захворювання). Цей процес характеризується можливістю обирати і проживати життя, сповнене значення, задоволеності, а також з розумінням того, що доросла людина – це важливий член соціальної групи, громади;

2) результати відновлення завжди індивідуальні та унікальні, проте фокус уваги психологічної діяльності не обмежується виключно сферою здоров'я та передбачає акцент на соціальній інклюзії та якості життя дорослої людини;

3) відновлення передбачає партнерську роботу психолога з дорослими, спрямовану на забезпечення змістовної психологічної підтримки і супроводу;

4) відновлення розширює можливості дорослої людини таким чином, щоб їй було зрозуміло, що саме вона в центрі допомоги, яку отримує, та вселяє надію щодо її майбутнього життя .

Варто враховувати, що сучасний ресурсний підхід у роботі психолога з ВПО базується на принципах гармонії (або принцип повноти реалізації), концентрації (застосовується для опису проблем, найбільш важливих на певному життєвому етапі особистості) та поєднання особистісних і соціальних ресурсів дорослої людини [21].

До сучасних принципів надання послуг із відновлення психічного здоров'я ВПО в громаді (в контексті діяльності мобільних команд фахівців) належать:

1. Доступність (ключові психологічні послуги повинні бути доступні у громаді, щоб ВПО не доводилося витрачати багато часу та зусиль долати великі відстані для їх отримання).

2. Комплексність (ВПО мають потреби у послугах різної спрямованості : від лікування до соціальної чи юридичної підтримки, працевлаштування, освіти.

3. Допомога, орієнтована на потреби ВПО (для ефективності реалізації психологічної допомоги варто її розпочинати з виявлення потреб дорослого, бо створення мережі психологічних послуг на основі потреб ВПО сприятиме ефективності).

4. Ефективність (психологічна допомога повинна бути ефективною, тобто базовані ґрунтуючись на наукових доказах.

5. Рівність (на доступ до психологічної допомоги для ВПО ні матеріальна забезпеченість, стать, етнічна приналежність, місце проживання не повинні впливати та обмежувати її можливості отримання) [57; 66].

Також варто наголосити, що існуючий зв'язок між психічним здоров'ям та правами дорослого населення зі статусом ВПО полягає характеризує такі особливості організації та надання психологічних послуг і допомоги.

По-перше, порушення прав ВПО негативно впливає на їх психічне здоров'я. До прикладу, надання допомоги ВПО у багатопрофільній лікарні, а не у спеціалізованому медичному закладі, сприятиме кращому догляду за фізичним здоров'ям дорослої людини і меншій стигматизації. По-друге, існуюча нині в Україні практика в сфері охорони психічного здоров'я та законодавство щодо психічного здоров'я, можуть впливати на реалізацію прав ВПО. По-третє, підтримка, захист та промоція дотримання прав людини сприяють підтримці психічного здоров'я.

Отже, існують медико-соціальні, а також морально-правові зобов'язання щодо сприйняття дотримання прав людини в сфері психічного здоров'я [13].

Наголосимо на необхідності розуміння психологічних особливостей ВПО на фізіологічному, психологічному та соціальних рівнях, що призводить до появи у них акцентуації рис характеру [51].

При складанні рекомендацій з відновлення психічного здоров'я ВПО в умовах воєнного стану, слід зупинитися на характеристиці такого феномену як масштабна «травма свідків».

У науковій статті «Психологи і війна: зміна парадигми надання психологічної/психотерапевтичної допомоги тарезільєнтність фахівця» Г. Лазос зазначає, що «вперше в історії людства відбувається настільки широке висвітлення травмівних подій у медіапросторі. Майже весь світ переживав трагедії Бучі, Ірпеня та Маріуполю, а зараз з жахом реагує на повідомлення про катування і розстріли українських воїнів та цивільних громадян...» [19, с. 40]. Актуальним у цьому контексті є звертання до досвіду зарубіжних психологів в наданні психологічної допомоги ВПО.

До форм роботи психолога з відновлення психічного здоров'я ВПО рекомендуємо віднести тренінги.

У психології тренінг розуміють як «процес створення нових функціональних утворень (або розвиток уже існуючих), які керують поведінкою, або як «група методів розвитку здібностей до навчання й оволодіння будь-яким складним видом діяльності» [46, с. 81].

Соціально-психологічний тренінг у процесі відновлення психічного здоров'я – це підготовлена діяльність психолога, яка спрямована на набуття учасниками/учасницями знань, вмінь, навичок та компетенцій, необхідних для підтримки власного психічного здоров'я.

На підставі аналізу наукових праць виокремимо такі характерні особливості тренінгу, як: 1) короткостроковість проведення (до 1 тренінгового дня: це оптимальний термін, впродовж якого людина може з користю для себе витримати високі психологічні навантаження); 2) інтерактивність взаємодії (у тренінгах взаємодія організована в інтерактивному форматі); 3) наближеність до реальності; 4) залученість учасників.

Тренінгові заняття відтворюють життя, водночас це дає можливість учасникам/учасницям природно і повністю відкритись, без керованого впливу психолога. До того ж відкритість оточуючих допомагає іншим спочатку краще усвідомити, зрозуміти власні проблеми, а потім поступово розібратись в них.

Організація проведення тренінгу передбачає планування психологом видів професійної діяльності поетапно, розподіляючи їх за трьома структурними підрозділами: вступна, основна та заключна частини.

Вступна частина складається з вітального слова психолога, знайомства та самопрезентації членів групи (лише на першому занятті); засвоєння правил і норм групової роботи впродовж тренінгу; зняття зайвої напруги шляхом використання вправ; визначення мети та завдань занять; з'ясування очікувань членів групи.

Основна частина включає елементи психодіагностики, самодіагностику та поглиблену рефлексію; з'ясування напрямків особистісного (групового) розвитку; засвоєння соціальних комунікацій.

Заключна частина зводиться до підведення підсумків групової роботи; рефлексії психоемоційного стану та почуттів кожного [трен].

Таким чином, основні рекомендації спрямовані на такі аспекти удосконалення процесу відновлення психічного здоров'я ВПО в умовах воєнного стану як: а) важливим для процесу відновлення є організація ефективної соціальної (групової) взаємодії; б) психологічна робота спрямована на підтримку позитивних спогадів та емоцій ВПО, на підвищення рівня їхнього адаптаційного потенціалу під час війни; в) діяльність психолога з підвищення рівнів психічного здоров'я може проходити за допомогою арт-терапевтичних вправ, групових форм роботи тренінгів.

Висновки до третього розділу

У розділі описано структуру і зміст розробленої авторської програми відновлення психічного здоров'я ВПО в умовах воєнного стану. Програма розрахована на 1,5 місяця і містила 8 занять по 2 години кожне. Після занять для ВПО були організовані групи підтримки та проведення індивідуальних консультацій. В основу занять покладено застосування інтерактивних методів групової роботи. До основних завдань програми віднесено: ознайомити ВПО з психологічними особливостями процесу відновлення психічного здоров'я;

надати інформацію про різні види поведінки у соціально несприятливих ситуаціях і новому середовищі, ознайомити та навчити використовувати ефективні форми, методи, прийоми і техніки комунікацій; розвивати у ВПО впевненість в собі, знижувати тривожність, фрустрацію і долати агресію, підвищувати самооцінку, життєстійкість.

З'ясовано, що впровадження цієї програми відбувалося на формувальному етапі дослідження із респондентами ЕГ, до якої увійшли 15 ВПО, що мешкали у м. Запоріжжі. З респондентами КГ у кількості 13 осіб системної психологічної роботи за розробленою програмою не проводилось.

Отримано такі результати контрольного етапу емпіричного дослідження: у респондентів ЕГ підвищились показники високого рівня життєстійкості (66,67%), до 80,00% зросла така категорія психічного здоров'я як «Помірність», встановлена агресія в нормі і нижча за норму у 46,67% та 33,33% респондентів відповідно. Підвищився рівень якості життя до 68,12 балів. У респондентів КГ значних результатів покращення якості життя, життєстійкості і психічного здоров'я не виявлено. За результатами контрольного етапу емпіричного дослідження підтверджено ефективність проведеної психологічної роботи з відновлення психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб дорослого віку.

Складено рекомендації з удосконалення процесу відновлення психічного здоров'я ВПО в умовах воєнного стану. Рекомендовано використання тренінгів і практик арт терапевтичної роботи з метою задоволення пізнавальних і культурних інтересів, збереження та підвищення загального рівня пізнавальної активності ВПО.

ВИСНОВКИ

Дослідивши зміст, особливості організації та впровадження процесу відновлення психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб, сформовано такі висновки:

1. Теоретично проаналізовано поняття «психічне здоров'я» в українській і зарубіжній психології. Встановлено, що психічне здоров'я – це стан соціального благополуччя людини. У науковій літературі психічне здоров'я визначено як багатовимірний феномен, що поєднує в собі різні компоненти і відбиває фундаментальні аспекти розвитку людини. Водночас психічний рівень здоров'я формується не лише в біологічному вимірі буття людини, а й у соціальному та особистісному вимірах. З'ясовано, що психічне здоров'я складається з когнітивного здоров'я (здорового способу бачення світу і себе), емоційної та поведінкової сфер особистості.

2. Доведено, що специфіка відновлення психічного здоров'я дорослих внутрішньо переміщених осіб в Україні в умовах воєнного стану залежить від організації групової роботи з цією категорією дорослого населення. Ефективність роботи груп підтримки при відновленні психічного здоров'я ВПО залежить від ініціативності її учасників, їх самостійності і відповідальності за результати роботи, від наявності взаєморозуміння між членами групи, їхньої вмотивованості і готовності до продуктивної спільної роботи, від задоволеності виконання групових дій.

Обґрунтована необхідність створювати безпечний і сприятливий простір під час групових зустрічей впродовж усієї взаємодії, сприяти уникненню вторинної психологічної травматизації, відстежувати динаміку групи та баланс особистих ресурсів учасників/учасниць з метою своєчасного втручання психолога у груповий процес, формувати ідеї взаємної підтримки в групі ВПО та поза її межами (ідея релятивізму).

3. Розроблено програму відновлення психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб в умовах воєнного стану, метою якої є сприяння відновленню

психічного здоров'я дорослих зі статусом ВПО. Методи і прийоми психологічної роботи психолога з ВПО: інформування, просвітницькі повідомлення, надання психоедукаційної інформації; дискусії, мозковий штурм, арт-терапевтичні вправи та вправи-візуалізації; робота в групі; тренінгові вправи. Після кожного заняття були організовані групи підтримки для бажаючих, зміст яких був спрямований на формування у ВПО позитивного ставлення до життя, зниження тривожності, підвищення соціальної активності, ознайомлення з міжособистісною культурою, розширення технік і засобів конструктивної взаємодії дорослих в новому соціальному середовищі.

4. Здійснено апробацію та проаналізовано ефективність програми відновлення психічного здоров'я дорослих внутрішньо переміщених осіб. Емпіричне дослідження складалось з констатувального, формувального і контрольного етапів. Завдання контрольного етапу після проведення в ЕГ програми було проведення повторної діагностики представників ЕГ та КГ за комплексом психодіагностичних методик; здійснення порівняння результатів діагностування респондентів в ЕГ та КГ до і після впровадження програми; узагальнення висновків про підтвердження гіпотези дослідження.

У ході констатувального етапу отримано, що переважна більшість ВПО мають необґрунтовану особистісну тривожність, понижений (пригнічений) емоційний настрій, дратівливість або прояви злості по відношенню до себе чи оточення, їм характерна така категорія психічного здоров'я як «Пригніченість» (встановлена у 87,78% респондентів). У більшості ВПО (75,68% респондентів) встановлено низький і дуже низький рівень якості життя. Майже половина ВПО (48,64%) має низький рівень життєстійкості.

Результати контрольного етапу довели правомірність висунутої у дослідженні гіпотези.

5. Узагальнено рекомендації психологам з удосконалення процесу відновлення психічного здоров'я дорослих внутрішньо переміщених осіб в Україні. До них віднесено: сформованість у психологів, що знань про психологію ВПО, про необхідність розуміння психологічних особливостей цієї категорії

дорослого населення на фізіологічному, психологічному та соціальних рівнях; проінформованість про принципи надання психологічної допомоги.

Результати дослідження підтверджують правильність висунутої гіпотези та орієнтують на подальші розвідки інших аспектів проблеми відновлення психічного здоров'я. У перспективі варто вивчити особливості впливу ресурсного потенціалу дорослої людини на процес відновлення її психічного здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аніщенко О. Методика організації і проведення тренінгів з розвитку особистісних і професійних якостей дорослих. Освіта дорослих: теорія, досвід, перспективи: зб. наук. пр. К.; Ніжин: Видавець ПП Лисенко М.М., 2015. Вип. 2 (11). С. 19-20.
2. Бондаренко Н. Б. Гуманістична парадигма та біопсихосоціальний підхід як базовий у соціальній підтримці осіб із проблемами психічного здоров'я. Phil. Archive, 2018. URL: <https://philarchive.org/archive/BONTNP-4>
3. Борейчук І. О., Нечидюк М. В. Комунікативна толерантність як умова профілактики ксенофобії. Психологія: реальність і перспективи. 2016. Вип. 6. С. 38-42. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/prp_2016_6_
4. Бурлачук Л. Психодіагностика особистості: понятійний апарат та методи дослідження. Психологія і суспільство. 2014. № 4. С. 85-103.
5. Великий тлумачний словник сучасної української мови: 250000 сл. / уклад. та голов. ред. В. Т. Бусел. Київ; Ірпінь: Перун, 2005. VIII. 1728 с.
6. Волошин П. В., Марута Н. О. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди. Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23. Вип. 1. С. 5-11.
7. Галецька І. І. Психологічне здоров'я як проблема національної безпеки. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна, 2012. №2 (1). С. 49-58.
8. Гніда Т. Б. Особистісні ресурси – засіб нормалізації психоемоційного стану людини. Психологія і педагогіка у протидії пандемії COVID-19: Інтернет-посібник / за наук. ред. В.Г. Кременя; [координатор інтернет-посібника В.В. Рибалка; колектив авторів]. Київ, 2020. С. 182-185.
9. Групові форми роботи в системі психосоціальної допомоги дітям і сім'ям, що опинились у складних життєвих обставинах внаслідок військових дій (досвід упровадження) / заг. ред. В. Г. Панка, І. І. Ткачук. Київ: Ніка-Центр, 2020. 122 с.

10. Загальна психологія: підручник / Скрипченко О. В., Долинська Л. В., Огороднійчук З. В. та ін. Київ: Каравела, 2019. 464 с.
11. Карамушка Л. М. Психолого-організаційні детермінанти забезпечення психологічного здоров'я персоналу освітніх організацій в умовах соціальної напруженості: монографія / за ред. Л. М. Карамушки. Київ – Львів : Видавець Вікторія Кундельська, 2021. – 278 с.
12. Карамушка Л. М., Дзюба Т. М. Феномен «здоров'я» як актуальний напрям досліджень в організаційній психології. Організаційна психологія. Економічна психологія, 2019. № 1(16). С. 22-33.
13. Климчук В., Сувало О. Охорона психічного здоров'я у громадах. посібник для місцевих координаційних органів. 2021. <https://www.mh4u.in.ua/wp-content/uploads/2021/09/opz-v-gromadah-posibnyk-klymchuk-suvalo.pdf>
14. Кокун О. М., Мороз В. М., Лозінська Н. С., Пішко І. О. Збірник психодіагностичних методик для професійно-психологічного відбору кандидатів на військову службу за контрактом у Збройних Силах України: метод. посіб. Київ: Видавничий дім “Освіта України”, 2021. 74 с.
15. Коробка Л. Психологічне здоров'я людини в контексті здорового способу життя. Український науковий журнал «ОСВІТА РЕГІОНУ». 2011. URL: <https://social-science.uu.edu.ua/article/489>
16. Корольчук О. Охорона психічного здоров'я в умовах ведення АТО. Інвестиції: практика та досвід, 2016. №18. С. 96-102.
17. Костюк Г. С. Умови психічного розвитку. Соціальний педагог. 2007. №9. С. 61-63.
18. Кривенко Ю. Глобалізаційний контекст міграційних процесів в Україні: дис...канд. філософ. наук.: 09.00.03. Нац. авіац. ун-т. Київ. 2012. 177 с.
19. Лазос Г. Психологи і війна: зміна парадигми надання психологічної/психотерапевтичної допомоги та резильєнтність фахівця. Організаційна психологія. Економічна психологія. 2022. № 3(27). С. 37–47. <https://doi.org/10.31108/2.2022.3.27.3>

20. Лич О. М. Психологія життєстійкості осіб похилого віку: дис.... д-ра психол. наук. 19.00.01. Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Київ, 2021. 492 с.

21. Лукомська С. О. Ресурсний підхід до подолання особистістю кризових ситуацій. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія Психологічні науки. 2020. Вип.1. С. 190-195. DOI <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2020-1-26>

22. Максименко С. Д., Соловієнко В. О. Загальна психологія. Київ: МАУП. 2000. 208 с.

23. Малалєткова О. Потрібна нова культура ставлення до ментального здоров'я. Урядовий кур'єр. 24.10.2023. URL: <https://ukurier.gov.ua/uk/articles/potribna-nova-kultura-stavlennya-do-mentalno-go-zdo/>

24. Манохіна І. Тренінг як засіб формування готовності майбутнього соціального педагога до роботи з дітьми-сиротами та дітьми, позбавленими батьківського піклування. Дніпропетровськ: Дніпропетровський університет імені Альфреда Нобеля. 2012. 276 с.

25. Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій: психологічний практикум. Л. М. Карамушка, О. В. Креденцер, К. В. Терещенко, В. І. Лагодзінська, В. М. Івкін, О. С. Ковальчук ; за ред. Л. М. Карамушки. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 76 с.

26. Морозов П. В., Незнанов М. Г., Ліманкін О. В. Стан психічного здоров'я населення та тенденції розвитку психіатричної допомоги на пострадянському просторі. Український вісник психоневрології. 2014. Т. 22. Вип. 1 (78). С. 11-17.

27. Мушкевич М. Діагностичний комплекс психологічного супроводу сімей, що мають проблемних дітей. Психологічне консультування і психотерапія. 2021. №15. С. 24–31. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2021-15-02>

28. Мушкевич М. І. Психологічний супровід сім'ї, що має проблемну дитину: теорія і практика. Психологічні технології ефективного функціонування

та розвитку особистості: монографія. Суми: Вид.-во СУМДПУ ім. А. С. Макаренка, 2019. С. 420–441.

29. Назаренко І. І. Формування фрустраційної толерантності у рятувальників у системі професійно-психологічної підготовки. Проблеми екстремальної та кризової психології. 2013. Вип. 14. Част. II. С. 230-237.

30. Носенко Е. Л., Четверук-Бурчак А. Г. (2014). Опитувальник «Стабільність психічного здоров'я- коротка форма»: опис, адаптація, застосування. *Journal of Psychology Research*, 22(9/1). 89-97.

31. Паламарчук О. М., Чухрій К. Л. До проблеми соціально-психологічної допомоги дітям учасників бойових дій в умовах антитерористичної операції. «Young Scientist». № 8 (48). August, 2017. С. 171-175.

32. Панок В. Г., Мельник А. А. Діяльність психологічної служби системи освіти у наданні допомоги постраждалим від збройного конфлікту на Сході України. Інформаційний бюлетень, 2017. URL: http://www.psyua.com.ua/index.php?page=products_one&prod=446&g_year=2017_2019.

33. Паскевська Ю. Психічне здоров'я персоналу пенітенціарних установ як предиктор успішного функціонування у професійному просторі. Організаційна психологія. Економічна психологія. 2022. №1(25). С. 81-88. <https://doi.org/10.31108/2.2022.1.25.9>

34. Помиткін Е. О. Психологія духовного розвитку особистості: монографія. Київ: Наш час. 2007. 280 с.

35. Програма психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в Україні. URL: https://ukraine.iom.int/sites/g/files/tmzbd11861/files/documents/MHPSS%20Snapshot%20for%20WMHD%202022_ukr%20%282%29%20%281%29_0.pdf

36. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: метод. посіб. / за ред. З. Г. Кісарчук. К., 2015. 207 с.

37. Психолого-організаційні детермінанти забезпечення психологічного здоров'я персоналу освітніх організацій в умовах соціальної напруженості:

монографія / за ред. Л. М. Карамушки. Київ–Львів: Видавець: Вікторія Кундельська. 2021. 278 с.

38. ПТСР та загострення хронічних хвороб: як війна вплине на здоров'я українців. 2022. URL: <https://www.slovoidilo.ua/2022/11/01/infografika/suspilstvo/ptsr-ta-zahostrennya-xronichnyx-xvorob-yak-vijna-vplyne-zdorovya-ukrayincziv> (дата звернення 23.10.2023)

39. Работа Т. О. Здоров'я як системне поняття: критерії психологічного здоров'я. Психологічний часопис. 2017. Том 7. № 3. С. 159–165.

40. Рамкова стратегія ЄС із безпеки та здоров'я на роботі на 2021-2027 роки. Безпека та здоров'я на роботі в мінливому світі праці. Європейська комісія. Брюссель, 28.06.2021 р. Режим доступу: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---sro-budapest/documents/genericdocument/wcms_811859.pdf

41. Рибалка В. В. Методологічні засади теоретичної та практичної психології: особистість, психологічна діяльність, духовність. Психологія і особистість. 2018. № 1. С. 9–19.

42. Роменець В. А. Психологія творчості: навч. посібник. Київ: Либідь, 2001. 288 с.

43. Соціально-педагогічна та психологічна допомога сім'ям з дітьми в період військового конфлікту: навч.-метод. посіб. Київ: Агентство «Україна», 2015. 176 с.

44. Терещенко К. В. Толерантність особистості: міждисциплінарний підхід. Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія. 2019. Т. 1. Вип. 52. С. 123–128.

45. Тренінги з розвитку професійної компетентності андрагогів: практичний посібник / Авт. кол.: Баніт О. В., Коваленко О. Г., Котирло Т. В., Піддячий В. М., Самко А. М., Шарошкіна Н. Г. К.: ІПООД імені Івана Зязюна НАПН України, 2021. 407 с.и

46. Федорчук В.М. Соціально-психологічний тренінг «Розвиток комунікативної компетентності викладача» / Кам'ян.-Подільський держ. ун-т. - Кам. -Под.: Абетка, 2003. 240 с.
47. Хобзей М. К., Волошин П. В. Створення психічного здоров'я населення і перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні. Психічне здоров'я. 2013. № 7 (86). С. 66-75.
48. Цимбалюк С. Сучасні підходи до характеристики терміна «здоров'я». Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві: збірник наукових праць, 2016. № 4 (36). С. 88–94.
49. Чабан О. С., Безшейко В. Г., Москаленко О. В. Валідизація. Шкали оцінки якості життя. Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 1. С. 159-160.
50. Чабан О. С., Хаустова О. О. Психічне здоров'я в період пандемії COVID-19 (особливості психологічної кризи, тривоги, страху та тривожних розладів). НЕЙРОNEWS. 2020. Т. 114, № 3. С. 26-36.
51. Швалб Ю. М. Еколого-психологічні детермінанти суб'єктивного благополуччя особистості: монографія. Київ – Львів: Видавець: Вікторія Кундельська, 2021. 234 с.
52. Юр'єва Л. Охорона психічного здоров'я медичних працівників в умовах пандемії COVID -19. Медичні перспективи. 2020. Т. 25, № 4. С. 12-21. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2020.4.221224>
53. Burke A. Group Work: How to Use Groups Effectively. The Journal of Effective Teaching, 2011. Vol. 11, No. 2. P. 87-95.
54. Bhugra D. Migration and mental health. Acta Psychiatr Scand 2004; 109: 243–258. <https://doi.org/10.1046/j.0001-690X.2003.00246.x>
55. Carleton, R. N. The intolerance of uncertainty construct in the context of anxiety disorders: theoretical and practical perspectives. Expert Review of Neurotherapeutics. 2012. Vol. 12. № 8. P. 937–947. DOI: 10.1586/ern.12.82
56. Engel G. L. The clinical application of the biopsychosocial model. American Journal of Psychiatry, 1980. № 137. P. 535–544.

57. Jacob K. S. Recovery Model of Mental Illness: A Complementary Approach to Psychiatric Care. *Indian J Psychol Med.* 2015. Apr-Jun. 37(2). P. 117-119.

58. Kamperman, A. M., Komproe, I. H., & de Jong, J. T. V. M. (2007). Migrant mental health: A model for indicators of mental health and health care consumption. *Health Psychology*, 26(1), 96-104. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.26.1.96>

59. Kirmayer, Laurence J. el. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ.* 2011. 183(12): E959–E967. doi: 10.1503/cmaj.090292

60. Maddi S. Hardiness: An operationalization of existential courage. *Journal of Humanistic Psychology*, 2004. № 44. P. 279-298.

61. Maddi S. R., Matthews M. D., Kelly D. R., Villarreal B., & White M. The role of hardiness and grit in predicting performance and retention of USMA cadets. *Military psychology.* 2012. Vol. 24 (1). P. 19-28.

62. Mental health vs mental illness: What's the difference? <https://cmha.ca/news/mental-health-what-is-it-really/>

63. Patel V, Belkin GS, Chockalingham A, et al. Grand challenges; integrating mental health services into priority care platforms. *PloS Med* 2013;10:e1001448. doi:10.1371/journal.pmed.1001448CrossRefPubMedGoogle Scholar

64. Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. & Rahman, A. No health without mental health. *The Lancet.* 2007. 9590. s. 859-877. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0)

65. Thornicroft G., Tansella M. The balanced care model for global mental health. *Psychological Medicine*, 43. 2013. P. 849-863. doi:10.1017/S0033291712001420

66. Thornicroft G., Tansella M. Community Mental Health Care in the Future. Nine Proposals. *he Journal of Nervous and Mental Disease* & Volume 202, Number 6, June. 2014. doi: 10.1097/NMD.0000000000000151

67. WHO. Mental health action plan for Europe facing the challenges, building solutions; 2005. [http:// www.euro.who.int/document/mnh/edoc07.pdf](http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc07.pdf)

68. World Health Organization. «Mental Health Action Plan 2013–2020». URL. https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/.

69. World Health Organization. Field test version: mhGAP community toolkit: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). 2019. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/the-mhgap-community-toolkit-field-test-version>

70. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehn J, et al. 2010. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the global burden of disease study. *Lancet* 2013;382:1575–86. doi:10.1016/S0140-6736(13)61611-6CrossRefPubMedWeb of ScienceGoogle Scholar

ДОДАТКИ

Додаток А

Міжнародні навчальних проєкти надання допомоги ВПО в Україні

«Психічне здоров'я для України» (MH4U) за підтримки Уряду Швейцарії та Швейцарської агенції розвитку та співробітництва (SDC).

«Розбудова стійкої системи громадського здоров'я» (USAID) за підтримки Уряду США, Міністерства охорони здоров'я України, Центру громадського здоров'я та в рамках ініціативи Олени Зеленської з побудови Національної програми психічного здоров'я.

«Розвиток систем попередження та реагування на насильство в закладах освіти та підвищення стійкості підлітків» від Дитячого фонду ООН в Україні (ЮНІСЕФ) та ГО «Ла Страда-Україна».

«Психолого-педагогічна підтримка дітей, батьків та педагогів в умовах надзвичайної ситуації (практичні дії та підтримка)» від Всеукраїнського фонду «Крок за кроком» за підтримки Дитячого фонду ООН в Україні (ЮНІСЕФ).

«Плекання резильєнтності в освітніх закладах», ініційований Міністерством освіти і науки України, спільно з Українським благодійним фондом «Коло сім'ї» та за підтримки міжнародного проєкту «Americares».

«Кризова психологічна допомога», розроблений Ізраїльською коаліцією травми в рамках стратегічної програми Фонду психологічної реабілітації дітей та дорослих, що постраждали від війни, – Mental Health.

«Про.Спільноти: безпечне та сприятливе середовище для навчання дітей» від німецької урядової компанії Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH та ГО «Про.Світ».

Додаток Б

Конспект міні-лекції на тему «Підхід відновлення. Recovery Approach»

Тема: Підхід відновлення. Recovery Approach.

Мета: ознайомити з моделлю відновлення емоційного стану після перенесення психічної травми; обговорити пережиті психотравмуючі ситуації слухачів

Тривалість 120 хвилин.

План:

1. Пояснення терміну «відновлення» в психології
2. Модель відновлення емоційного стану після психічної травми.
3. Поняття Recovery Approach.

Основні поняття: відновлення, психічна травма, Recovery Approach.

Відновлення означає повернення та збереження надії, розуміння своїх можливостей та обмежень життєдіяльності, участі в активному житті, особистої автономії, соціальної ідентичності, сенсу та мети життя, та позитивного сприйняття власного «Я».

Відновлення стосується як внутрішніх почуттів особи, яка перебуває в процесі відновлення, – надія, зцілення, розширення прав та зв'язку з оточуючими, – так і зовнішніх умов, що сприяють відновленню – дотримання прав людини, позитивна культура відновлення, та послуги, орієнтовані на відновлення .

- Результати відновлення – індивідуальні та унікальні, і фокус уваги не обмежується виключно сферою здоров'я та передбачає акцент на соціальній інклюзії та якості життя;
- Відновлення розширює можливості особистості таким чином, щоб їй було зрозуміло та відчутно, що саме вона в центрі допомоги, яку отримує.

МОДЕЛЬ ВІДНОВЛЕННЯ ПІСЛЯ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ

Модель була розроблена докторами Tricia Skuse і Jonhy Mattew. Її можна використовувати під час роботи з усіма видами психологічних травм, планувати свої кроки та орієнтуватися в тому, яку підтримку надавати.

Пояснення тексту по крокам: цифри зліва — це кроки до відновлення після травми. В середині — опис поведінки, яка відповідає кожному кроку. Праворуч — потреба цього етапу. Зліва — рівні втручання (щоб допомогти відновленню).

❶ В основі всього процесу — відновлення віри в те, що наслідки травми можна виправити.

❷ Нестабільність/хаотична поведінка — поведінкові проблеми (агресія, уникнення, самоушкодження), безладний спосіб життя, використання наркотиків, алкоголю (інші залежності), поганий сон/недотримання гігієни, порушення закону і прав інших людей, погане харчування, неналежне ставлення (зради, зрада, обман тощо), обтяження собою оточення (поведінка, яка змушує інших розв'язувати проблеми, що створює травматик).



МЕТА ЕТАПУ: створення фундаменту, щоб людина могла спиратися на саму себе. На групах спочатку перевіряють, чи всі справляються з рутиною: «встати – прийняти душ – привести себе до ладу – заправити ліжко – поспідати – вчасно з'явитися на терапію». Потім чи всі структурують день. Чи їдять обід у свою півгодинну перерву. Чи лягають спати в один і той самий час.

❸ Довіра/будівля стосунків — більше посміхається, побудова близьких стосунків з 1 або 2-ма дорослими людьми, зростає власне бажання справлятися з проблемами, з'являється напруга у стосунках з іншими, конфронтація, спалахи гніву.



МЕТА ЕТАПУ: зміцнити власне бажання справлятися з життям.

4 Опрацювання травми — повернення проблемної поведінки в міру

опрацювання травми, чіплення за терапевта/відторгнення



терапевта.

МЕТА: усвідомлення людиною того, що з нею відбувається, як саме травма змінює її поведінку і що можна зробити, щоб це виправити.

5 Інсайт/усвідомленість — заспокоєння, наростає розуміння причин своєї поведінки, більш збалансований особистий наратив.

ПОТРЕБА: інтеграція старого і нового «Я», розвиток упевненості в навичках мислення і планування.

РІВНІ ІНТЕРВЕНЦІЇ: когнітивна терапія – наприклад, управління гнівом, емпатія до жертв. Гнучкість і відкритість мислення. Навички підтримки «хорошого життя». Практики самовідновлення.

МЕТА ЕТАПУ: позитивний внутрішній наратив.

6 Планування майбутнього — наростає віра в себе, прийняття своїх здібностей і потенціалу.

ПОТРЕБА: підтримка планування з боку дорослих, відчуття сенсу і досягнень, самостійне внутрішнє структурування, щоб максимально збільшити свої шанси на успіх.

РІВЕНЬ ІНТЕРВЕНЦІЇ: допомога в постановці цілей – цілі – чітка структура – освітня/тренувальна підтримка – допомога в плануванні конструктивних способів проведення вільного часу – мотиваційні бесіди.

МЕТА ЕТАПУ: зміцнити автономію.

☐ 7 Упевненість, досягнення цілей.

ПОТРЕБА: автономність і знання, де взяти підтримку, зростаюча самостійна мотивація до досягнення поставлених цілей.

РІВЕНЬ ІНТЕРВЕНЦІЇ: надати підтримувальне розвивальне середовище.

МЕТА: збалансоване життя, позитивний наратив, ресурс досягати поставлених цілей.

Люди можуть переміщатися вниз-вгору за станами під впливом нових стресів і травм. Але коли у них вже є усвідомленість щодо того, що відбувається з ними, корекція відбувається набагато швидше, ніж при первинному зверненні.

Recovery Approach.

Елтон Мейо з помічниками та однодумцями проводив зустрічі у малих групах для пацієнтів на початку 1900-х. За такого підходу:

- Пацієнти обговорювали свій стан, говорили про те, що можуть зробити, щоб покращити його.
- Пацієнти з кращим станом здоров'я служили ключовими моделями та допомагали іншим пацієнтам повірити у можливість поліпшення їхнього власного стану.

Основним принципом існування цих груп була віра в самовдосконалення та цінність надання допомоги іншим нужденним (взаємодопомога).

Засоби Recovery Approach.

Філософія відновлювального підходу Recovery Approach відображає основні принципи *музичної терапії*. За даними Американської асоціації музичної терапії (АМТА, 2010), майже 19% її членів практикують психічне здоров'я. Це схоже на дані, отримані Асоціацією професійних музичних терапевтів (АРМТ) у Великій Британії, де робота, пов'язана з психічним здоров'ям, становить контекст зайнятості приблизно 17% опитаних членів (2009 р.). У керівних принципах Національного інституту клінічної майстерності (NICE) у Сполученому Королівстві щодо лікування говориться, що арт-терапія є «єдиним втручанням, як психологічним, так і фармакологічним, що демонструє постійну ефективність у зменшенні негативних симптомів» і рекомендує приділити увагу арт-терапії для сприяння одужанню (NICE, 2009)¹.

Наявність клієнтів, які активно беруть участь у житті спільноти та беруть участь у роботі, що дозволяє їм повторно успішно відновлюватись.

Самовдосконалення. ▪ Моделювання ролі. ▪ Допомога іншим (взаємодопомога) ▪ Формат малої групи.

¹ Relational recovery: beyond individualism in the recovery approach. R Price-Robertson, A Obradovic... - ... in **Mental Health**, 2017